



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Lislayne Luiza da Silva

Reabilitação na Atenção Primária à Saúde: lacunas e desafios

Florianópolis
2021

Lislayne Luiza da Silva

Reabilitação na Atenção Primária à Saúde: lacunas e desafios

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Soraia Dornelles Schoeller, Dr.

Florianópolis

2021

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

da Silva, Lislayne Luiza

Reabilitação na Atenção Primária à Saúde: lacunas e desafios / Lislayne Luiza da Silva ; orientador, Soraia Dornelles Schoeller, 2021.
79 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Pessoas com deficiência. 3. Reabilitação. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Reconhecimento. I. Schoeller, Soraia Dornelles . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Lislayne Luiza da Silva

Reabilitação na Atenção Primária à Saúde: lacunas e desafios

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Denise Guerreiro, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.(a) Cristine Moraes Roos, Dr.(a)

Instituição Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Dra. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Soraia Dornelles Schoeller Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, saúde e oportunidade de ingressar e conduzir o mestrado.

À minha mãe Joeselane por me proporcionar boa educação, base para toda construção da vida, e pelo amor incondicional.

Ao meu noivo Wesley, que me acompanhou na prosperidade, mas também nos momentos difíceis, sempre com calma e paciência. Todas as conquistas que estamos vivenciando são fruto do nosso amor e companheirismo, obrigada.

Ao pequeno Fred, filho de quatro patas, que me alegrou sempre que precisei.

A todos os meus familiares pelo estímulo aos estudos. Em especial meu primo Lucas, irmão de coração, que me apresentou ao grupo de pesquisa, me auxiliou em todo o processo de entrada e execução nesses 3 anos, e tenho certeza que por toda vida.

À minha orientadora Soraia e colegas de grupo, pelos ensinamentos, oportunidades e auxílios. Vocês são profissionais incríveis, a reabilitação no Brasil é grandemente beneficiada com suas pesquisas.

Aos meus amigos queridos, pelo incentivo e momentos alegres de descontração.

Às pessoas com deficiência, que nos ensinam tanto sobre a vida.

Aos profissionais de saúde que participaram da pesquisa, por suas contribuições que foram de grande importância.

Às professoras participantes das bancas de qualificação e sustentação, por seus aportes que proporcionaram mais qualidade à dissertação.

À Universidade Federal de Santa Catarina e seus colaboradores, pela estrutura e serviços ofertados.

RESUMO

Os objetivos do estudo foram conhecer a perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física e refletir sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde, sob a ótica da Teoria do Reconhecimento. Foi utilizada abordagem qualitativa, com os métodos de estudos transversal e reflexivo. A coleta de dados aconteceu de forma on-line, entre os meses de maio e junho de 2021, por meio de questionário on-line. A análise dos dados foi realizada por imersão, e para o manuscrito dois foi associada à Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth. Os pilares da teoria, amor, direito e solidariedade, foram relacionados ao processo de reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária. Participaram da pesquisa 10 profissionais de saúde que atuam na atenção primária, com formações distintas. A reabilitação foi definida como processo que objetiva manter/ reestabelecer a funcionalidade do indivíduo, promovendo autonomia e independência. Foi destacada a invisibilidade na atenção primária, porém os participantes refletiram que sendo parte do processo saúde-doença, está presente a todo momento. Ações de reabilitação estão inseridas na atenção primária, todavia há necessidade da valorização, estímulos aos profissionais, gestão eficiente e investimentos. A reabilitação encoraja o sujeito a se perceber como único e especial, e lutar por seus objetivos. Relacionado com a concepção de autonomia intersubjetiva de Honneth, baseada na autorrealização dos sujeitos, as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde se autorrealizam por meio de interrelações, ao passo em que se reconhecem reciprocamente dotadas de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. Os resultados do presente estudo podem representar novas perspectivas para a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária. A desconstrução da visão biomédica e o reconhecimento dos sujeitos como seres completos permitirão um processo de busca ativa pela autonomia e bem viver, pautado na autorrealização dos agentes envolvidos.

Palavras-chave: pessoas com deficiência; reabilitação; atenção primária à saúde; reconhecimento social.

ABSTRACT

The objectives of the study were to understand the perspective of primary health care professionals on the rehabilitation of people with physical disabilities and to reflect on the rehabilitation of people with physical disabilities in primary health care, from the perspective of the Theory of Recognition. A qualitative approach was used, with the methods of cross-sectional and reflective studies. Data collection took place online, between May and June 2021, through an online questionnaire. Data analysis was performed by immersion, and for manuscript two it was associated with Axel Honneth's Theory of Recognition. The pillars of theory, love, law and solidarity were related to the rehabilitation process of people with physical disabilities in primary care. The study was 11 health professionals working in primary care, with different backgrounds. Rehabilitation was defined as a process that aims to maintain/reestablish the functionality of the individual, promoting autonomy and independence. The invisibility in primary care was highlighted, but the participants reflected that being part of the health-disease process is present at all times. Rehabilitation actions are included in primary care, however there is a need for valorization, stimuli to professionals, efficient management and investments. Rehabilitation encourages the subject to perceive himself as unique and special, and fight for his/her goals. Related to Honneth's conception of intersubjective autonomy, based on the self-realization of subjects, people with disabilities and health professionals self-perform through interrelationships, while mutually recognized as endorsed with self-confidence, self-respect and self-esteem. The results of the present study may represent new perspectives for the rehabilitation of people with physical disabilities in primary care. The deconstruction of the biomedical view and the recognition of the subjects as complete beings will allow a process of active search for autonomy and well-living, based on the self-realization of the agents involved.

Keywords: disabled persons; rehabilitation; primary health care; social recognition.

RESUMEN

Los objetivos del estudio fueron comprender la perspectiva de los profesionales de la atención primaria de salud sobre la rehabilitación de personas con discapacidad física y reflexionar sobre la rehabilitación de personas con discapacidad física en la atención primaria de salud, desde la perspectiva de la Teoría del Reconocimiento. Se utilizó un enfoque cualitativo, con los métodos de estudios transversales y reflexivos. La recolección de datos se realizó en línea, entre mayo y junio de 2021, a través de un cuestionario en línea. El análisis de datos se realizó por inmersión, y para el manuscrito dos se asoció con la Teoría del reconocimiento de Axel Honneth. Los pilares de la teoría, el amor, el derecho y la solidaridad estuvieron relacionados con el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad física en atención primaria. El estudio contó con 11 profesionales de la salud que trabajan en atención primaria, con diferentes antecedentes. La rehabilitación se definió como un proceso que tiene como objetivo mantener / restablecer la funcionalidad del individuo, promoviendo la autonomía y la independencia. Se destacó la invisibilidad en la atención primaria, pero los participantes reflejaron que ser parte del proceso salud-enfermedad está presente en todo momento. Las acciones de rehabilitación se incluyen en la atención primaria, sin embargo, existe una necesidad de valorización, estímulos a los profesionales, gestión eficiente e inversiones. La rehabilitación alienta al sujeto a percibirse a sí mismo como único y especial, y a luchar por sus objetivos. Relacionado con la concepción de Honneth de la autonomía intersubjetiva, basada en la autorrealización de los sujetos, las personas con discapacidad y los profesionales de la salud se auto-realizan a través de interrelaciones, mientras que mutuamente reconocidos como respaldados con la confianza en sí mismos, el respeto por sí mismos y la autoestima. Los resultados del presente estudio pueden representar nuevas perspectivas para la rehabilitación de personas con discapacidad física en atención primaria. La deconstrucción de la visión biomédica y el reconocimiento de los sujetos como seres completos permitirá un proceso de búsqueda activa de la autonomía y el bienestar, basado en la autorrealización de los agentes implicados.

Palabras clave: personas con discapacidad; rehabilitación; atención primaria de salud; reconocimiento social.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Percepção dos profissionais de saúde sobre deficiência física.....	44
Figura 2 – Respeito da pessoa com deficiência física pela sociedade.....	45
Figura 3 – Ações de reabilitação na atenção primária, citadas pelos profissionais.....	48
Figura 4 – Desafios para reabilitação na atenção primária.....	50

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivos Gerais.....	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	19
2.1.1	Atenção Primária à Saúde	21
2.1.2	Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família	22
2.2	DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1	Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth.....	29
3.1.1	Amor	30
3.1.2	Direito	31
3.1.3	Solidariedade.....	31
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	33
4.2	CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO	33
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
4.4	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	34
4.4.1	Questionário do Google Formulários.....	35
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	35
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	35
5	RESULTADOS	37
6	MANUSCRITO 1: REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	38
6	MANUSCRITO 2: RECONHECIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA na atenção primária de saúde	54

7	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICE A – Questionário enviado para coleta de dados com os profissionais de saúde.....	77
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde.	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O advento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição de 1988, garantiu o acesso aos cuidados de saúde a toda a população brasileira, numa época em que o sistema estava se tornando cada vez mais privatizado (PAIM, 2011). Sua implantação ofertaria aos brasileiros uma saúde integral, preventiva e curativa, incluindo a habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência. O SUS, com seu caráter integral e descentralizado, foi então organizado em níveis de atenção, sendo eles: primário (baixa complexidade), secundário (média complexidade) e terciário (alta complexidade) (BRASIL, 2012a; 2017).

A fim de fortalecer e organizar a atenção primária à saúde (APS) foi estabelecida a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção que enfatiza as intervenções multiprofissionais voltadas à promoção de saúde (CARVALHO *et al.*, 2018). As equipes multiprofissionais da ESF são compostas por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podem ser acrescidos ainda o cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental (BRASIL, 2011a).

Para complementar os objetivos da ESF, propiciando maior resolubilidade à APS, criou-se ainda os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que podem ser compostos por diversos profissionais da saúde, além dos que já atuam na ESF, de forma flexível (BRASIL, 2008; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Os profissionais que podem compor os núcleos são o médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, médico ginecologista, obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária. Os NASF fazem parte da APS, mas não se apresentam em unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. As equipes da ESF, quando observam a necessidade, fazem a ligação entre os sujeitos usuários e o núcleo (BRASIL, 2011a).

Embora os profissionais tenham formações específicas, a proposta de trabalho é de cuidado integrado, com atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que considerem a

singularidade dos indivíduos assistidos. Dessa forma, as ações na APS estarão sendo reorganizadas para contrariar os modelos convencionais de prestação de cuidados, que priorizam a assistência curativa, especializada e fragmentada (ANJOS *et al.*, 2013). Dentro desse contexto, que considera a singularidade do sujeito, está inserida também a reabilitação da pessoa com qualquer tipo de deficiência (SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Estima-se a prevalência de mais de um bilhão de pessoas com algum tipo de deficiência no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). No Brasil, de acordo com os dados mais recentes, coletados no censo demográfico de 2010, 23,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 45.623.910 pessoas, refere alguém tipo de deficiência. Mais de 13 milhões de pessoas apresenta deficiência física, o que corresponde a 6,95% da população do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Considerando os números, evidencia-se que uma parte significativa da população brasileira apresenta alguma deficiência. Diante dessa realidade, diversas leis e políticas públicas vêm sendo criadas e atualizadas para contemplar as necessidades de tais sujeitos. Em 2002 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a fim de incluir os indivíduos com deficiência em toda a rede de serviços do SUS (BRASIL, 2010a). Em 2012 duas importantes portarias foram publicadas, a primeira nº 793, que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b), e a nº 8352, que coordena a distribuição financeira para estruturação dos serviços e capacitação dos profissionais (BRASIL, 2012c). Outros exemplos são o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, lançado em 2011, que afirma o compromisso com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Deficiência, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência, criado no ano de 2015, com objetivos de garantir e promover, igualmente, os direitos da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015).

Todos os documentos nacionais relacionados aos direitos das pessoas com deficiência, no que se referem à atenção à saúde, reafirmam iniciativas para fortalecer os princípios do SUS da universalidade e da integralidade, a partir de um modelo biopsicossocial que reorganize e oriente o cuidado ao sujeito com deficiência (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Essa nova proposta se contrapõe à hegemonia do modelo biomédico que, historicamente, acompanha a assistência em saúde no Brasil, e que apresenta como características marcantes o foco na doença, a busca pela normalidade definida por parâmetros externos, as ações fragmentadas, o pouco trabalho em equipe e a visão restrita do usuário em seu papel apenas de paciente (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Vale destacar que as pessoas com deficiência, além dos cuidados específicos demandados, têm as mesmas necessidades de saúde quando comparadas às pessoas sem deficiência. Porém, somado a isso, sofrem influência do contexto social em que vivem, como a dificuldade de acesso aos serviços e à reabilitação (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Evidencia-se, contudo, que a ideia de reabilitação ainda está muito vinculada ao atendimento clínico que acontece em centros especializados (PFLUCK; WARMILING, 2017). Reforçando, Nogueira e colaboradores (2016) afirmam que apesar da APS ter o dever de promover o cuidado constante da pessoa com deficiência, a procura pelos serviços de saúde por essa parte da população ainda é fortemente concentrada nos serviços de maior complexidade e especificidade, como os centros de reabilitação, os locais de atendimentos fisioterapêuticos e os hospitais.

Todavia, existe a necessidade de assegurar assistência à pessoa com deficiência em todos os níveis de atenção à saúde, por meio de uma rede multiprofissional e interdisciplinar, como é o caso da APS. As ações de reabilitação nesse nível devem ter o envolvimento constante de todos os agentes envolvidos, buscando acompanhamento integral (BRASIL, 2011a).

Os profissionais da APS promovem ações coletivas e clínicas, como as de orientação à família e ao usuário, sobre o manuseio, o posicionamento e as atividades da vida diária, ações de inclusão escolar, laboral ou social das pessoas com deficiência, e ações voltadas ao idoso com problemas de locomoção ou acamado. Além de todas essas atividades, também fazem o encaminhamento para obtenção de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e programas públicos de auxílio social. Por fim, planejam e executam projetos de saúde no território, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos através de programas de reabilitação nas populações mais vulneráveis (BRASIL, 2010a).

Entre os benefícios para o usuário, está a garantia de atendimentos que buscam a ampliação das potencialidades, integração social, independência e melhoria da qualidade de vida (PFLUCK; WARMILING, 2017). Em relação à prática profissional, possibilitam melhor articulação entre as equipes de saúde da família e de reabilitação, melhor entendimento das ações e dos papéis, trazendo sentimento de pertencimento, valorização e reconhecimento, tanto pela comunidade como pela equipe de saúde (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016; PDUZZI; AGRELI, 2018). Dubow, Garcia e Krug (2018) afirmam que uma rede, para garantir a integralidade do cuidado da pessoa com deficiência, precisa ser formada por ações e serviços parceiros e articulados entre si, o financiamento adequado, além do comprometimento dos profissionais e gestores de saúde.

Esse panorama geral justifica a necessidade de estudos sobre a reabilitação na APS, a fim de reconhecer potencialidades e limites, e permitir mudanças, adequações, ou mesmo avigorar e emplacar as estratégias de sucesso que já são realizadas. Tais estudos irão propiciar o fortalecimento dos princípios do SUS, especialmente da atenção primária, contribuindo na transformação, para melhor, do modelo de atenção em saúde no Brasil (ARCE; TEIXEIRA, 2018; PFLUCK; WARMILING, 2018). Embora o interesse por estudos sobre a APS tenha crescido nos últimos anos, as pesquisas devem se expandir, vista a grande heterogeneidade social e cultural encontrada.

Também se justifica a relevância da pesquisa pelo fato de a reabilitação estar atrelada aos atendimentos prestados por fisioterapeutas. Como representante dessa classe, eu Lislayne, observo, vivencio e destaco a importância do trabalho multiprofissional, de forma a englobar além das necessidades físicas, outros aspectos imprescindíveis para o cuidado pleno e reabilitação da pessoa com deficiência física.

