

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIA GABRIELA ALVES DE BRITO

**RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE DIGITAL E O PROCESSO DE TRABALHO: A
PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO**

JOÃO PESSOA/PB

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIA GABRIELA ALVES DE BRITO

**RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE DIGITAL E O PROCESSO DE TRABALHO: A
PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Programa
de Pós-Graduação em Fisioterapia, da
Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Dr. Robson da Fonseca Neves

Área de concentração: Processos de
Avaliação e Intervenção em Fisioterapia

Linha de Pesquisa: Avaliação e Intervenção
em Fisioterapia na Coletividade

JOÃO PESSOA/PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B862r Brito, Maria Gabriela Alves de.

Relação entre a saúde digital e o processo de trabalho : a percepção de fisioterapeutas de um centro especializado em reabilitação / Maria Gabriela Alves de Brito. - João Pessoa, 2024.

63 f.

Orientação: Robson da Fonseca Neves.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Fisioterapia - Atendimento - Pessoa com deficiência. 2. Fisioterapia - Habilitação e reabilitação. 3. Fisioterapeutas - Ferramentas de saúde digitais. 4. Centro de Reabilitação. I. Neves, Robson da Fonseca. II. Título.

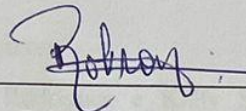
UFPB/BC

CDU 615.8(043)

MARIA GABRIELA ALVES DE BRITO

**RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE DIGITAL E O PROCESSO DE TRABALHO: A
PERCEPÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS DE UM CENTRO ESPECIALIZADO
EM REABILITAÇÃO**

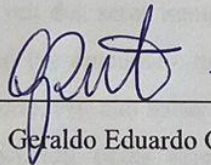
Banca Examinadora:



Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

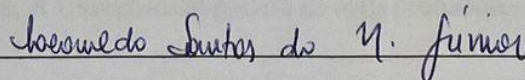
Orientador - Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dr. Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE

Examinador – Universidade Federal da Paraíba



Prof. Dr. Leonildo Santos do Nascimento Júnior

Doutor em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Examinador – Universidade Federal da Paraíba

AGRADECIMENTOS

A Deus...

Por Seu imenso amor e misericórdia. Sinto a Tua presença todo o tempo, e agradeço por cada benção recebida. Se eu tenho uma certeza na vida, é a de que eu “não estou só, tenho sempre o Teu amor”.

Aos meus pais...

José Benedito e Maria do Carmo, pelo apoio e ajuda de sempre. Obrigada por acreditarem em mim, e me darem suporte para que eu chegasse até aqui. Tem muito de vocês em mim.

Aos presentes que o mestrado me deu...

Tayná Gomes, Ricardo Rodrigues e Kelly Santana, por toda amizade e acolhimento durante esse processo. Obrigada por não me deixarem desistir, vocês foram fundamentais nessa trajetória.

Ao meu orientador...

Robson Neves, por sua generosidade. Por entender o meu momento de vida e as dificuldades que eu passei durante esse período. Por continuar acreditando que esse trabalho sairia. Obrigada pelas orientações, pelas orações e por todo acolhimento.

A banca examinadora...

Professores Eduardo Guedes e Leonildo Junior, pela disponibilidade, atenção, críticas e sugestões. A Universidade precisa de mais professores como vocês.

Aos profissionais do CER...

Por abrir as portas pra mim, e pela disponibilidade em participar das entrevistas, mesmo em meio a tantas atribuições.

A CAPES...

Pelo apoio financeiro, através da bolsa de estudos, que me permitiu concluir esse mestrado.

*“A aprendizagem
é uma infinda teia,
que se tece em vida.
E quando se finda,
acontece de se encerrar,
também, a vida.”
(José Benedito de Brito)*

RESUMO

Introdução: Ao longo da história brasileira, as Pessoas com Deficiência foram negligenciadas socialmente. O cenário no país começa a mudar, a causa da deficiência passa a ser entendida sob a influência da sua determinação social, e a pessoa com deficiência passa a ser vista de forma mais integral. No Brasil, para que houvesse uma ampliação do olhar integral a PCD, foi publicado pelo governo federal, em 2011, o Plano Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Em 2012, foram criados os CER, para ser uma referência na atenção à saúde dentro do território e objetivando ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde voltados a PCD. A construção de um cuidado integral nos CER demanda uma revisão no processo de trabalho dos profissionais que compõem suas equipes, incluindo os fisioterapeutas. Atualmente, os processos de trabalho contam com um novo recurso que, por vezes, os auxilia: a tecnologia. No trabalho em saúde, pode-se perceber a presença cada vez mais frequente das ferramentas de Saúde Digital, que auxilia os profissionais no dia a dia.