Ressalta-se ainda o imperativo de afirmar e compreender o conhecimento dos profissionais sobre a temática reabilitação, dentro da perspectiva de oferta de um sistema de saúde integral, preventivo e curativo. É imprescindível refletir sobre o perfil do profissional da saúde, que não deve atentar-se somente ao conhecimento técnico específico da sua profissão, mas também desenvolver habilidades humanas, tendo em vista sua responsabilidade social (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Diante do exposto, coloca-se em questão a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos Gerais

Conhecer a perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física.

Refletir sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde, sob a ótica da Teoria do Reconhecimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca da temática, foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Baseou-se em estudos redigidos nas línguas inglês, português ou espanhol, entre os anos de 2008 e 2021. As bases de dados utilizadas foram: Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida (Pumed/Medline), Scopus/Elsevier, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Também foram usados documentos oficiais publicados por órgãos governamentais, disponíveis on-line. A pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina ou a partir do Virtual Private Network (VPN), o que garantiu acesso na íntegra a todos os materiais. Justifica-se o uso de literatura antiga ao fato de serem arquivos pertinentes à temática estudada, não podendo ser substituídos por arquivos recentes ou até mesmo pela inexistência de referências atuais.

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Anteriormente à Constituição de 1988, a saúde no Brasil apresentava-se com caráter preventivo e de forma coletiva, com ações baseadas na prevenção de doenças transmissíveis, sendo escassa a assistência para indivíduos com doenças específicas. O Ministério da Saúde executava ações de vigilância epidemiológica e sanitária, campanhas de vacinação e programas contra determinadas doenças específicas, que assolavam a população na época. Somente os contribuintes previdenciários eram beneficiados com assistência em saúde especializada, mediante comprovação de vínculo (BRASIL, 2011a).

Com o passar dos anos, o aumento da demanda por ações curativas desencadeou uma crise no sistema previdenciário, até então detentor dessa modalidade da saúde. Tal situação fortaleceu o movimento sanitarista, defensor da criação de um sistema integrado de saúde, gerenciado pelo governo federal, estados e municípios, que assegurava a saúde como direito de todos (PAIM, 2011).

Algumas mudanças ocorreram, até que na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde passou então a ser direito de todo cidadão, de forma integral, preventiva e curativa, incluindo a habilitação e

reabilitação do indivíduo. Além disso, foi instituída a ideia de descentralização, onde todas as esferas governamentais têm responsabilidade financeira sobre o SUS (PAIM, 2011).

Em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Suas disposições gerais proclamam que:

- A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

- O Estado deve formular e executar políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

- A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, uma vez que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Seus princípios e diretrizes norteadores são:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- VIII - participação da comunidade;

- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

2.1.1 Atenção Primária à Saúde

O SUS está organizado em níveis de atenção à saúde, sendo que a APS que se equivale à atenção básica. Se define como um conjunto de ações individuais e coletivas, que visam promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população. Além disso, tem objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas. É preconizado que seja a porta de entrada para o SUS, sendo o contato primário do usuário a todo o sistema de saúde. Dentro do princípio de descentralização, representa a parte mais distal dos serviços (BRASIL, 2012a; 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ações de responsabilidade da APS são realizadas por equipes multiprofissionais, e em sua maioria acontecem nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2012a; 2017). Apesar do crescimento no número de profissionais atuantes na APS nas últimas décadas, esse ainda é o nível de atenção à saúde com menor possibilidade de acesso a profissionais de saúde como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (RODES *et al.*, 2017).

Amorim, Liberali e Medeiros Neta (2018), em sua revisão de literatura, descreveram as ações de reabilitação da APS como facilitadoras das estratégias de cuidado à saúde das pessoas com deficiência. Dentre as principais práticas a serem realizadas pelos profissionais estão: identificar o tipo de deficiência, encaminhar para os serviços de reabilitação, acolher e apoiar as famílias, realizar reuniões para discutir os casos e trabalhos de educação permanente, articular as atividades dos agentes comunitários de saúde, executar visitas domiciliares para avaliações e orientações, indicar e orientar quanto aos acessos, recursos e benefícios (BRASIL, 2010a; 2017).

Contudo, por se tratar de uma forma de organização com práticas recentes, a maior parte dos profissionais de saúde e de reabilitação são formados em uma lógica biomédica, com atuação tradicionalmente atrelada e voltada para os atendimentos nos serviços especializados (RODES et al., 2017). Dessa forma, se observa baixa qualificação profissional para as demandas dos usuários com alguma deficiência, o que demonstra a necessidade de espaços regulares de capacitação (AMORIM, LIBERALI, MEDEIROS NETA, 2018).

Em suma, as políticas públicas recentes têm buscado a reorganização do modelo assistencial do SUS, visando ampliar a abrangência e o escopo das ações na APS, incluindo a reabilitação da pessoa com deficiência física. Com isso, é esperado que o acesso à reabilitação seja facilitado, e a organização dos processos de trabalho dos profissionais da área seja direcionada para corroborar com tais iniciativas (RODES et al., 2017).

2.1.2 Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994, faz parte da APS. Por meio da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica”, definiu-se que a ESF é a forma prioritária para organização da APS no país. Ela propõe a reorientação do processo de trabalho em saúde, com aprofundamento dos vínculos entre profissionais e/ou usuários, continuidade e integralidade do cuidado, (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2008).

A ESF objetiva envolver todos os níveis de atenção à saúde do SUS para o cuidado do indivíduo, e dessa forma, prestar assistência integral à população, seja nas unidades básicas de saúde ou no domicílio. Ela também é responsável por identificar as necessidades já existentes, bem como os fatores de risco que podem interferir na saúde da população. Além disso, a essência da ESF busca superar o modelo de saúde centrado na doença e em práticas curativas (MENDES, 2010).

Sua organização deve seguir as mesmas diretrizes que regem a atenção primária (BRASIL, 2012a). Em relação aos profissionais, as equipes multiprofissionais da ESF são compostas por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Podem ser acrescentados ainda o cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de consultório dentário ou técnico em

higiene dental. A ESF é caracterizada pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, valorizando os diferentes saberes e práticas, com acompanhamento e avaliação sistemática das ações implantadas (BRASIL, 2011a).

Adicionalmente, por meio da Portaria GM/MS nº 154, publicada em 04 de março de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a fim de expandir a abrangência e melhorar a resolubilidade das ações da atenção primária, amparando assim a ESF, com a proposta de assegurar a universalidade e integralidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2008; ACIOLI; OLIVEIRA, 2017).

As equipes dos NASF são formadas por profissionais de nível superior, de acordo com o observado pelos gestores municipais a partir da coleta de dados das necessidades locais e das equipes de ESF que serão apoiadas. Com isso, os profissionais que podem compor os núcleos são o Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Médico Ginecologista, Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Médico Psiquiatra, Médico Geriatria, Médico Internista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária. Salienta-se que a presença de diferentes formações profissionais, com alto grau de articulação entre si, é essencial para ampliar a capacidade de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2011a).

Contraopondo-se aos pressupostos de criação do NASF, recente estudo, que analisou 44 artigos com as atividades desenvolvidas por equipes do NASF, evidenciou uma tendência à reprodução da perspectiva assistencial hegemônica no âmbito do NASF, o que reforça a permanência e a reprodução de um modelo biomédico de atenção à saúde, centrado na prática clínica e no cuidado de doentes, em detrimento de um processo de mudança que enfatize a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos (ARCE; TEIXEIRA, 2018).

O NASF foi criado para atender as necessidades de saúde da população observadas pelas equipes de ESF, e também depende delas para efetivar suas ações. Por esse motivo, é importante que as equipes do NASF utilizem estratégias como o matriciamento, educação em saúde e educação permanente, a fim de fortalecer a rede e prestar orientação especializada às equipes apoiadas, compartilhando saberes. Com isso, ao mesmo tempo em que o NASF realiza ações específicas de cuidado aos usuários, estará atuando de forma conjunta com a equipe de referência, por meio de atividades educativas. (BISPO; MOREIRA, 2018).

Em suma, toda a organização e reorganização dos processos de trabalho na APS buscam o aumento da sua resolutividade, priorizando ações compartilhadas e de

corresponsabilidade, o que exige uma mudança na lógica histórica de atuação (RODES *et al.*, 2017).

2.2 DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO

A deficiência está relacionada à barreira ou impedimento, físico, sensorial, mental e/ou intelectual, que resulte em limitações para realização ou bom desempenho em atividades (BRASIL, 2009). Consensos internacionais padronizam as deficiências em quatro domínios essenciais, sendo eles: mobilidade, visão, audição e cognição (SYNGH, 2015). A deficiência física encontra-se no domínio mobilidade, e inclui pessoas que apresentam tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, tetraparesia, paraparesia, hemiparesia, amputação do membro superior esquerdo, amputação do membro superior direito, amputação do membro inferior esquerdo e amputação do membro inferior direito (NORTON, 2010).

Desde a antiguidade as pessoas com deficiência eram isoladas da sociedade, vivendo em centros ditos especializados. Elas somente passaram a ser reconhecidas a partir da Primeira Guerra Mundial, devido ao capitalismo, que necessitava de grande força de trabalho. Devido a isso, houve um intenso investimento em instituições de reabilitação, que atendiam as pessoas que adquiriram deficiência em decorrência da guerra (MAIOR, 2015).

A partir do reconhecimento da existência de pessoas com deficiência na sociedade, não mais excluídas ou ignoradas, foram criados os modelos de deficiência. Eles buscam, de forma conceitual, compreender os pressupostos relacionados à deficiência. Eles foram construídos em diferentes períodos históricos, e tiveram transformações calcadas pela necessidade da pessoa com deficiência e pelo próprio sistema sociopolítico, econômico e social vigentes. Muitos aspectos relacionados à postura adotada pela sociedade atualmente, frente à deficiência, são reflexos dos modelos (AUGUSTIN, 2012).

O modelo caritativo, mais primitivo, coloca a pessoa com deficiência como merecedora de caridade e de ajuda, pois tem vida trágica e sofrida. Como é considerada diferente da normalidade, necessitaria de condições especiais, seja de transporte, moradia, convivência e escolas especiais (AUGUSTIN, 2012).

O modelo biomédico de deficiência é baseado na relação entre lesão e doença, e considera a deficiência um desfecho unicamente físico, expressado pela limitação corporal, causando isolamento social. Embora seja vista assim, a lesão física não é sinônimo de deficiência (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018).

Em contrapartida, o modelo social considera a deficiência um fenômeno sociológico. Embora seja determinada pela natureza, é causada pelas estruturas sociais de opressão e marginalização. O modelo social defende ainda a criação de políticas adequadas, nas quais a sociedade se ajuste às diversidades (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Na sociedade mundial, e especialmente brasileira, as pessoas com deficiência e suas necessidades específicas são constantemente negligenciadas (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010). Estima-se a prevalência de mais de um bilhão de pessoas com algum tipo de deficiência no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012), No Brasil, de acordo com os dados mais recentes, coletados no censo demográfico de 2010, 23,9% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 45.623.910 pessoas, refere alguém tipo de deficiência. Mais de 13 milhões de pessoas apresenta deficiência motora/ de mobilidade, o que corresponde a 6,95% da população do país. Desses, a deficiência física é mais significativa no sexo feminino, afetando 9,75%, das mulheres (8 milhões), enquanto que no sexo masculino é de 5,33% (5 milhões) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As atuais políticas públicas internacionais e brasileiras relacionadas à deficiência reabilitação se conceituam fundamentalmente na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada em 2006 e sancionada por 138 países até 2013. Tais direitos são articulados com os princípios fundamentais do direito à vida, à liberdade e à igualdade (BRASIL, 2015). O Brasil aderiu à Convenção Internacional em 25 de agosto de 2009, por meio do Decreto N° 6.949. Essa medida contribuiu para que políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência sejam confeccionadas, atualizadas e implantadas em diversas áreas, principalmente na saúde.

Em 2012 duas importantes portarias foram publicadas, a primeira n° 7931, que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012b), e a n° 8352, que coordena a distribuição financeira para estruturação dos serviços e capacitação dos profissionais (BRASIL, 2012c).

Outros exemplos são o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (BRASIL, 2011b), lançado em 2011, que afirma o compromisso com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas Deficiência, e o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), criado no ano de 2015, com objetivos de garantir e promover, igualmente, os direitos da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Esses dois últimos documentos propõem que o governo federal, estados e municípios se articulem e possibilitem a consolidação dos direitos previstos na Convenção Internacional,

nos âmbitos da educação, saúde, acessibilidade e também inclusão social, evidenciando a obrigação do Estado em garantir os direitos da pessoa com (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (2012) afirma que os aspectos clínicos, sociais, políticos e de reabilitação devem ser trabalhados diante uma deficiência. Também se ressalta que em relação à saúde, as pessoas com deficiência, além dos aspectos envolvidos na reabilitação, possuem necessidades gerais de saúde como qualquer outra pessoa. Além disso, são mais vulneráveis e sofrem ainda mais influência do contexto social que estão inseridas, como renda, dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e de reabilitação (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Observadas tais necessidades, e considerando o princípio da integralidade, fica nítido que o cuidado da pessoa com deficiência deve acontecer em todos os níveis de atenção à saúde do SUS e inclui diversas responsabilidades: proteger a saúde do indivíduo; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional; contribuir para a inclusão social e prevenir agravos que determinem o surgimento de outras deficiências (BRASIL, 2009). Todas as ações devem ser voltadas ao indivíduo, considerando a história de vida, a sociedade em que está inserida, e as possibilidades e as limitações que irão permear o processo (SINGH, 2015).

Reabilitar uma pessoa significa incentivar e auxiliar no desenvolvimento de capacidades e habilidades na busca por independência e participação social (BRASIL, 2009). É um processo multiprofissional, e engloba cuidados específicos de reabilitação, prevenção de agravos e orientação e acompanhamento familiar, nos três níveis de atenção à saúde. Os profissionais utilizam atividades individuais ou em grupo, incluindo avaliação, adequação e acompanhamento, desenvolvendo habilidades para a autonomia, independência e melhoria das condições de vida das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012b), instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, com objetivos de garantir acesso qualificado, vincular os indivíduos com deficiência e suas famílias aos serviços de saúde e articular tais serviços entre si. Ela define que a rede se organizará em três componentes estruturais fundamentais, sendo eles a Atenção Primária, a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Eles devem ser articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários,

quais sejam: I - acessibilidade; II - comunicação; III - manejo clínico; IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

O componente Atenção Primária na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência terá como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contará com: I - Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver; e II - atenção odontológica.

As ações a serem realizadas na Atenção Primária visam ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência, e são:

I - promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II - acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III - educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV - criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

V - publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

VI - incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência;

VII - implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência;

VIII - acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar;

IV - apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência;

e

X - apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

As políticas públicas voltadas para atenção à saúde da pessoa com deficiência visam reorientar o modelo assistencial a fim de contemplar a integralidade, e para que esse objetivo seja alcançado, faz-se necessário o alinhamento de conceitos fundamentais entre os

profissionais que fazem reabilitação, o desenvolvimento de habilidades que estimulem novas formas de conceber a funcionalidade humana e que possam ser concretizadas no cotidiano dos serviços (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Em resumo, essa reorientação precisa contemplar a visão dos profissionais no que se refere ao seu entendimento sobre o processo saúde-doença, deficiência e reabilitação, bem como contemplar as questões organizacionais (PAIXÃO; TAVARES, 2014).

Diante do desafio da integralidade na reabilitação da pessoa com deficiência, profissionais da área da saúde relatam que já é possível observar avanços nos processos de trabalho decorrentes da criação do NASF (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016). Embora os profissionais relatem progresso, ainda há muitos pontos de destaque a serem aprimorados.

A formação dos profissionais de saúde em geral, e também mais especificamente os que trabalham diretamente com reabilitação, nem sempre contempla ensinamentos e habilidades que os preparem para atuar no SUS. Esse fato só afirma a hegemonia do modelo biomédico que, historicamente, acompanha a assistência em saúde no Brasil, e apresenta como características marcantes: foco na doença; busca pela normalidade definida por parâmetros externos; ações fragmentadas; pouco trabalho em equipe e visão restrita do usuário em seu papel apenas de paciente (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Uma nova perspectiva de reabilitação, baseada em um modelo biopsicossocial, pode representar um promissor espaço para se estabelecer novas práticas, considerando aspectos envolvidos com a deficiência e a funcionalidade, além de ampliar e melhorar o funcionamento da rede. Para que se construa uma rede de reabilitação de acordo com os ideais do SUS, é preciso profissionais com formação adequada, que compreendam as políticas norteadoras do seu trabalho, distribuição profissional apropriada, valorização do trabalho, além do fornecimento da infraestrutura e tecnologias necessárias (ALVES; RIBEIRO; SAMPAIO, 2016).

Além disso, para a inclusão plena das pessoas com deficiência se tornar uma realidade, é fundamental enfrentar desafios de caráter ético, político e conjuntural da garantia da efetividade dos direitos legalmente constituídos, articulando uma sociedade mais justa e humana (AMORIM, LIBERALI, MEDEIROS NETA, 2018).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DO RECONHECIMENTO, DE AXEL HONNETH

Axel Honneth nasceu em 1949 na Alemanha. Filósofo e sociólogo, atua como professor de sociologia na Universidade de Columbia nos Estados Unidos. Seu trabalho é voltado para a filosofia social, política e moral, principalmente nas relações de respeito, poder e reconhecimento (FUHRMANN, 2013).

Honneth criou e escreveu a teoria do reconhecimento com base filosófica em Hegel, visando refletir a compreensão de reconhecimento a partir das relações entre as pessoas. Essa teoria possui como inquietação inicial o desrespeito ao reconhecimento intersubjetivo e social, sendo este o substrato para a luta social (HONNETH, 2003).

Considerando o número significativo de pessoas com deficiência, é importante refletir sobre o reconhecimento dessas pessoas na sociedade contemporânea. Para isso, no presente estudo, irá utilizar-se a noção de reconhecimento intersubjetivo, resultado da combinação de elementos de ordem coletiva e de natureza individual, da teoria do reconhecimento de Axel Honneth.

Honneth procura explicar os conflitos sociais através da injustiça conflituosa existente na sociedade. Ele retira a desigualdade econômica da centralidade causal das relações de desigualdade, e passa a compreendê-las como um processo experiencial da formação de identidade pelas relações intersubjetivas, ancorado em três dimensões centrais: o amor, o direito e a solidariedade (FUHRMANN, 2013; HARTMANN, HONNETH, 2006).

As pessoas se constituem como indivíduos e se relacionam entre si, utilizando da perspectiva alheia para se assentir ou encorajar, aprendendo a referir a si mesmos como pessoas únicas, com propriedades, capacidades e necessidades também únicas. O reconhecimento, em suas três dimensões propostas por Honneth, constitui um mecanismo de proteção intersubjetivo, que assegura a liberdade humana de maneira íntima, digna, respeitosa e pública, para a formação de uma personalidade com estima social e autorrealização (HONNETH, 2009).

De maneira prática, as relações interpessoais provocam nos indivíduos reações estimulantes, que resultam em uma constante ressignificação construtiva da personalidade do sujeito. Somente através dos relacionamentos é possível atingir a consciência de sua identidade. Dessa forma, o sujeito se reconhece como reconhecido, a partir da relação com o outro

apontando suas habilidades e qualidades, gerando a reconciliação e formação de uma identidade distinta e particular (DE MENEZES; DE MOURA, 2019; HONNETH, 2009).

A percepção de que determinadas situações e práticas sociais são desrespeitosas ocasionam conflitos sociais. Quando os sujeitos percebem que suas condições de autorrealização e reconhecimento, em qualquer uma de suas dimensões, são desrespeitadas por outros seres humanos, tendem a desencadear ações políticas (MENDONÇA, 2012).

Em suma, de acordo com a teoria de Honneth, há três formas distintas de relação social em que os sujeitos da sociedade aprendem a se referir e podem contar com reconhecimento recíproco:

3.1.1 Amor

Das dimensões do reconhecimento colocadas por Honneth, o amor é definido nas interações emotivas que se concretizam por meio de intersubjetividade amorosa, e são de extrema importância para a estruturação da personalidade. Esse eixo surge e pode ser visualizado inicialmente na relação entre mãe e filho, onde um aprende com o outro a se perceberem como autônomos, podendo sobreviver sozinhos (HONNETH, 2009; HARTMANN; HONNETH, 2006).

O amor começa nas relações mais íntimas, estendendo-se gradualmente ao generalizado. A generalização de algo particular promove a aceitação, participação e reconhecimento do sujeito na comunidade. Nas relações amorosas, que incluem vínculos familiares, amizades e sentimentais, é que se desenvolve a confiança básica do sujeito em si mesmo e no mundo, impulsionando a libertação para a independência (VITORINO; SILVA, 2018).

Dessa forma, o reconhecimento que as pessoas proporcionam reciprocamente na esfera do amor exemplifica-se nas relações íntimas, marcadas pela atenção amorosa ao bem-estar do outro, por práticas de afeto e preocupação mútuas, à luz de suas necessidades individuais. Exemplos do não reconhecimento afetivo são maus tratos e violência física e psicológica, que afetam negativamente a dignidade autorrealização do sujeito (HONNETH, 2006; WERNET, MELLO, AYRES, 2017).

Em outras palavras, o amor impacta na autoconfiança do sujeito em mobilizar a sua independência e autonomia nas relações sociais, necessárias para a participação na vida pública em sociedade. Além disso, este tipo de reconhecimento também propicia o desenvolvimento do autorrespeito, a segunda esfera da teoria de Honneth (WERNET, MELLO, AYRES, 2017).

3.1.2 Direito

Na dimensão do direito, o reconhecimento é fundamentado pela igualdade, respeito e dignidade, propiciando o autorrespeito para participação das pessoas na vida pública, dignas das mesmas prerrogativas e consideração. O sistema jurídico deve expressar interesses universais de todos os membros da sociedade, sem privilégios e gradações. Cada pessoa possui a capacidade de decidir racionalmente sobre questões morais. Assim, os sujeitos reconhecem-se reciprocamente como seres humanos dotados de igualdade. (HONNETH, 2003; DE SENA *et al.*, 2018).

O reconhecimento jurídico propicia um aumento da universalidade e da sensibilidade ao contexto. É através do direito, que se permite formar na pessoa a consciência do autorrespeito, pois merece o respeito dos outros. Com base no modelo de igualdade de direitos de Honneth, os sujeitos se reconhecem como pessoas jurídicas, todos com a mesma autonomia. A ampliação do reconhecimento na dimensão do direito tende a garantir o acesso dos sujeitos onde eles desejarem e necessitarem, com respeito às suas particularidades. (WERNET; MELLO; AYRES, 2017; BRAGA; SCHUMACHER, 2013).

Logo, na sociedade moderna, cada sujeito individual deve possuir direitos e deveres iguais. O não reconhecimento recíproco na esfera do direito corresponde à negação de direitos, seja em relações individuais ou até a discriminação de grupos em sua totalidade (HONNETH, 2009). Uma vez respeitadas como sujeito de direito, as pessoas estarão em condições para desenvolver sua autonomia, a fim de que possam decidir racionalmente sobre questões morais (MENDONÇA, 2012).

3.1.3 Solidariedade

A dimensão da solidariedade, perante o reconhecimento, se relaciona à estima social. Essa dimensão refere-se a uma comunidade que valoriza as diferentes propriedades individuais, permitindo o desenvolvimento da autoestima. Com solidariedade, a sociedade coletiva compreende as características do sujeito, considerando-o único e incluso, e o valoriza por suas realizações e habilidades individuais (HONNETH, 2003; NEUVALD; COLLARES, 2018).

A estima social, quando demonstrada positivamente, ultrapassa a esfera dos direitos e promove a aceitação pública de novos padrões de normatividade moral e social (WERNET; MELLO; AYRES, 2017). Do contrário, a falta de estima social sugere ao sujeito insignificância

ou até mesmo o sentimento de ser indesejado dentro da comunidade. Honneth exemplifica com atitudes simples, como não cumprimentar o outro, e outras complexas, como a estigmatização e a desvalorização social, a negação de reconhecimento na esfera da solidariedade (SOBOTTKA, 2015).

Em suma, a autorrealização, promovida pelo reconhecimento intersubjetivo, mobiliza os sujeitos a lutarem por sua autonomia, sendo reconhecidos como pessoas autônomas e dignas, porém individualizadas em suas particularidades. Tal ideia se relaciona à temática do presente estudo, que visa garantir mais atenção e cuidado às pessoas com deficiência física, promovendo sua autonomia.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, adotando como métodos o Estudo Transversal e o Estudo Reflexivo.

O estudo transversal apresentam-se como uma ferramenta útil para descrição de características da população estudada, bem como para planejamentos de ações em saúde, e tem como vantagens o baixo custo e a objetividade na coleta de dados (BASTOS, DUQUIA, 2007).

Já o estudo ou ensaio reflexivo, trata-se de um tipo de pesquisa de gênero reflexivo e interpretativo, que valoriza aspectos relacionados às mudanças qualitativas que ocorrem nos objetos ou fenômenos analisados pelos autores. Essa metodologia busca reconstruir conceitos e ideias, aprimorando fundamentos teóricos (MENEGETTI, 2011). Ela foi escolhida com o objetivo de ressignificar a reabilitação na APS com base nos pressupostos de Axel Honneth.

4.2 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada no âmbito virtual, on-line. O cenário investigado foi a atenção primária à saúde do sul do Brasil, representada por profissionais que atuam nesse nível de saúde na região sul do território brasileiro.

O processo de coleta de dados aconteceu de forma on-line, incluindo redes sociais e questionário do Google Formulários. No presente estudo foram incluídas as mídias sociais E-mail, Facebook e Instagram a fim de buscar e contatar potenciais participantes para a pesquisa. Após o contato inicial para apresentação da pesquisa, seguido do aceite do profissional em participar, o mesmo recebeu o link para preenchimento do questionário on-line.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

População do estudo representa um conjunto de indivíduos que possuem características comuns, as quais são coletadas de forma que possibilite transformá-las em dados, que irão compor os resultados da pesquisa. Dessa forma, a população remete-se às variáveis que se pretende estudar (ALEXANDRE, 2014). Participaram do estudo profissionais que atuam na atenção primária do SUS.

A metodologia inicial previa coleta de dados no município de São José/SC. Devido à pandemia de COVID-19, a secretaria de saúde de São José e todos os seus setores priorizaram as ações relacionadas, estendendo o prazo para análise dos projetos enviados em dois meses.

Após a aprovação, e com a continuidade da pandemia, foi constatado que não seria possível realizar a coleta de dados presencialmente, alterando a metodologia para a forma virtual, on-line. Por esse motivo, uma nova submissão à secretaria de saúde de São José se fez necessária, porém não houve resposta.

Diante da incerteza, uma nova alteração na metodologia da coleta de dados foi realizada. Por fim, além da coleta de dados virtual, optou-se por abranger de forma ampla profissionais da saúde que atuam na APS, retirando a necessidade de aprovação de qualquer secretaria de saúde específica.

Em suma, a fim de que a amostra representasse de forma fidedigna a população do estudo, os critérios de inclusão estabelecidos foram: idade superior a 18 anos; formação comprovada em alguma das profissões (graduação em ensino superior) que podem compor a APS; alocação profissional por no mínimo seis meses. Em contrapartida, os critérios de exclusão adotados foram: profissionais que estivessem de férias ou licença durante o período da coleta de dados.

4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Os profissionais incluídos neste estudo foram contatados de forma on-line (E-mail, Facebook ou Instagram) e apresentados à proposta da pesquisa. Foram convidados profissionais por indicação de terceiros (profissionais da área da saúde e professores da Universidade Federal de Santa Catarina), bem como profissionais participantes de grupos de redes sociais sobre a temática da pesquisa.

Para a coleta de dados, os participantes da pesquisa responderam a um questionário on-line do Formulários Google, acerca do seu conhecimento existente sobre a temática da pesquisa e lacunas que o mesmo considerasse pertinentes, conforme Apêndice A.

Uma entrevista “zero” foi aplicada a fim de verificar a qualidade do instrumento de coleta, bem como sua coerência com o objetivo da pesquisa. Assim, os pesquisadores puderam adequar as questões, tornando o processo de coleta de dados mais fidedigno. Dessa forma, o processo de coleta de dados aconteceu entre os meses de maio e junho do ano de 2021.

4.4.1 Questionário do Google Formulários

Com o instrumento aplicado pretendeu-se conhecer o perfil de formação dos profissionais, o conhecimento existente sobre reabilitação da pessoa com deficiência física na APS, quais ações já acontecem na sua prática, e quais desafios que o profissional destaca para a reabilitação na APS. Para isso, os profissionais responderam a um questionário on-line via Formulários Google, constituído por questões abertas e dissertativas, conforme o Apêndice A.

O instrumento para coleta de dados foi construído e disponibilizado no site “Formulários Google”, que é uma plataforma do Google, gratuita. O questionário foi composto por quatro seções, e o participante despendia em torno de 30 minutos para respondê-lo completamente.

Na seção 1, o participante da pesquisa teve acesso à apresentação e filiação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o termo de aceite com o mesmo. Concordando com os termos previstos na primeira seção, o participante continuava para a seção 2, composta por seis questões relacionadas ao perfil de formação e atuação do profissional. Já na seção 3, haviam vinte questões sobre a temática da pesquisa, nas quais o profissional descrevia seus conhecimentos e prática de deficiência física, reabilitação e APS. A última seção, número 4, continha o agradecimento pela participação na pesquisa,

4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Após a realização da coleta, as respostas foram repassadas de forma íntegra e literal para o programa Microsoft Excel, em forma de tabela. Para a análise e interpretação dos dados do manuscrito 1, foi realizada uma análise por imersão. Em contrapartida, para o manuscrito 2, foi construída uma reflexão aliada a Teoria do Reconhecimento, proposta por Axel Honneth. Os pilares do reconhecimento, amor, direito e solidariedade, foram relacionados ao processo de reabilitação da pessoa com deficiência física.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi coordenada pela Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller, em parceria com pesquisadores do grupo (Re)Habilitar do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil, para aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP), observando-se as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, para análise e liberação à realização da pesquisa. A coleta de dados iniciou somente após a liberação do projeto de pesquisa pelo CEP/UFSC.

Os aspectos éticos foram preservados e respeitados, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta diretrizes e normas para pesquisas com seres humanos. Somente foram incluídos os participantes com consentimento livre e esclarecido, representado pela concordância digital ao item no questionário do Formulários Google.

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (apêndice B), livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação foi disponibilizado na íntegra para leitura do profissional. Também foi disponibilizado um link com o arquivo do TCLE para que o profissional pudesse fazer download e armazená-lo para eventuais consultas. No termo estão explícitas informações relativas à natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos ao participante. Também foi respeitado o anonimato e a confidencialidade das identidades dos participantes.

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados na forma de dois manuscritos conforme normativa do PEN/UFSC que regulamenta a apresentação dos trabalhos de conclusão dos cursos de Mestrado e Doutorado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Manuscrito 1: Reabilitação na atenção primária na percepção dos profissionais de saúde.

Manuscrito 2: Reconhecimento da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde.

Ao final, participaram do presente estudo 10 profissionais da saúde, sendo que 8 se declararam mulheres e 2 homens. A idade média foi de 34,8 anos, variando entre 24 anos e 54 anos. Sobre as formações na graduação, 7 profissionais são enfermeiros (as), 1 fisioterapeuta, 1 profissional de educação física e 1 médico(a), e a média de tempo de trabalho na área de formação foi de 8,4 anos, variando entre 2 e 19 anos.

A respeito da ocupação atual, no período da coleta de dados, 7 dos profissionais participantes atuavam em equipes de ESF e os demais 3 em outras ocupações. O tempo médio de trabalho no cargo atual foi 5,9 anos, com mínima de 6 meses e máximo 14 anos. Por fim, 6 profissionais atuam em municípios da Grande Florianópolis, 3 em outros municípios de Santa Catarina, e 1 fora de Santa Catarina.