Objetivo: O presente trabalho busca conhecer como se dá a relação entre as ferramentas de saúde digitais e o processo de trabalho dos fisioterapeutas de um CER. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso qualitativo e exploratório, orientado pela Análise de Conteúdo Temática. A pesquisa de campo teve como *lócus* um CER na Paraíba, referência no serviço de habilitação e reabilitação nas quatro áreas da deficiência. Foram incluídos os fisioterapeutas, de ambos os sexos, que prestam cuidado à PCD no CER, e que estavam disponíveis para entrevista realizada de maneira presencial, e que tinham alguma experiência com as ferramentas de saúde digital. Um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada com perguntas norteadoras foi utilizado como instrumento para coleta de dados. Para a análise dos dados coletados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, realizada em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material ou codificação; e 3. Tratamento dos resultados obtidos/interpretação. **Resultados:** Realizaram as entrevistas 18 fisioterapeutas, que trabalham distribuídos em dois setores dentro do CER. O primeiro deles, voltado para triagem e diagnóstico; e o segundo setor, voltado ao atendimento à pessoa com deficiência física. Por tratar-se de profissionais de diferentes coordenações do mesmo CER, observamos as características de dois ambientes de trabalho diferentes. Os achados da pesquisa revelaram, em termos de características do trabalho em equipe que se desenvolve lá, que há um trabalho colaborativo interprofissional. Os dados revelam que a organização do trabalho no CER junto com a falta de equipamento têm sido os principais elementos de entrave para que os profissionais façam o uso adequado e contínuo da ferramenta digital e de suas potencialidades de interagir no processo de trabalho deles. Um ponto importante a ser considerado quando falamos sobre o tema da saúde digital, é o fato de os profissionais serem ou não “seres informatizados”, termo utilizado por um dos entrevistados para definir a maior proximidade com a área de computação e tecnologia, cujos impactos se refletem nas defesas adotadas, as quais são limitadas e pouco eficazes a longo prazo. **Considerações finais:** A dificuldade que alguns profissionais do CER encontram na operacionalização do sistema não se trata de uma questão exclusivamente etária ou geracional, há também um problema de Identidade Digital. São necessários investimentos em capacitação e recursos físicos para melhor estabelecer essa relação e tratar seus efeitos para o processo e organização do trabalho.

Palavras chave: Fisioterapia. Pesquisa Qualitativa. Prontuário eletrônico. Identidade digital. Centro de Reabilitação.

ABSTRACT

Introduction: Throughout Brazilian history, People with Disabilities have been socially neglected. The scenario in the country begins to change, the cause of disability begins to be understood under the influence of its social determination, and the person with a disability begins to be seen in a more integral way. In Brazil, in order to expand the comprehensive view of PWD, the federal government published the Plano Viver sem Limite – National Plan for the Rights of Persons with Disabilities in 2011. In 2012, the CERs were created to be a reference in health care within the territory and aiming to expand access and quality of health services aimed at PWD. The construction of comprehensive care in CERs requires a review of the work process of the professionals who make up their teams, including physiotherapists. Currently, work processes rely on a new resource that sometimes helps them: technology. In health work, we can see the increasingly frequent presence of Digital Health tools, which help professionals in their daily lives. **Objective:** This work seeks to understand the relationship between digital health tools and the work process of physiotherapists at a CER. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory case study, guided by Thematic Content Analysis. The field research had as its locus a CER in Paraíba, a reference in the habilitation and rehabilitation service in the four areas of disability. Physiotherapists, of both sexes, who provide care to PWD at the CER, and who were available for face-to-face interviews, and who had some experience with digital health tools, were included. A semi-structured interview guide with guiding questions was used as an instrument for data collection. To analyze the collected data, Thematic Content Analysis was used, carried out in three stages: 1. Pre-analysis; 2. Exploration of the material or coding; and 3. Treatment of results obtained/interpretation. **Results:** 18 physiotherapists carried out the interviews, who work in two sectors within the CER. The first of them, aimed at screening and diagnosis; and the second sector, aimed at serving people with physical disabilities. As these are professionals from different coordinations of the same CER, we observed the characteristics of two different work environments. The research findings revealed, in terms of characteristics of the teamwork that takes place there, that there is interprofessional collaborative work. The data reveals that the organization of work at the CER, together with the lack of equipment, have been the main obstacles for professionals to make adequate and continuous use of the digital tool and its potential to interact in their work process. An important point to be considered when we talk about the topic of digital health is the fact whether or not professionals are “computerized beings”, a term used by one of the interviewees to define their greater proximity to the area of computing and technology, whose impacts are reflected in the defenses adopted, which are limited and ineffective in the long term. **Final considerations:** The difficulty that some CER professionals encounter in operationalizing the system is not exclusively an age or generational issue, there is also a problem of Digital Identity. Investments in training and physical resources are necessary to better establish this relationship and address its effects on the work process and organization.