6 MANUSCRITO 1: REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

REHABILITATION IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Lislayne Luiza da Silva
Soraia Dornelles Schoeller

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer a perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física. Realizado estudo qualitativo transversal, entre maio e junho de 2021. A coleta de dados aconteceu por questionário on-line, com análise e interpretação por imersão. Participaram 10 profissionais da saúde. A reabilitação foi definida como processo que objetiva manter/ reestabelecer a funcionalidade do indivíduo, promovendo autonomia e independência. A reabilitação deve envolver todos os níveis de atenção à saúde e profissionais capacitados. Foi destacada a invisibilidade na atenção primária, porém refletiram que sendo parte do processo saúde-doença, está presente a todo momento. Ações de reabilitação estão inseridas na atenção primária, todavia há necessidade da valorização, estímulos aos profissionais, gestão eficiente e investimentos em recursos.

Palavras-chave: pessoas com deficiência; reabilitação; atenção primária à saúde; autonomia pessoal.

ABSTRACT

The aim of the study was to understand the perspective of primary health care professionals on the rehabilitation of people with physical disabilities. A cross-sectional qualitative study was carried out, between May and June 2021. Data were collected using an online questionnaire, with analysis and interpretation by immersion. 10 health professionals participated. Rehabilitation was defined as a process that aims to maintain / restore the individual's functionality, promoting independence and independence. Rehabilitation must involve all levels of health care and trained professionals. Invisibility in primary care was highlighted, but they reflected that as part of the health-disease process, it is present at all times. Rehabilitation actions are inserted in primary care, before the need for valorization, incentives to professionals, efficient management and investments in resources.

Key words: disabled persons; rehabilitation; primary health care; personal autonomy.

INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde revelaram a existência de mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência no mundo (OMS, 2012). Elas experenciam desafios para terem seus direitos de acesso e participação na sociedade, incluindo os serviços de saúde. Dito isso, é

evidente a necessidade e importância da reabilitação, a fim de promover autonomia e qualidade de vida para as pessoas com deficiência.

Historicamente, as ações de atenção à saúde para as pessoas com deficiência estão em desacordo com os princípios de integralidade, equidade, e universalidade do SUS. Isso se deve à característica de fragmentação dos serviços de saúde e seus respectivos profissionais, atrelados também aos conceitos de deficiência e reabilitação (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A reabilitação, vista como processo, permite ao indivíduo a aprendizagem ou adaptação de habilidades. Para isso, o trabalho multidisciplinar em equipe se mostra essencial, envolvendo profissionais das mais diversas áreas, de acordo com a necessidade singular (MACHADO *et al.*, 2018). Todavia, essa visão abrangente do processo de reabilitação no Brasil é algo recente.

Atualmente, as políticas públicas aliadas à própria percepção dos profissionais de saúde, estão conduzindo a reabilitação para essa forma mais ampla, observando a pessoa com deficiência em sua totalidade, com todas suas necessidades e potencialidades (BRASIL, 2015). Para isso, é preciso garantir a disponibilidade e acessibilidade à reabilitação de forma integral, em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo a atenção primária à saúde (APS) (FURLAN *et al.*, 2018).

Estudos recentes demonstram que o trabalho em equipe vivenciado na APS repercute positivamente na população. As ações realizadas na APS oferecem ao indivíduo maior acesso aos serviços de saúde, promovendo qualidade de vida e bem estar (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Para a população com deficiência física, esses benefícios são ainda mais destacáveis, pois podem aproximar o indivíduo ao sistema de saúde, favorecendo seu processo de reabilitação.

Diante do exposto, ressalta-se a necessidade de investigar o conhecimento e a prática dos profissionais que atuam na APS sobre a temática deficiência e reabilitação, a fim de reconhecer as potencialidades, lacunas e desafios a serem enfrentados. Portanto, o objetivo do estudo foi conhecer a perspectiva de profissionais da atenção primária à saúde sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física.

METODOLOGIA

O presente estudo compõe os resultados da dissertação de mestrado da principal autora do mesmo. Foi realizado um estudo descritivo com abordagem qualitativa, entre os meses de maio e junho de 2021. A pesquisa qualitativa busca estudar relações e percepções que os

indivíduos descrevem sobre o seu pensar, sentir e viver. Com isso, a pesquisa acontece a partir da interpretação do sujeito sobre o fenômeno ou contexto que está sendo pesquisado (MINAYO, 2011).

Participaram do estudo profissionais da saúde, todos com idade superior a 18 anos, graduados em profissões que atuam na APS, e que estavam alocados por no mínimo seis meses em seu local de trabalho, que deveria ser relacionado à atenção primária. Foram excluídos profissionais que estavam de férias ou afastados por licença durante o período da coleta de dados, ou que atuavam em outros níveis de atenção à saúde.

A coleta de dados aconteceu de forma on-line. As mídias sociais E-mail, Facebook e Instagram foram utilizadas a fim de buscar e contatar potenciais participantes para a pesquisa. Após o contato inicial para apresentação, seguido do aceite do profissional em participar, o mesmo recebeu o link para preenchimento do questionário on-line. O instrumento para coleta de dados foi construído e disponibilizado no site “Formulários Google”, que é uma plataforma do Google, gratuita. Caracterizado como questionário, ele foi composto por quatro seções, com questões abertas e dissertativas, as quais o participante despendia em torno de 30 minutos para responder completamente.

Através do questionário pretendeu-se conhecer o perfil de formação dos profissionais, o conhecimento e prática sobre reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção básica, bem como as lacunas que o profissional observa diante a temática.

Na seção 1, o participante da pesquisa teve acesso à apresentação e filiação da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o termo de aceite com o mesmo. A seção 2 era composta por seis questões relacionadas ao perfil de formação e atuação do profissional. Já na seção 3, haviam vinte questões sobre a temática da pesquisa, nas quais o profissional descrevia seus conhecimentos e prática sobre deficiência física, reabilitação e atenção primária. Por fim, a seção 4 continha o agradecimento pela participação na pesquisa.

A análise das respostas ao questionário foi realizada por meio de imersão, seguindo etapas de organização, descrição, categorização, e interpretação dos dados. Ao final, foram elencadas quatro principais categorias, sendo elas: Deficiência, reabilitação e autonomia; Reabilitação; Reabilitação na atenção primária à saúde; Lacunas e desafios para a reabilitação na atenção primária. A interpretação dos dados foi aliada às diretrizes oficiais que regulamentam e organizam os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Os aspectos éticos e legais foram preservados e respeitados, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer consubstanciado número 4.633.607. Somente foram incluídos os participantes com consentimento livre e esclarecido. A fim de garantir o anonimato e confidencialidade, os profissionais foram representados pela letra P, seguida pelo número que corresponde à ordem nas respostas ao questionário.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 10 profissionais da saúde. A média entre as idades foi 34,8 anos, sendo a idade mínima 24 anos e a máxima 54 anos, observando-se coerência entre as mesmas. Sobre gênero, 8 se declararam mulheres e 2 homens.

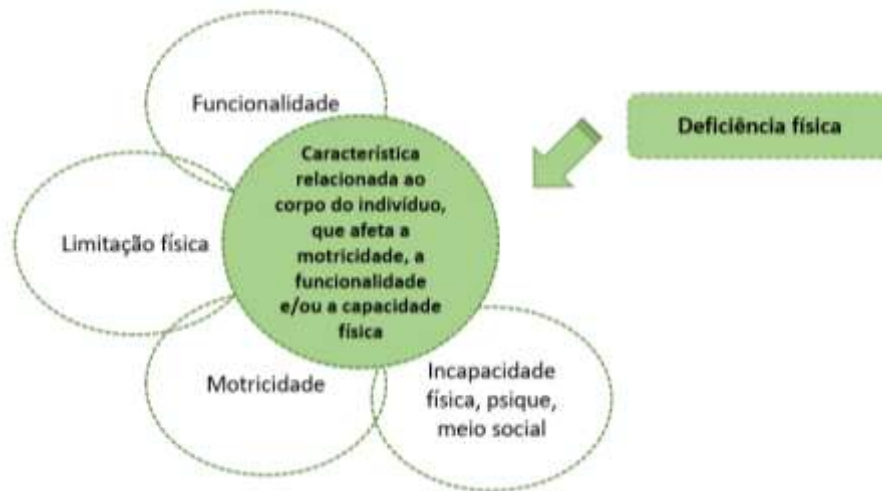
Em relação à graduação, participaram 7 profissionais formados em enfermagem, 1 em fisioterapia, 1 em educação física e 1 em medicina. A média de tempo de trabalho na área de formação foi de 8,4 anos, variando entre 2 e 19 anos.

No período da coleta de dados, 7 dos profissionais participantes atuavam em equipes de ESF e os demais 3 em outras ocupações. O tempo médio de trabalho no cargo atual foi 5,9 anos, com mínima de 6 meses e máximo 14 anos. Além disso, 6 profissionais estavam alocados em municípios da Grande Florianópolis, 3 em outros municípios de Santa Catarina, e 1 residia e trabalhava fora de Santa Catarina.

Deficiência, reconhecimento e autonomia

Em relação ao conceito de deficiência, as respostas basearam-se em definições relacionadas à corporalidade e funcionalidade do indivíduo, à exemplo: "Condições agudas ou crônicas que podem acometer o sistema musculoesquelético dos indivíduos e assim comprometer suas atividades de vida diária, laborais e o lazer, trazendo consequências temporárias e/ou permanentes, interferindo assim na sua qualidade de vida" P5; "É a diminuição ou inexistência da capacidade motora" P3.

Figura 1 – Percepção dos profissionais de saúde sobre deficiência física.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

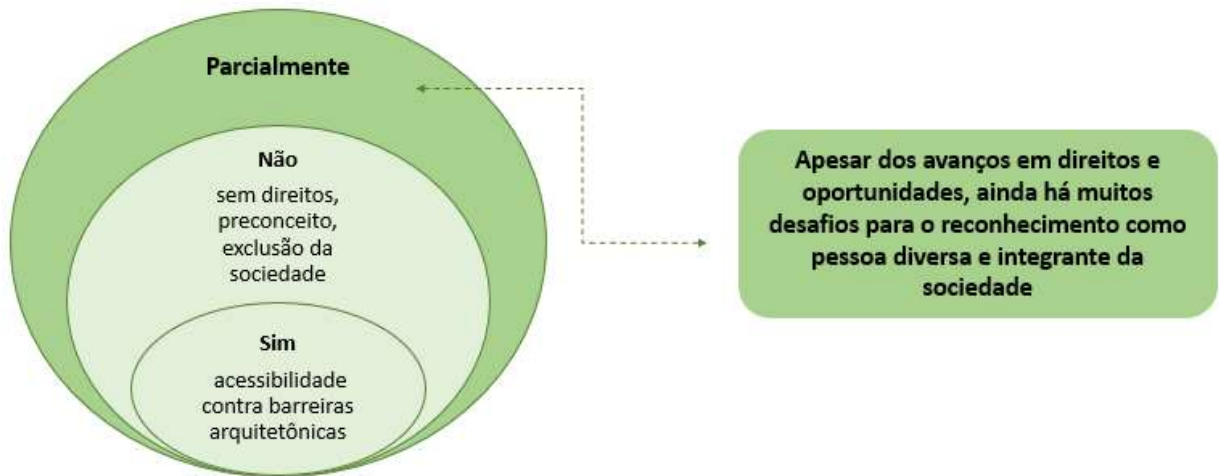
Em suma, a deficiência física foi percebida conceitualmente como uma característica relacionada ao corpo do indivíduo, que afeta a motricidade, a funcionalidade e/ou a capacidade física.

Pertinente ao respeito pela pessoa com deficiência por parte da sociedade, alguns profissionais afirmaram que sim, que são respeitadas, devido às medidas contra barreiras arquitetônicas já existentes. “Penso que sim, pois há medidas na maioria dos locais para pessoas com deficiência física (exemplo: vagas para cadeirantes em supermercados, shopping, farmácia). Há também rampas de acesso na maioria dos estabelecimentos públicos e alguns locais privados” P4.

Outros afirmaram que não, pois ainda carece de garantia de direitos, acessibilidade, melhoria das barreiras arquitetônicas, oferta de trabalho, extinção do preconceito e integração na sociedade, como citou o P10, “...apesar de grandes conquistas sociais, a pessoa com deficiência ainda é um ponto de exclusão a nível global”.

A maioria dos profissionais acredita que a pessoa com deficiência física é parcialmente respeitada pela sociedade. Segundo eles, apesar dos avanços em direitos e oportunidades, ainda há muitos desafios para o reconhecimento como pessoa diversa e integrante da sociedade. De acordo com P8, “ela é reconhecida como um deficiente, e não como uma pessoa diversa, como todas as pessoas são.”

Figura 2 – Respeito da pessoa com deficiência física pela sociedade.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Sobre a percepção de autonomia da pessoa com deficiência física na sociedade, os participantes da pesquisa descreveram primeiramente sua relação com o grau de deficiência, “A depender do grau de deficiência, pode-se encontrar pessoas com autonomia completa, em detrimento de pessoas com elevado grau de dependência” P3.

Também acreditam que a autonomia depende do encorajamento e da autodeterminação, estando intimamente relacionada com o ambiente social em que o indivíduo convive. Com isso, observam pouca autonomia, devido também à aspectos sociais e econômicos, como falta de infraestrutura, privação e desrespeito de direitos que dificulta a vida social, e a necessidade de auxílio para realização das atividades de vida diária. “A autonomia está relacionada à vontade humana de autodeterminação. Porém, apesar da própria palavra está relacionada à vontade individual do ser humano. Os aspectos sociais e econômicos influenciam suas decisões e limitam o seu acesso de direitos e independência” P10.

De forma geral, descreveram a autonomia da pessoa com deficiência como um atributo individual, limitado e difícil. Ela está ancorada em aspectos individuais, econômicos e sociais.

Reabilitação

Para os profissionais participantes da pesquisa, a reabilitação é um processo que objetiva manter ou reestabelecer a funcionalidade do indivíduo, promovendo autonomia e independência. De acordo com P5, trata-se de um “Processo de restabelecimento da

funcionalidade, autonomia e independência de um indivíduo após um evento que traga uma incapacidade física e/ou intelectual, temporária e/ou permanente”.

Ela deve ter início quando a pessoa se aceitar e desejar começar, porém o ideal é o mais cedo possível, sempre que a pessoa necessitar se adaptar à uma nova situação de vida.

Os locais responsáveis pela reabilitação devem ser adequados e adaptados, em todos os níveis de atenção à saúde, do primário ao hospitalar. O lar e todos os ambientes em que a pessoa frequenta e/ou permanece também foram colocados como locais de reabilitação. “Ela deve ser oferecida em todos os locais em que a pessoa atua como ser humano, em casa, serviços de saúde, serviços de educação e trabalho”; “em termos de saúde deve ser ofertada a reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde” P8. De forma geral a reabilitação é vista como um processo integrado entre todas as áreas da saúde, como uma rede. “Os locais responsáveis devem se atentar para um processo integrado entre as áreas da saúde, promovendo uma reabilitação ampla” P3.

Em relação ao financiamento, a pessoa com deficiência física deve ter direito à reabilitação com acesso universal e integral. Os participantes da pesquisa defenderam que além da responsabilidade pública, perante ao SUS, devem existir isenções e financiamentos específicos, além dos convênios de saúde também terem o dever de ofertar para seus clientes.

Tratando-se da equipe responsável pela reabilitação, as respostas foram variadas. “Equipe multiprofissional composta por todos os profissionais necessários para o processo de reabilitação do paciente, sejam eles da área da saúde ou não, garantindo uma assistência justa, humanizada e que consiga dar a melhor qualidade de vida possível para esses indivíduos” P5. Seguindo o mesmo raciocínio, todos os profissionais se referiram ao conceito de equipe: equipe interdisciplinar; equipe transdisciplinar; equipe de ESF; equipe multiprofissional com todos os profissionais necessários para a reabilitação do indivíduo, seja da área da saúde ou não; Em geral, defendem a necessidade de profissionais capacitados, inclusive os que atuam na atenção primária.

Por fim, quando questionados sobre o tempo de duração da reabilitação, as respostas basearam-se entre o tempo que a equipe julgar necessário, tempo que for necessário para bons resultados, e tempo relacionado ao desejo e necessidade do indivíduo. De acordo com P9, “o tempo de duração é todo tempo que a pessoa necessitar do cuidado reabilitador”, e P10 afirmou que “... a reabilitação não tem fim...”.

Reabilitação na atenção primária à saúde

Os profissionais participantes da pesquisa destacaram a invisibilidade da reabilitação da pessoa com deficiência na atenção primária. Eles defendem que a APS é responsável pelo acolhimento da pessoa com deficiência, porém a reabilitação não é colocada como parte do trabalho integral nesse nível de atenção, e com isso os profissionais não percebem que já realizam e/ou podem realizar inúmeros cuidados de reabilitação em sua prática profissional na APS. “A reabilitação na APS é realizada todo tempo, seja desde um curativo até a orientação ao paciente com diabetes. Porém, os profissionais não percebem que realizam inúmeros cuidados de reabilitação” P9.

Percebem também muitos aspectos burocráticos, que aliados à grande demanda, resultam em um longo tempo de espera para os indivíduos. Por outro lado, houve um apontamento de que a reabilitação já está mais bem estruturada do que a prevenção e promoção de saúde. “Apesar da APS ser baseada principalmente em políticas públicas que objetivem além da reabilitação a promoção e prevenção de saúde, ainda percebo que a maioria das ações realizadas nesse nível são relacionadas a processos de reabilitação” P5.

Quando questionados sobre a importância da reabilitação na APS, defendem que é importante e necessária. “Muito importante. Através da reabilitação que é realizado na atenção básica que prevenimos outros problemas de saúde relacionados a esse paciente” P4. Uma vez que a atenção primária é o principal meio de acesso ao sistema de saúde, e onde deve acontecer o acolhimento do indivíduo, a reabilitação nesse nível tem papel de prevenir agravos e outros problemas de saúde, preservar funções, recuperar e promover autonomia, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para a pessoa com deficiência.

Em relação aos obstáculos observados para prática da reabilitação na atenção básica, os profissionais destacaram três principais categorias:

- Carência de gestão eficiente, fortalecimento das secretarias de saúde, das redes de atenção e encaminhamento de pacientes para serviços especializados;
- Falta de recursos humanos, capacitações, trocas de experiências e relacionamento interprofissional, além da falta de empenho dos profissionais, gerando sobrecarga de trabalho;
- Carência de investimentos em recursos físicos, materiais e equipamentos.

Já em relação aos facilitadores, acreditam no vínculo com a pessoa com deficiência e sua rede de apoio, somado à longitudinalidade do cuidado, característica inerente à APS.

Os profissionais também foram questionados sobre ações para reabilitação presentes e ausentes na APS em geral. Como ações presentes e observadas foram citadas: consultas, equipes NASF, construção da rede de apoio, fisioterapia motora, espaço destinado à

reabilitação, rampas de acesso, cadeiras de rodas, grupos multiprofissionais de fisioterapia, nutrição, psicologia, educação física, grupos para doenças crônicas, atendimentos individuais de fisioterapia, curativos, práticas integrativas e complementares, empréstimo de dispositivos auxiliares, visitas domiciliares, orientações e ações educativas, e encaminhamento para outros níveis e serviços de saúde.

Figura 3 – Ações de reabilitação na atenção primária, citadas pelos profissionais.

PRESENTES	AUSENTES
Consultas e Atendimentos individuais (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, educação física, assistência social)	Espaços adequados Equipamentos modernos
Grupos multiprofissionais Grupos para doenças crônicas Práticas integrativas e complementares	
Orientações e ações educativas Prescrição e fornecimento de dispositivos auxiliares	Terapia Ocupacional Fonoaudiologia
Visitas domiciliares Redes de apoio Encaminhamentos	Educação continuada para profissionais

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Em contrapartida, as ações julgadas importantes, porém ausentes, foram: educação continuada, equipamentos modernos, falta de espaços adequados, terapia ocupacional e fonoaudiologia.

Agora relacionada diretamente com a sua prática profissional, os profissionais refletiram que a reabilitação, quando pensada de forma integral no processo saúde-doença, está presente a todo momento. “A reabilitação surge em todo aquele que necessita de cuidado, pois a partir do momento que alguém necessita de cuidado, o mesmo necessita de reabilitação” P9. Os exemplos práticos citados foram: consultas, visitas domiciliares, grupos para pacientes com doenças ou dores crônicas, atendimentos individuais de fisioterapia, avaliação e solicitação de dispositivos auxiliares, orientações domiciliares, discussão de casos (matriciamento), programa Melhor em Casa.

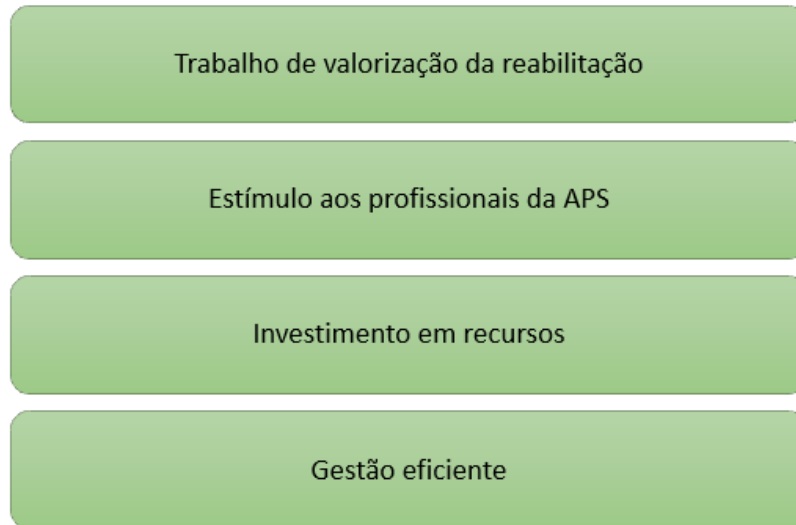
Lacunas e desafios para a reabilitação na atenção primária

Quando questionados sobre lacunas observadas na graduação, sobre a temática em questão, as respostas citam uma formação direcionada para a patologia e mecanismos de doenças e traumas. Sobre a reabilitação, relataram oferta de uma disciplina, porém sem estágios ou prática. Outro ponto destacado foi a ausência de disciplinas sobre saúde mental, colocada como parte do processo saúde-doença e tão importante quanto a saúde física. “Na formação temos pouco envolvimento com a temática da Reabilitação, sendo que das poucas aulas que lidam com o assunto não mostram a importância desse cuidado para as pessoas, profissionais da saúde e sociedade P8.

Em contrapartida, as lacunas observadas na prática profissional relacionaram-se com a falta de organização no processo de trabalho, falta de educação continuada, capacitações, pouca interação entre os profissionais da APS e a falta de acompanhamento dos indivíduos após consultas. “Falta de cursos profissionalizantes” P6; “Falta de preparação dos ambientes físicos, de profissionais e de recursos” P3. Também foi citado o grande enfoque em promoção de saúde e prevenção de doenças, sendo que atualmente os indivíduos acessam o sistema de saúde já estando com alguma condição de saúde.

Por fim, os profissionais foram questionados sobre desafios que eles percebem para o avanço da reabilitação na APS. Segundo eles, deve existir um trabalho para valorização da reabilitação, tanto sua importância de forma geral, quanto na atenção primária. Os profissionais que atuam nesse nível de atenção devem ser estimulados, demonstrando o cuidado reabilitador já presente em sua prática profissional, bem como a sua importância. “...na APS ainda existe a cultura de que a reabilitação é realizada no centro de reabilitação ou pelo serviço especializado. Acredito que os profissionais da APS não percebem o quanto realizam reabilitação no seu cotidiano de trabalho, sendo esse o principal desafio...” P9. Além disso, uma gestão adequada e eficiente foi citada, que coloque em prática políticas públicas de saúde, e invista em recursos humanos e materiais.

Figura 4 – Desafios para reabilitação na atenção primária.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram a visão biomédica impregnada no sistema de saúde brasileiro. Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa atrelaram a deficiência física e a reabilitação ao corpo do indivíduo.

O modelo biomédico de deficiência, que busca compreender de forma conceitual a deficiência e seus pressupostos, busca tratar o corpo do indivíduo, a sua característica física que está comprometida, para que ele possa então se adaptar à condição da deficiência e participar da sociedade (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018). A visão biomédica acredita ainda que a limitação física do indivíduo causa seu isolamento social, e que por consequência, as barreiras arquitetônicas são responsáveis pela exclusão da pessoa com deficiência da sociedade. Partindo desse princípio, os profissionais da saúde acreditam que a acessibilidade já promoveria, em parte, condições ideais para o indivíduo participar da sociedade.

Em contrapartida, quando questionados sobre a percepção de autonomia da pessoa com deficiência, os participantes da pesquisa se contradisseram e, em suma, defenderam que “A autonomia está relacionada à vontade humana de autodeterminação. Porém, os aspectos sociais e econômicos influenciam suas decisões e limitam o seu acesso de direitos e independência” P10.

Os resultados do estudo demonstraram que a percepção sobre reabilitação já está mais ampla, sendo vista como um processo de reabilitação, que deve ser desenvolvido pela pessoa

com deficiência e uma equipe multiprofissional, num trabalho integrado e integral, em todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com os objetivos do indivíduo em reabilitação.

Os profissionais de saúde destacaram que a reabilitação deve estar presente em todos os locais que a pessoa com deficiência frequenta/está, primeiramente seu lar. Na prática, a pessoa com deficiência deve ser ouvida, e suas vontades devem ser objetivos do processo de reabilitação, perdurando quanto ela quiser.

Os profissionais de saúde também apontaram que a pessoa com deficiência física deve ter direito à reabilitação com acesso universal e integral, garantindo uma assistência justa e humanizada. Também foi salientado que o processo de reabilitação deve envolver profissionais capacitados, inclusive os que atuam na atenção primária. Em relação aos serviços de saúde, a atenção primária é a responsável por acolher a pessoa em processo de reabilitação, desenvolver a escuta, criar vínculo e promover, em conjunto, ações integradas específicas àquele sujeito (NEUVALD; COLLARES, 2018).

Os participantes da pesquisa defenderam que a reabilitação na atenção primária é de suma importância, pois trata-se do setor responsável pelo acolhimento do indivíduo no sistema de saúde. Eles destacaram ainda que a reabilitação acontece a todo momento em sua prática profissional, porém muitos profissionais não percebem que estão realizando cuidados reabilitadores, e que a APS é um ambiente propício para isso.

A partir do acolhimento, outras questões relacionadas à saúde em geral são observadas, prevenidas e/ou tratadas, promovendo qualidade de vida à pessoa com deficiência. Corroborando, um estudo realizado em Bangladesh com pessoas com deficiência física, cujo objetivo foi descrever a procura por cuidados de saúde primários, apontou que dos 282 participantes, 239 sofriam de diferentes formas de enfermidades gerais, além da deficiência, que podiam ser tratadas facilmente. Destes, 88% receberam tratamento na atenção primária, dispensando recorrer à serviços especializados e de maior complexidade (TALUKDAR; MAHMUD; RASHID, 2018).

É evidente a contradição entre a invisibilidade apontada inicialmente, quando relatado que a reabilitação não é colocada como parte no trabalho integral na atenção primária. Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa citaram diversas ações de reabilitação presentes na APS, e diretamente na sua prática profissional. Dentre as falas, consultas, atendimentos individuais de fisioterapia, nutrição, psicologia e educação física, grupos multiprofissionais para doenças crônicas, curativos, práticas integrativas e complementares, prescrição, orientação e empréstimo de dispositivos auxiliares, visitas domiciliares e ações

educativas são considerados cuidados de reabilitação executados na atenção primária e que estão de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Todas as ações citadas acima são práticas diárias de todos os profissionais que atuam nesse setor, porém os mesmos acreditam que somente os serviços especializados são responsáveis por ações reabilitadoras em específico.

Infelizmente, os profissionais elencaram também obstáculos e ausência de ações de reabilitação na APS, como carência de uma gestão eficiente, que tem dificultado a educação continuada, fortalecimento e articulações dos serviços, e capacitações. Somando, foi listado o pouco empenho dos profissionais, pouca troca de experiências, gerando um relacionamento interprofissional de baixa qualidade e sobrecarga de trabalho. Os profissionais atuantes no sistema de saúde e seus respectivos gestores são os responsáveis por garantir a efetividade das políticas públicas. Para isso, devem ser capazes de reconhecer fragilidades e potencialidades. Partilhar decisões e competências gera cooperação entre todos os participantes, atuando na busca de um mesmo fim (SANTOS; DE ANDRADE, 2013).

Por fim, a carência de investimentos financeiros também foi destacada, impossibilitando obtenção de materiais e equipamentos utilizados. Partilhando da mesma opinião, pessoas com deficiência relacionam restrições financeiras, indisponibilidade de equipamentos e falta de recursos humanos como barreiros de acesso aos serviços de reabilitação (QHAYIYA; PROOCHISTA; POLACK, 2021).

Historicamente as ações de reabilitação eram entendidas como práticas especializadas, realizadas somente em locais especializados, tendo pouca inserção na APS. Alterações nesse contexto histórico foram conduzidas com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), antigos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tinham o objetivo de fortalecer a APS, ampliando a integralidade e efetividade do setor. As equipes eram compostas por diferentes profissionais de diferentes áreas de conhecimento, de acordo com a necessidade da população regional (BRASIL, 2017). Esse modelo de organização possibilitava maior relação entre os profissionais e usuários, criando vínculo.

Contraopondo, uma nota técnica nº 03/2020, emitida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), definiu que as equipes multiprofissionais deixam de estar vinculadas ao NASF-AB, e que o mesmo deixa de ter custeio próprio. Com isso, o modelo organizacional vigente da APS chega ao fim, e as equipes multiprofissionais podem deixar de existir, afetando diretamente a reabilitação na APS. Dentre os desafios, os profissionais também destacaram essa questão, como um cenário atual de desvalorização do SUS.

Destacamos como limitações do estudo o baixo número de participantes e a coleta de dados on-line. Entrevistas presenciais possibilitariam vínculo entre os pesquisadores e os participantes, proporcionando maior volume e detalhamento de dados. O cenário de pandemia por COVID-19 gerou sobrecarga e exaustão aos profissionais de saúde, dificultando a participação em pesquisas científicas.

CONCLUSÃO

A deficiência física foi atribuída ao corpo, sendo relacionada a motricidade, funcionalidade e/ou capacidade física. Apesar dos avanços em direitos e oportunidades, ainda há muitos desafios para o reconhecimento da pessoa com deficiência física. O processo de reabilitação busca promover autonomia e independência, por meio da manutenção ou reestabelecimento da funcionalidade. Todos os níveis de atenção à saúde devem ser envolvidos no processo de reabilitação, com profissionais capacitados, que trabalhem em equipe, inclusive os que atuam na atenção primária à saúde.

Os profissionais de saúde defenderam que a reabilitação na APS é importante e necessária. Também refletiram que a reabilitação, como parte do processo saúde-doença, está presente a todo momento em sua prática profissional, porém os mesmos não percebem como parte do processo de trabalho. Diversas ações de reabilitação já estão inseridas na prática profissional da APS, todavia, para uma melhor estruturação, ressalta-se a necessidade da valorização da reabilitação, estímulos aos profissionais envolvidos, gestão eficiente e investimentos em recursos humanos e materiais.

Sugerimos a realização de estudos maiores, que contemplem outras regiões do território brasileiro, a fim de conhecer a perspectiva de mais profissionais de saúde sobre a reabilitação primária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Nota técnica nº 03/2020, de 28 de janeiro de 2020.** Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf> Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm Acesso em: 16 out 2021.

CAMPOS, Mariana F.; SOUZA, Luiz Augusto P.; MENDES, Vera Lúcia F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207-210, 2015.

FURLAN, Andrea D. et al. Rehabilitation service models for people with physical and/or mental disability living in low-and middle-income countries: a systematic review. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 50, n. 6, p. 487-498, 2018.

MACHADO, Wiliam César A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MAGAQA, Qhayiya; ARIANA, Proochista; POLACK, Sarah. Examining the Availability and Accessibility of Rehabilitation Services in a Rural District of South Africa: A Mixed-Methods Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 9, p. 4692, 2021.

MINAYO, Maria C.; DESLANDES, Sueli F.; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

NEUVALD, Luciane; COLLARES, Solange Aparecida O. O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática. **Educação Unisinos**, v. 22, n. 2, p.156-165, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência.** Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf Acesso em: 16 out 2021.

PANISSON, Gelson; GESSER, Marivete; GOMES, Marcela. Contributions of the disability studies for the psychologist's performance in the Brazilian Social Assistance Policy. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 3, p.221-234, 2018.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

SANTOS, Lenir; DE ANDRADE, Luiz Odorico M. Redes no SUS: Marco legal. *In: **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS*. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013. p. 22-34.

TALUKDAR, Jhalok Ronjan; MAHMUD, Ilias; RASHID, Sabina Faiz. Primary health care seeking behaviour of people with physical disabilities in Bangladesh: a cross-sectional study. **Archives of Public Health**, v. 76, n. 1, p. 1-9, 2018.

WERNET, Monika; MELLO, Débora Falleiros de; AYRES, José Ricardo de Carvalho M. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

6 MANUSCRITO 2: RECONHECIMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

RECOGNITION OF PEOPLE WITH PHYSICAL DISABILITIES IN PRIMARY HEALTH CARE

Lislayne Luiza da Silva
Soraia Dornelles Schoeller

RESUMO

O objetivo do estudo foi refletir sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde, sob a ótica da Teoria do Reconhecimento. Foi realizado estudo teórico reflexivo, baseado na Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth. A reabilitação deve ser processo multidimensional, fundamentado na prática educativa, persistência dos sujeitos envolvidos e propósitos estabelecidos pelos sujeitos reabilitadores e em reabilitação, compartilhadamente, devendo estar presente no local onde vivem. Assim, ações de reabilitação devem compor a prática profissional da atenção primária. Relacionado com a concepção de autonomia intersubjetiva de Honneth, baseada na autorrealização dos sujeitos, as pessoas com deficiência e os profissionais de saúde se autorrealizam por meio de interrelações, ao passo em que se reconhecem reciprocamente dotadas de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. Concluiu-se o conhecimento, educação e o trabalho em equipe podem ser formas de ressignificar a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: pessoas deficiência; reabilitação; atenção primária à saúde; reconhecimento social.

ABSTRACT

The aim of the study was to reflect on the rehabilitation of people with physical disabilities in primary health care, from the perspective of the Theory of Recognition. A reflective theoretical study was carried out, based on the Theory of Recognition, by Axel Honneth. Rehabilitation must be a multidimensional process, based on educational practice, persistence of the subjects involved and purposes established by the rehabilitating and rehabilitating subjects, shared, and must be present in the place where they live. Thus, rehabilitation actions must be part of the professional practice of primary care. Related to Honneth's concept of intersubjective autonomy, based on the self-fulfillment of subjects, people with disabilities and health professionals self-actualize through interrelationships, while mutually recognizing each other endowed with self-confidence, self-respect and self-esteem. It was concluded that knowledge, education and teamwork can be ways to give new meaning to the rehabilitation of people with physical disabilities in primary health care.

Keywords: disabled persons; rehabilitation; primary health care; social recognition.

INTRODUÇÃO

O sistema único de saúde implementado no Brasil propõe oferta de assistência integral, preventiva e curativa, em todos os níveis. Diante dessa proposta, a atenção primária à saúde (APS) está organizada de modo a priorizar ações multiprofissionais voltadas à promoção de saúde e qualidade de vida, que inclui cuidados relacionados ao processo de reabilitação da pessoa com deficiência física (BRASIL, 2017).

Embora cada profissão tenha formação específica, o trabalho na APS deve visar o cuidado integrado, com objetivos compartilhados e projetos terapêuticos que considerem a singularidade dos indivíduos (BRASIL, 2017). Com isso, as ações na atenção primária contrariam o modelo biomédico hegemônico, que observa apenas as características físicas do sujeito, com foco na doença (PANISSON; GESSER; GOMES, 2018). Nele, a assistência prestada acontece de forma fragmentada, sem trabalho em equipe, e com o indivíduo apenas como paciente do seu processo de reabilitação (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

As pessoas com deficiência física vivenciam medos, preocupações e dificuldades em seu cotidiano, incluindo os aspectos de saúde, reabilitação e reintegração na sociedade. Contudo, relatam que o bom relacionamento com os profissionais de saúde é um facilitador para as rotinas envolvidas no processo de reabilitação. Dessa forma, os profissionais devem buscar entender as necessidades dessas pessoas, contemplando fatores e cenários importantes para a autonomia daquele indivíduo (FARIAS *et al.*, 2017).

Axel Honneth, em sua Teoria do Reconhecimento, propõe três dimensões distintas nas relações sociais de construção do sujeito nas quais estes encontram reconhecimento recíproco. Inicialmente nas relações íntimas, esfera essa denominada como amor. As pessoas, através do afeto e práticas de preocupação e cuidado mútuas, percebem-se como indivíduos com suas próprias necessidades – isto provém autoconfiança. Em seguida trata da dimensão do direito, representado pelas relações jurídicas pautadas na igualdade de direitos entre todos os membros da sociedade, onde os sujeitos se compreendem como pessoas jurídicas que merecem a mesma autonomia – esta gera autorrespeito. Por fim a solidariedade, representada pelas relações de estima social, nas quais os sujeitos se compreendem com valores e habilidades valiosos para a sociedade – esta resulta na autoestima (HONNETH, 2009).

Honneth propõe que o sujeito amado, respeitado e estimado, desenvolve em si as características de autoconfiança, autorrespeito e autoestima, fontes construtivas para o reconhecimento recíproco (HONNETH, 2009). É a partir desse reconhecimento que a pessoa se torna respeitada. Em se tratando de pessoa com deficiência, é a partir desse reconhecimento que ela pode buscar ativamente por sua autonomia, a ser desenvolvida durante o processo de

reabilitação. Em contrapartida, quando não há o reconhecimento ocorre o desrespeito. Existem inúmeras experiências de injustiça praticadas no cotidiano social, e que quando ampliadas, originam movimentos conflituosos (HONNETH, 2009).

Diversas leis e políticas públicas orientam as ações profissionais pertinentes ao processo de reabilitação (OMS, 2012; BRASIL 2011; 2012; 2015; 2017). Todavia, observa-se diversificação e ausência dos cuidados propostos nos serviços de saúde no Brasil, contradizendo a própria legislação. Frente a essa realidade, faz-se necessário refletir sobre os desafios profissionais a serem enfrentados, que contrapõe teoria e prática cotidiana. Corroborando, Farias e colaboradores (2017) afirmam que um ambiente encorajador juntamente com uma equipe multidisciplinar preparada são peças fundamentais para o sucesso da reabilitação. Isso torna-se mais importante ainda quando o processo de reabilitação é considerado um processo de reconstrução do sujeito, fundamentado nas dimensões do amor, direito e solidariedade.

Pretende-se demonstrar que a reabilitação na atenção primária deve ser um espaço de reconhecimento intersubjetivo, realizado através de ações ativas e colaborativas vivenciadas pela pessoa em reabilitação e a equipe multiprofissional. O reconhecimento gerando a autoconfiança, autorrespeito e autoestima mútuos, onde profissionais se autorrealizam exercendo sua profissão e pessoa em reabilitação se autorrealiza no processo de reconstrução.

O fruto dessa reflexão poderá instigar profissionais de saúde que atuam na APS, proporcionando mais qualidade de atendimento e autonomia às pessoas com deficiência física em processo de reabilitação. Com isso, o objetivo deste manuscrito foi refletir sobre a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária à saúde, sob a ótica da Teoria do Reconhecimento.

METODOLOGIA

Este trabalho compõe os resultados da dissertação de mestrado da principal autora do mesmo. Foi realizado um estudo teórico reflexivo, com base na Teoria do Reconhecimento, de Axel Honneth. Esse tipo de pesquisa de natureza reflexiva e interpretativa valoriza aspectos relacionados às mudanças qualitativas que ocorrem nos objetos ou fenômenos analisados pelos autores (MENEGETTI, 2011). Assim sendo, os três pilares da teoria, amor, direito e solidariedade, foram relacionados aos desafios para reabilitação da pessoa com deficiência na atenção primária à saúde.

Os aspectos éticos e legais foram preservados e respeitados, seguindo a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, com parecer consubstanciado número 4.633.607.

Reabilitação na atenção primária à saúde – Diretrizes oficiais

De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), promulgado através da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015,

considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A deficiência física pode ser congênita ou adquirida, e provoca no indivíduo dificuldades funcionais, que estão relacionadas à fatores físicos, psicológicos, econômicos e sociais. Tais dificuldades interferem diretamente no cotidiano pessoal e familiar, impactando na qualidade de vida dos indivíduos (PEDREIRA; LOPES, 2010).

A mesma lei define ainda que o processo de habilitação e/ou reabilitação é um direito da pessoa com deficiência, e tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas, que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades que as demais pessoas. O documento acrescenta a garantia de atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, assegurando acesso universal e igualitário (BRASIL, 2015).

Ademais, outros arquivos oficiais também orientam sobre a temática. De acordo com o Relatório sobre Deficiência da Organização Mundial da Saúde (2012), o processo de reabilitação contempla variados aspectos, como educacionais, sociais e terapêuticos (11:2.265), e é definido como um conjunto de terapias que restabelece a autonomia e compensa a funcionalidade perdida em todas as áreas necessárias e relevantes para a pessoa com deficiência. Assim sendo, as ações de reabilitação abarcam funções e estruturas físicas do corpo, atividades e participação social, com fatores ambientais e pessoais. Dentre as ações a serem realizadas,

estão incluídos cuidados e procedimentos, exercícios, treinamentos, estratégias de adaptação, educação, apoio e aconselhamento.

No âmbito nacional, a reabilitação na APS está fundamenta em duas importantes políticas públicas. A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, que foi instituída pela portaria nº 793 em 2012, e baseada em distintos documentos nacionais e internacionais, que já orientavam sobre cuidados à pessoa com deficiência física, bem como diretrizes e normas para organização do trabalho na atenção primária à saúde. E também a Política Nacional de Atenção Básica, de 2017, que estabeleceu e revisou diretrizes para a organização desse nível de atenção à saúde, em sua totalidade. Ambos consideram a necessidade de que o sistema de saúde ofereça uma rede de serviços de reabilitação integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, ampliando e diversificando os serviços, a fim de que o indivíduo tenha contanto com as ações de reabilitação o mais breve possível (BRASIL, 2012; 2017).

O processo de reabilitação, na APS, tem como referência física as unidades básicas de saúde, e suas competências estão relacionadas com profissionais de diversas formações. As ações estratégicas da APS voltadas à atenção à saúde das pessoas com deficiência incluem identificação precoce das deficiências; educação em saúde; acompanhamento e tratamento adequado às pessoas com deficiência; apoio e orientação às famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência; publicação de documentos e implantação de protocolos clínicos que orientem os profissionais de saúde (BRASIL, 2012).

Reabilitação na atenção primária à saúde – Contrapondo teoria e prática

Schoeller e colaboradores (2021) descrevem a reabilitação na prática como um processo multidimensional, fundamentado na prática educativa, na persistência dos sujeitos envolvidos e em propósitos/metastabelecidos por todos, individual e conjuntamente – os sujeitos reabilitadores e os em reabilitação, de forma compartilhada. Esse processo, na maioria dos casos, inicia de forma abrupta e se estende até o fim da vida do sujeito. É a essência da reabilitação é justamente essa, a busca ativa pelo bem viver por meio do devir, processo de mudanças pelas quais todo indivíduo passa. Essas transformações da reabilitação são reconstruídas a partir da elaboração, planejamento, execução e avaliação metas e propósitos a curto, médio ou longo prazos. Para que haja o reconhecimento dos sujeitos envolvidos, a finalidade, metas e processos a serem realizados devem ser construídos coletivamente, com a

participação central do sujeito em reabilitação, de forma a que a mesma aconteça colada à sua vida e haja sua reconstrução integral.

Todavia, a reabilitação segue atrelada aos centros especializados, sendo que muitas vezes esse tipo de atendimento não é necessário ou mesmo viável para determinadas pessoas, destacando a importância desse processo estar presente no local onde o sujeito vive, contemplando a realidade. Diversas ações de reabilitação que já são executadas nos centros especializados, podem compor a prática profissional na APS, facilitando e otimizando o acesso. Como exemplo, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) (OMS, 2010), que historicamente, tem sido um meio de ofertar serviços de reabilitação para pessoas com deficiência que vivem em países de baixa renda, por meio do uso dos recursos comunitários locais.

A RBC objetiva assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços de saúde, para identificar, prevenir, minimizar e corrigir problemas/incapacidades de saúde, incluindo intervenções mais básicas fornecidas por agentes reabilitadores da comunidade e familiares. As ações de reabilitação preconizadas incluem a identificação de necessidades, com encaminhamento e acompanhamento; fornecimento de atividades de intervenção precoce para o desenvolvimento infantil; encorajamento da independência funcional através de treinamentos e instruções para o sujeito em reabilitação e seus familiares; realização de mudanças e adaptações ambientais; ligação a grupos de autoajuda; desenvolvimento e distribuição de materiais educativos e fornecimento de treinamento (OMS, 2010).

Reafirmando, a reabilitação necessita da atuação multiprofissional e transdisciplinar, e os profissionais de saúde devem se perceber e compreender como uma rede de sustentação para o melhor desempenho do cuidado. Quando se trabalha em equipe e há o compartilhamento de tomada de decisões, a pessoa em reabilitação, família e ambiente são referenciados como o centro do cuidado (SCHOELLER *et al.*, 2021). Assim, como já realizado na RBC, esse cenário pode ser experienciado na APS, construindo a reabilitação de forma processual, personalizada e coletiva.

Contribuições de Honneth para a reabilitação na atenção primária à saúde

É com essa forma compartilhada de planejar e executar as metas e objetivos que relacionamos a concepção de autonomia intersubjetiva de Honneth, baseada na autorrealização dos sujeitos. A luta e realização das metas de vida depende de pressupostos que não estão à

disposição deles mesmos puramente, mas sim vinculadas às relações intersubjetivas e arranjos sociais. As pessoas com deficiência e os profissionais de saúde se autorrealizam por meio de interrelações, ao passo em que se reconhecem reciprocamente dotadas de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. A troca entre os profissionais e entre estes e a pessoa com deficiência é instrumento facilitador do processo de trabalho desenvolvido para a reabilitação (SCHOELLER *et al.*, 2015).

O amor, direito e solidariedade constituem a infraestrutura moral da sociedade, e devem estar presentes nas relações sociais cotidianas, no mundo social vivido, para que este esteja em condições de proteger seus membros. Se as três formas de reconhecimento estiverem presentes onde o indivíduo se relaciona cotidianamente, apoiando-o, então ele pode desenvolver auto relações práticas saudáveis. Entretanto, pode ocorrer que o reconhecimento devido ou esperado não seja dispensado. Esses episódios podem ser consequências de uma interpretação incorreta da situação compartilhada, de constrangimentos ou de indiferença momentânea (SOBOTKA, 2015).

A pessoa com deficiência, assim como qualquer indivíduo, depende do reconhecimento dos outros para se tornar um sujeito capaz de lutar e exercer sua autonomia, e por isso todos os outros têm em relação a ela o dever moral de dispensar-lhe reconhecimento. Profissionais da saúde têm forte significado nas relações de reconhecimento recíproco para com esses sujeitos, pois estão diretamente envolvidos no processo para conquista da autonomia. Dessa forma, se faz necessário que estes profissionais estejam capacitados e preparados, pois o cuidado é longo e complexo, na medida em que deve contemplar desde a fase aguda do problema gerador da condição até sua reabilitação, representada pelos desejos e objetivos do sujeito (SCHOELLER *et al.*, 2014).

Por outro lado, a autorrealização profissional dos agentes reabilitadores se faz imprescindível. Quando falamos do profissional inserido na reabilitação, sua autorrealização reside na própria reabilitação do sujeito, de forma a que ele possa viver a vida que se propôs. Adicionalmente, Miranda, Rivera e Artmann (2012) descrevem as equipes interdisciplinares como um espaço em que também há luta por reconhecimento. Por meio da interação interprofissional e profissional-usuário, os mesmos buscam o reconhecimento das suas capacidades e habilidades profissionais, valorização da sua classe e forma de posicionamento e relacionamento. O não reconhecimento profissional implica em desrespeito, podendo gerar conflitos profissionais.

Amor

O reconhecimento recíproco tem sua base no amor, representado aqui por todas as relações afetivas do sujeito para com seus semelhantes. Ele parte do binômio mãe e filho, e se estende pelos outros familiares, amigos, cônjuges, e todos que estiverem preocupados com o bem estar físico e psicológico do outro (HONNETH, 2009). Torna-se então evidente que o contexto social do sujeito e sua rede de apoio são peças-chaves para o processo de reabilitação, pois serão base para o desenvolvimento da confiança do sujeito em si e nos demais.

No trabalho em equipe, o amor se manifesta nas relações dos profissionais entre si e com os usuários, representado pelo vínculo. A autoconfiança dos profissionais de saúde parte do reconhecimento do seu “saber-fazer”, das suas qualidades e traços singulares, por parte dos colegas e dos sujeitos atendidos (MIRANDA; RIVERA; ARTMANN, 2012).

Para a pessoa com deficiência, o amor é representado pelo reconhecimento das suas necessidades particulares, suas vontades e objetivos. Na prática, quando essa pessoa detém autoconfiança, poderá lutar ativamente por sua reabilitação e autonomia, trabalhando em conjunto com os profissionais de saúde para vencer desafios cotidianos, se adaptando à condição de saúde.

O desrespeito na esfera do amor é representado por ações de violência física ou psicológica, como exemplo o impedimento do indivíduo dispor do seu próprio corpo, atos de tortura, insultos e a negação das particularidades e necessidades individuais (MIRANDA; RIVERA; ARTMANN, 2012).

Somente porque a pessoa se sente amada, readquire a força de abrir-se para si mesma, autoconfiante. Tanto lógica como geneticamente, o amor precede toda outra forma de reconhecimento recíproco, pois é a camada fundamental de uma segurança na manifestação das próprias carências e sentimentos, base indispensável para a participação autônoma na vida pública (HONNETH, 2009).

Direito

A segunda esfera da teoria de Axel Honneth se refere ao direito. Essa parte do reconhecimento é a das relações juridicamente mediadas, e se relaciona ao tratamento igualitário e universal no âmbito da comunidade juridicamente definida. É aqui que os sujeitos desenvolvem o autorrespeito, sob as condições em que direitos universais não são mais

concedidos de maneira desigual aos membros de grupos sociais, mas sim de maneira igualitária a todos os homens como seres livres (HONNETH, 2009).

Podemos relacionar tais ideias com o modelo social de deficiência, que contrariando o modelo biomédico, considera a deficiência como um fenômeno sociológico. Ele parte do pressuposto de que as pessoas com deficiência são discriminadas e excluídas da participação na sociedade, como resultado negativo de barreiras físicas, atitudinais e institucionais (GESSER; NUERNBERG; TONELI, 2012).

O modelo social retira da deficiência a característica individual e de relação estritamente médica, e defende que a sociedade deve ajustar-se às diferenças experienciadas pelos sujeitos com deficiência, por meio da criação e efetivação de políticas públicas adequadas (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

Nas relações interprofissionais e com os sujeitos em reabilitação, a dimensão do direito se relaciona a liberdade individual, a capacidade de participar igualmente nos processos de escolha e decisão, e na garantia das condições mínimas e necessárias para o trabalho e atendimento, com recursos financeiros, materiais e humanos. Esses direitos incluem os interesses de todos os agentes envolvidos e a perspectiva do direito à saúde, que é a base do sistema de saúde (MIRANDA; RIVERA; ARTMANN, 2012). Como exemplo de formas típicas de desrespeito, Honneth menciona a denegação de direitos em relações individuais e a discriminação de grupos inteiros de pessoas (HONNETH, 2009). Podemos citar a falta de acessibilidade física, bem como a exclusão de oportunidades de trabalho e participação em demais eventos e atividades da comunidade.

Como visto anteriormente, é direito de toda pessoa com deficiência física o acesso à reabilitação plena, em todos os âmbitos dos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades e desejos. Nesse trabalho, o sujeito precede a patologia, e cada indivíduo responde de forma diferenciada, independente da gravidade de sua condição (SCHOELLER *et al.*, 2014). Essa afirmação indica o direito das pessoas com deficiência em terem acesso a todos os serviços e profissionais de saúde que forem necessários para sua reabilitação.

É certo que as pessoas com deficiência são beneficiadas quando usufruem de um processo de reabilitação multidisciplinar, pois estarão sob a ótica e intervenções de diferentes ações com objetivos comuns, relacionados ao sujeito e seu contexto. Estudo anterior, que contou com a participação de diversos profissionais da saúde que atuavam em um centro especializado de reabilitação, afirmou a importância do trabalho em conjunto, como pode ser observado na fala de um dos participantes: “Trabalho em conjunto com a fisioterapia, ortopedia,

neuro, fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição. É o ponto forte da reabilitação essa junção de disciplinas para o benefício do paciente.” (BENTO *et al.*, 2015).

Todas as ações estratégicas propostas pelo Ministério da Saúde são de suma importância para o cuidado das pessoas com deficiência física na APS. É direito, tanto dos agentes reabilitadores, quanto dos agentes em reabilitação, que as unidades básicas de saúde sejam acessíveis, que possam usufruir de recursos financeiros e materiais importantes e adequados e que haja orientação e preparação profissional.

Todavia, afirmar que a reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde é um direito, não significa a sua real aplicabilidade. A realidade cotidiana é bem mais complexa. A efetivação das leis e políticas públicas depende muito mais da compreensão e atitudes dos agentes envolvidos, para promover qualidade dos serviços e cuidados prestados. A ampliação nas relações de reconhecimento recíproco na dimensão do direito pode resultar numa parcela cada vez maior de pessoas com deficiência tendo acesso à reabilitação plena e integral, com suas particularidades e objetivos respeitados.

Solidariedade

Honneth acredita ser a solidariedade o último elemento relacionado ao reconhecimento recíproco. Na terceira esfera o sujeito é reconhecido como uma pessoa cujas capacidades e habilidades são tidas como de valor para uma comunidade concreta. A autorrelação prática que os indivíduos desenvolvem nessa esfera é designada de autoestima (HONNETH, 2009). O reconhecimento de capacidades, ações específicas e concretizações de um indivíduo ou grupo é de importância constitutiva para o tipo de estima que eles receberão em sua comunidade. Quando têm a solidariedade ou estima denegadas, os indivíduos passam a se perceber como insignificantes ou até mesmo indesejados.

Sob as condições das sociedades modernas, a solidariedade está ligada ao pressuposto de relações sociais de estima simétrica entre sujeitos individualizados e autônomos. Simétrica ao passo que todo sujeito recebe a chance de experimentar a si mesmo, em suas próprias realizações e capacidades, como valioso para a sociedade. Podemos chamar tais relações de “solidárias” porque elas despertam além da tolerância para com a particularidade individual do outro, o interesse afetivo por essa particularidade (HONNETH, 2009).

Para os profissionais de saúde, a solidariedade em forma de autoestima advém do reconhecimento da importância e peculiaridades do trabalho desenvolvido pelos

vários membros do serviço, atribuindo-lhes um valor e um lugar social. Implica o reconhecimento da contribuição singular de cada membro da equipe, bem como da importância para o trabalho coletivo do projeto de autorrealização de cada categoria profissional (MIRANDA; RIVERA; ARTMANN, 2012).

Do outro lado da relação, os profissionais de saúde envolvidos no processo de reabilitação são essenciais para o desenvolvimento da autoestima da pessoa com deficiência, reconhecendo suas habilidades e potencialidades. Especificamente os que atuam na APS, pois estão em contato direto e constante com os sujeitos naquela comunidade.

Eles são os responsáveis por acolher, escutar, orientar e educar os sujeitos e sua rede de apoio, reconhecendo e valorizando as conquistas e realizações cotidianas, possibilitando ao sujeito a retomada de sua autoestima e luta por autonomia. Temos como parcela importante desse processo a atividade laboral, sendo então a reinserção profissional parte importante da reabilitação. Sinônimo do termo reabilitação vocacional, ambos se referem ao treinamento das pessoas com deficiência em trabalhos especializados para que possam empregar-se regularmente com o ofício aprendido (SANTOS *et al.*, 2018).

Torna-se evidente que o bom relacionamento entre todos os agentes envolvidos no processo de reabilitação é imprescindível, de modo que todos possam atuar incentivando a participação e autonomia dos sujeitos em tarefas diárias, favorecendo a qualidade de vida e a saúde física e mental, além de reinserção social da pessoa acometida pela deficiência (RUIZ *et al.*, 2018).

Reabilitação na atenção primária à saúde – Novas perspectivas

Há que pensarmos em novas perspectivas para a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária. Um modelo permeado pela autorrealização dos agentes envolvidos, pautado na autoconfiança, autorrespeito e autoestima, na busca ativa pela autonomia e bem viver.

Como ponto de partida elencamos o conhecimento. A temática deficiência e reabilitação deve ser tratada com respeito e dignidade, desde as formações acadêmicas, seguindo pela educação continuada com os profissionais e educação em saúde com a população em geral, e mais especificamente as pessoas em processo de reabilitação. Por meio da educação e conhecimento constantemente adquirido, a reabilitação passa a ser percebida com novos olhares, de valorização e estima.

A APS deve apresentar e inserir as pessoas com deficiência e seus familiares às redes de apoio, de forma que possam ser orientadas, expostas a nova realidade, para entenderem os novos desafios a serem enfrentados. Devem aprender a reconhecer o novo corpo, os cuidados diários necessários, as opções de tratamento/adaptações que existem, para que possam, em conjunto com os agentes reabilitadores, escolher e lutar por sua autonomia, de acordo com seus objetivos, no seu tempo. Os profissionais que atuam na APS podem e devem estar em contato próximo com esses indivíduos, com interesse, respeito e estima, criando vínculo.

Em relação aos profissionais, iniciamos pela inserção de alunos e estagiários nas rotinas das unidades básicas de saúde, acompanhando e participando ativamente de consultas e atendimentos individuais/grupos, visitas domiciliares e rotinas de encaminhamentos e solicitações. Outro ponto de destaque é o trabalho em equipe, de forma genuína, relacionando os agentes reabilitadores e em reabilitação, numa interação recíproca. É essencial uma gestão adequada, que reconheça as necessidades dos sujeitos envolvidos, e que busque a garantia e distribuição de recursos financeiros, materiais e físicos, de acordo com a realidade vivenciada naquela comunidade.

Ademais, promover a interação entre profissionais da APS e também com os que atuam em outros níveis de atenção à saúde, como nos centros especializados de reabilitação, a fim de compartilhar saberes e destacar os cuidados já realizados como parte do processo. O trabalho em equipe deve representar uma interlocução entre todas as especialidades, com saberes e ações práticas compartilhadas, de acordo com a necessidade do sujeito em reabilitação naquele momento. Muitos profissionais defendem essa ideia, porém no seu cotidiano se limitam às suas competências formais e detém seu conhecimento específico, mantendo a divisão e hierarquia historicamente vivenciada.

Por fim, como fruto dessas ações, a luta ativa pela desconstrução do sistema biomédico, a partir do reconhecimento de todos os sujeitos como seres completos. Esse trabalho de valorização se estenderá por todos os agentes envolvidos. Os profissionais de saúde poderão perceber o quanto suas práticas diárias são importantes, desenvolvendo autoconfiança e autoestima, estimulando seus semelhantes e a si próprios. Na relação, os indivíduos em reabilitação se reconhecem acolhidos, com seus direitos assegurados e seus objetivos respeitados.

CONCLUSÃO

O processo de reabilitação é importante e necessário para a autonomia e qualidade de vida das pessoas com deficiência física. Como visto, diversas leis, políticas públicas e documentos oficiais objetivam orientar os profissionais de saúde e seus processos de trabalho relacionados à temática. Todavia, as ações de reabilitação na APS demonstram-se variadas e descontínuas, o que representa um desrespeito à saúde e vida das pessoas com deficiência física.

Dada a complexidade do processo de reabilitação, a articulação dos diversos agentes envolvidos, reabilitadores e em reabilitação, se sobressai das ações individuais. O conhecimento, educação e o trabalho em equipe podem ser formas de desconstruir o sistema biomédico hegemônico, trazendo ressignificação para a reabilitação da pessoa com deficiência física, especialmente na atenção primária à saúde. Por meio de acolhimento e escuta qualificados, respeito às diferenças e valorização das potencialidades de cada um, todos se reconhecem reciprocamente como sujeitos de valores, conquistando a autorrealização.

Destacamos como limitação do estudo a escassez de investigações sobre a temática, que ainda remete a essência da reabilitação aos serviços especializados. Sugerimos novas pesquisas que enfatizem o cuidado humanizado da pessoa com deficiência física, e demonstrem a importância e necessidade da reabilitação em todo o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 816-823, 2010.

BENTO, Luana Maria et al. Humanização e processo de trabalho em reabilitação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm Acesso em: 16 out 2021.

FARIAS, Ana da Conceição Alves et al. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 495-503, 2017.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 557-566, 2012.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é um ensaio-teórico? **Revista de administração contemporânea**, v. 15, p. 320-332, 2011.

MIRANDA, Lilian; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1563-1583, 2012.

MISSEL, Aline; COSTA, Cassia Cinara da; SANFELICE, Gustavo Roese. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 575-597, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf Acesso em: 16 out 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44405/9789241548052_por.pdf;jsessionid=7D3DB610E8F8FBEF6C59E6561F115864?sequence=160. Acesso em: 16 out 2020.

PANISSON, Gelson; GESSER, Marivete; GOMES, Marcela. Contributions of the disability studies for the psychologist's performance in the Brazilian Social Assistance Policy. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 3, p.221-234, 2018.

PEDREIRA, Larissa Chaves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 837-840, 2010.

RUIZ, Aline Gabriela Bega et al. Atuação da rede de apoio às pessoas com lesão medular. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

SANTOS, Camila Teófilo dos et al. A inserção da pessoa com deficiência na reabilitação profissional: revisão de literatura. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 18, n. 1, p. 9-30, 2018.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, Bárbara et al. **Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Processo de trabalho em reabilitação: a perspectiva do trabalhador e do usuário. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 403-412, 2015.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. **Enfermagem de Reabilitação**. 1. ed. Brasil: Thieme Revinter, 2021.

SOBOTTKA, Emil A. Desrespeito e luta por reconhecimento. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 4, p. 686-702, 2015.

7 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados evidenciaram que embora a ótica biomédica siga presente no sistema de saúde brasileiro, atribuindo a deficiência física majoritariamente ao corpo e sua funcionalidade, a percepção sobre a reabilitação está mais ampla. Os profissionais de saúde participantes definiram a reabilitação como um processo, que deve ser desenvolvido em conjunto, da pessoa com deficiência e os agentes reabilitadores, num trabalho integrado, em todos níveis de atenção à saúde, e de acordo com objetivos e metas estabelecidos por todos.

A partir das ideias de Axel Honneth, que defende o reconhecimento pleno e integral, pode-se pensar que o processo de reabilitação, pautado no amor, respeito e solidariedade, seja a forma ideal para inclusão da pessoa com deficiência, possibilitando a autonomia e bem viver. As pessoas com deficiência e os profissionais de saúde se autorrealizam por meio de interrelações, ao passo em que se reconhecem reciprocamente dotadas de autoconfiança, autorrespeito e autoestima, facilitando a reabilitação.

Esse processo deve estar presente onde o sujeito vive, na sua realidade cotidiana. Assim sendo, a reabilitação na atenção primária à saúde é importante e necessária, pois é ali que os agentes envolvidos estão mais próximos, desenvolvendo o vínculo. Como definido em diversas leis e políticas públicas, e enfatizado pelos participantes da pesquisa, é direito da pessoa com deficiência o acesso à reabilitação plena, de acordo com suas metas e objetivos, em todos níveis de atenção à saúde.

Ficou evidente que a reabilitação está presente na prática profissional da atenção primária, todavia os profissionais envolvidos não percebem que suas ações fazem parte do processo, evidenciando a invisibilidade da reabilitação nesse nível de atenção. É ali que acontece o acolhimento, a escuta, a orientação e educação das pessoas com deficiência e seus familiares. É ali que os agentes envolvidos reconhecem e valorizam as pequenas realizações, desenvolvendo a autoestima.

Honneth acredita ser o amor a base do reconhecimento intersubjetivo, representado por atos de preocupação com as necessidades do outro. No processo de reabilitação os sujeitos reabilitadores e em reabilitação desenvolvem a autoconfiança, e assim podem manifestar das suas carências, sentimentos e objetivos, a fim de lutar por sua autonomia em meio à sociedade.

Já a dimensão do direito se relaciona a liberdade individual, a capacidade de participar igualmente nos processos de escolha e decisão, e na garantia das condições mínimas e necessárias para o trabalho e atendimento, com recursos financeiros, materiais e humanos. Para

isso, uma gestão eficiente se mostra imprescindível, os agentes envolvidos devem ser constantemente capacitados e recursos e investimentos devem ser disponibilizados. Para Honneth, o direito é peça fundamental para o reconhecimento recíproco, pois concede aos sujeitos uma proteção social para lutarem por sua autonomia, partindo do sentimento de autorrespeito.

Por fim há a estima social, definida por Honneth como solidariedade, o terceiro e último elemento constituinte do reconhecimento recíproco. Uma sociedade que valorize os sujeitos por sua individualidade, reconhecendo as habilidades e potencialidades, propicia a luta pela autonomia. Dessa forma, um trabalho de valorização e promoção de conhecimento acerca da temática pode contribuir positivamente para estruturação e execução da reabilitação da atenção primária.

Os resultados do presente estudo podem representar novas perspectivas para a reabilitação da pessoa com deficiência física na atenção primária. A desconstrução da visão biomédica e o reconhecimento dos sujeitos como seres completos permitirão um processo de busca ativa pela autonomia e bem viver, pautado na autorrealização dos agentes envolvidos, a partir da autoconfiança, autorrespeito e autoestima.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Geovani Gurgel; OLIVEIRA, Dayana Kelly Silva. Percepções de usuários e profissionais da saúde da família sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 1090-1101, 2017.
- ALEXANDRE, Agripa Faria. **Metodologia científica e educação**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2014.
- ALVES, Maria Angélica; RIBEIRO, Fabiane Ferreira; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, p. 185-192, 2016.
- AMORIM, Érico Gurgel; LIBERALI, Rafaela; NETA, Olivia Morais Medeiros. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Holos**, v. 1, p. 224-236, 2018.
- ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 672-680, 2013.
- ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Atividades desenvolvidas por profissionais de núcleos de apoio à saúde da família: revisão da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 1443-1464, 2018.
- AUGUSTIN, Ingrid. Modelos de deficiência e suas implicações na educação inclusiva. **IX Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul**, 2012.
- BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elioenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 816-823, 2010.
- BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BENTO, Luana Maria et al. Humanização e processo de trabalho em reabilitação. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 1, 2015.
- BISPO, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Núcleos de apoio à saúde da família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, p. 683-702, 2018.
- BRAGA, Mariana Moron Saes; SCHUMACHER, Aluisio Almeida. Direito e inclusão da pessoa com deficiência: uma análise orientada pela teoria do reconhecimento social de Axel Honneth. **Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, p. 375-392, 2013.
- BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2009. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Nota técnica nº 03/2020, de 28 de janeiro de 2020.** Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf> Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília, 2010a. 24 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria MS/ GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 16 out 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, Mariana F.; SOUZA, Luiz Augusto P.; MENDES, Vera Lúcia F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207-210, 2015.

CARVALHO, Marselle Nobre de et al. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 295-302, 2018.

DE MENEZES, Anderson Alencar; DE MOURA, Dalmo Cavalcante. DO DIREITO DA LIBERDADE À SOLIDARIEDADE. **P2P E INOVAÇÃO**, v. 5, n. 2, p. 10-23, 2019.

DE SENA, Michel Canuto et al. Reflexões sobre o direito à educação da pessoa com deficiência. **MultiTemas**, p. 213-227, 2018.

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 455-467, 2018.

FARIAS, Ana da Conceição Alves et al. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 495-503, 2017.

FUHRMANN, Nadia. Luta por reconhecimento: reflexões sobre a teoria de Axel Honneth e as origens dos conflitos sociais. **Barbarói**, n. 38, p. 79-96, 2013.

FURLAN, Andrea D. et al. Rehabilitation service models for people with physical and/or mental disability living in low-and middle-income countries: a systematic review. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 50, n. 6, p. 487-498, 2018.

GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 557-566, 2012.

HARTMANN, Martin; HONNETH, Axel. Paradoxes of capitalism. **Constellations**, v. 13, n. 1, p. 41-58, 2006.

HONNETH, Axel. La société du mépris. **Paris: La Découverte**, 2006.

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

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> Acesso em: 16 out 2021.

MACHADO, Wiliam César A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MAGAQA, Qhayiya; ARIANA, Proochista; POLACK, Sarah. Examining the Availability and Accessibility of Rehabilitation Services in a Rural District of South Africa: A Mixed-Methods Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 9, p. 4692, 2021.

MAIOR, Izabel. História, conceito e tipos de deficiência. **Portal do Governo do Estado de São Paulo**, 2015. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, Ricardo Fabrino. Democracia e desigualdade: as contribuições da teoria do reconhecimento. **Revista Brasileira de Ciência Política**, p. 119-146, 2012.

MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O que é um ensaio-teórico? **Revista de administração contemporânea**, v. 15, p. 320-332, 2011.

MINAYO, Maria C.; DESLANDES, Sueli F.; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MIRANDA, Lilian; RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1563-1583, 2012.

MISSEL, Aline; COSTA, Cassia Cinara da; SANFELICE, Gustavo Roesse. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, p. 575-597, 2017.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; DE CAMPOS OLIVEIRA, Maria Amélia. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NEUVALD, Luciane; DE OLIVEIRA COLLARES, Solange Aparecida. O processo adaptativo e o processo emancipatório na gestão democrática. **Educação Unisinos**, v. 22, n. 2, p. 156-165, 2018.

NOGUEIRA, Giovani Cavalheiro et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3131-3142, 2016.

NORTON, Lynda. **Spinal Cord Injury, Australia, 2007-08**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Community Based Rehabilitation: CBR Guidelines**, 2010. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44405/9789241548052_por.pdf;jsessionid=7D3DB610E8F8FBEB6C59E6561F115864?sequence=160. Acesso em: 16 out 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/9788564047020_por.pdf Acesso em: 16 out 2021.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAIXÃO, Lara; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. A construção do projeto “Apoio de Rede” como estratégia institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 845-858, 2014.

PANISSON, Gelson; GESSER, Marivete; DE ANDRADE GOMES, Marcela. Contributions of the Disability Studies for the Psychologist's performance in the Brazilian Social Assistance Policy. **Quaderns de Psicologia**, v. 20, n. 3, p. 221, 2018.

PEDREIRA, Larissa Chaves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 837-840, 2010.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525-1534, 2018.

PFLUCK, Nátali Carina Dolvitsch; WARMLING, Cristine Maria. Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da saúde da pessoa com deficiência. **Cinergis**, v. 18, p. 344-352, 2017.

RODES, Carolina Hart et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, p. 74-82, 2017.

RUIZ, Aline Gabriela Bega et al. Atuação da rede de apoio às pessoas com lesão medular. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-9, 2018.

SANTOS, Camila Teófilo dos et al. A inserção da pessoa com deficiência na reabilitação profissional: revisão de literatura. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 18, n. 1, p. 9-30, 2018.

SANTOS, Lenir; DE ANDRADE, Luiz Odorico M. Redes no SUS: Marco legal. In: **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes, 2013. p. 22-34.

SANTOS, Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos; UCHÔA-FIGUEIREDO, Lúcia da Rocha; LIMA, Laura Câmara. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 694-706, 2017.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. **Enfermagem de Reabilitação**. 1. ed. Brasil: Thieme Revinter, 2021.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, Bárbara et al. **Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados**. Porto: Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Processo de trabalho em reabilitação: a perspectiva do trabalhador e do usuário. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 403-412, 2015.

SILVA, Lislayne. **Reabilitação na atenção primária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

SINGH, Ashutosh. Representation of Disabilities in Indian English Fiction: A Viewpoint. **International Journal of English Language, Literature in Humanities**, v. 10, n. 2, p. 607-616, 2015.

SOBOTTKA, Emil A. Desrespeito e luta por reconhecimento. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 4, p. 686-702, 2015.

SOBOTTKA, Emil A. Desrespeito e luta por reconhecimento. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 686-702, 2015.

TALUKDAR, Jhalok Ronjan; MAHMUD, Ilias; RASHID, Sabina Faiz. Primary health care seeking behaviour of people with physical disabilities in Bangladesh: a cross-sectional study. **Archives of Public Health**, v. 76, n. 1, p. 1-9, 2018.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2013.

TOLEDO, Renata Ferraz de; JACOBI, Pedro Roberto. Pesquisa-ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. **Educação & Sociedade**, v. 34, p. 155-173, 2013.

VITORINO, Artur José Renda; SILVA, Bruna Coden da. O modelo intersubjetivo do si mesmo produzido socialmente: mead, educação e luta por reconhecimento. **Educação & Sociedade**, v. 39, p. 73-88, 2017.

WERNET, Monika; MELLO, Débora Falleiros de; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Reconhecimento em Axel Honneth: contribuições à pesquisa em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 4, 2017.

APÊNDICE A – Questionário enviado para coleta de dados com os profissionais de saúde.

SEÇÃO	ROTEIRO
1	<ul style="list-style-type: none"> ● Apresentação; ● Termo de consentimento livre e esclarecido; ● Concordância com os termos e aceite de participação.
2	<ul style="list-style-type: none"> ● Idade; ● Cidade e estado em que trabalha; ● Formação na graduação; ● Tempo de trabalho na formação; ● Ocupação atual; ● Tempo de serviço no cargo atual.
3	<ul style="list-style-type: none"> ● O que é deficiência física? ● Você considera que a pessoa com deficiência física é reconhecida na sociedade? Justifique ● Como você percebe a autonomia da pessoa com deficiência física na sociedade? ● Como você define reabilitação? ● Como deve ser a reabilitação relacionado a momento de início, locais responsáveis, financiamento, equipe responsável, tempo de duração; ● Qual a sua percepção sobre reabilitação na atenção primária? ● Quais ações de reabilitação você já percebe presentes na atenção primária? ● Qual a importância da reabilitação na atenção primária? ● Cite obstáculos e facilitadores para a reabilitação na atenção primária. ● De que formas a reabilitação está presente na sua prática profissional? ● Cite e descreva lacunas na sua formação para a reabilitação na atenção primária.

	<ul style="list-style-type: none">● Cite e descreva lacunas na prática profissional para a reabilitação na atenção primária.● Desafios a serem enfrentados.● Você gostaria de acrescentar algo?
4	<ul style="list-style-type: none">● Endereço de e-mail

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA – BRASIL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa on-line denominada “REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que tem como objetivo analisar o conhecimento e prática dos profissionais da atenção primária na reabilitação da pessoa com deficiência física. Este projeto pertence ao Laboratório de Pesquisa, Ensino e Tecnologia sobre Saúde, Enfermagem e Reabilitação (Re Habilitar), da Universidade Federal de Santa Catarina e será conduzido por mim, Lislayne Luiza da Silva, Fisioterapeuta e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação e liderança da Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller (pesquisadora responsável).

Sua participação consistirá em responder este questionário on-line via Google Formulários para discussão e construção de conhecimentos sobre a temática da pesquisa. Os dados coletados ficarão armazenados com a orientadora do estudo, por cinco (05) anos. Os dados coletados, após os cinco anos, serão descartados na íntegra e de forma definitiva, de todos os locais físicos e digitais de armazenamento, incluindo plataformas digitais, e-mails, redes sociais, bancos de dados digitais e físicos, ou outro qualquer local que conste dados coletados para a vigente pesquisa. Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, seu nome não será divulgado em nenhuma das fases do estudo, assegurando-se também os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Contudo, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados poderão ser apresentados em eventos e/ou revistas científicas da área da saúde, mostrando apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Garantimos igualmente, o direito a indenização por danos materiais ou imateriais comprovadamente vinculados à sua participação no estudo. Para validar seu consentimento na pesquisa, solicitamos que você preencha a lacuna correspondente, neste questionário on-line.

Informamos que estaremos seguindo as orientações da ética em pesquisa de acordo com a Resolução 466/12 do CONEP. A pesquisa não acarretará riscos ou danos à integridade física, porém, você pode visualizar algum desconhecimento acerca da temática, causando algum tipo de desconforto. Caso isso aconteça, você poderá entrar em contato com o pesquisador para que juntos dialoguem sobre o ocorrido, e estabeleçam a melhor conduta acordada por ambas as partes. Para tanto pedimos que nos informe caso se sinta de alguma maneira desconfortável.

Informamos que você não terá um benefício direto, mas de forma indireta sua participação pode contribuir para a construção de novos saberes na área de reabilitação, contribuindo para o fortalecimento e o enfrentamento, possibilitando também a troca de experiências e aperfeiçoando o cuidado prestado às pessoas deficiência física.

O projeto de pesquisa atende a resolução CNS 466/2012 e possui a aprovação do CEPESH/UFSC. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Ressaltamos que o CEPESH poderá ser procurado no caso de dúvidas quanto a questões éticas, através dos seus endereços físico ou eletrônico: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040-400, Contato: (48) 3721-6094, cep.propesq@contato.ufsc.br).

O pesquisador responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Sugerimos que você guarde esse Termo de Consentimento para eventuais consultas. Para isso, você pode fazer o download do arquivo pelo link: https://drive.google.com/file/d/1iuBwnpIXVzNxMVUkKNY1qY_1AUXdZqPE/view?usp=sharing

Ressaltamos que você pode retirar o seu consentimento a qualquer momento e sem prejuízo. Para tanto solicitamos que faça contato pelos telefones e e-mails abaixo. Estamos à disposição para tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação a qualquer momento.

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra.Soraia Dornelles Schoeller – (48) 3721-2206, (48) 99908-8384 ou (48) 3093-5214; soraia.dornelles@ufsc.br; Rua Jacinto Ferreira de Macedo, 46 - Bela Vista, Palhoça – SC, 88132690.

Lislayne Luiza da Silva – telefone: (48) 99138-7758; endereço de e-mail: lislayne.fisio@gmail.com; Adão Manoel da Silva 197 – Areias – São José – CEP 88113260.