Keywords: Physiotherapy. Qualitative Research. Electronic medical record. Digital identity. Rehab center.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Principais modalidades de telessaúde.....	22
QUADRO 2 - Características físicas, sócio demográficas e de trabalho dos participantes da pesquisa.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoa com Deficiência
PEEP	Pressão Positiva Expiratória Final
PNITS	Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SEIDIGI	Secretaria de Informação e Saúde Digital
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TO	Terapeuta Ocupacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
Geral.....	16
Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1. Pessoa com Deficiência: história, política e organização do sistema de atenção.....	17
3.2. Processo de Trabalho e seus componentes.....	20
3.3. Saúde digital.....	21
4 METODOLOGIA.....	25
4.1. Tipo de estudo.....	25
4.2. Cenário da pesquisa.....	25
4.3. Seleção dos informantes.....	26
4.4. Produção dos dados.....	26
4.5. Análise dos dados.....	27
4.6. Aspectos éticos.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
5.1. Caracterização dos informantes e do local de trabalho.....	29
5.2. Processo de Trabalho.....	32
5.2.1 Meios e condições.....	32
5.2.2 Objeto e Objetivos ou finalidades.....	35
5.2.3 Agente ou sujeito.....	38
5.3. Relação entre Digitalização e Processo de Trabalho no CER.....	42
5.3.1. Contexto da Saúde Digital no CER.....	42
5.3.2. Ser informatizado e ser não informatizado.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
7 PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO E IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DA PESQUISA.....	53
REFERÊNCIAS.....	55

APÊNDICES.....	60
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	60
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
ANEXOS.....	64
ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO GRANDE TRABALHO “TECNOLOGIAS PARTICIPATIVAS NO CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA”	64

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o cuidado à saúde avançou, e a sociedade passou a conferir maior importância à pessoa com alguma deficiência. Hospitais-escola criaram serviços, a exemplo do Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, e representaram um marco na concepção de estudos e pesquisas em reabilitação. Contudo, essa história não foi marcada apenas pelos interesses da iniciativa do poder público de cuidado a esse público.

Na década de 90, o cenário no país começa a mudar, pois a causa da deficiência passa a ser entendida sob a influência da sua determinação social. Assim, a pessoa com deficiência passa a ser vista de forma mais integral, a sociedade começa a entender seu papel na vida dessas pessoas e a pensar em políticas para diminuir as barreiras e facilitar a inclusão (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Esse movimento foi acompanhado de um intenso debate na sociedade, que culminou com a constituição de 1988 que trata, em seu artigo 208, da Educação Básica obrigatória e gratuita, incluindo garantias de direito a atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência. Posteriormente a esse movimento, no ano de 1989, foi promulgada a Lei 7.853, que dispõe sobre a integração social das pessoas com deficiência. E, em 1990, a Lei 8.069 – Estatuto da Criança e do Adolescente, garantiu, entre outras coisas, o atendimento educacional especializado às crianças com deficiência (Todos pela Educação, 2020). No entanto, o olhar sobre a questão do cuidado à pessoa com deficiência ganhou mais notoriedade e expansão para todas as faixas etárias e ciclos de vida com ideias mais progressistas, que começaram a circular no Brasil desde o ano de 2002.

No Brasil, para que houvesse uma ampliação do olhar integral à Pessoa com Deficiência (PCD), foi publicado pelo governo federal, em 2011, o Plano Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que tinha como um de seus objetivos ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a organização de rede e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2011). Através desse plano, foi publicada a Portaria nº 793/2012 que “institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD).

Após a instituição da RCPCD, o Ministério da Saúde criou em 2012 os Centros Especializados em Reabilitação (CER), para ser uma referência na atenção à saúde dentro

do território e objetivando ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde voltados a PCD (BRASIL, 2013).

O CER é um ponto de característica ambulatorial especializada, que pode ser de três tipos (CER II, CER III e CER IV), e atende os diversos tipos de deficiência, através de equipe multiprofissional. Entre os profissionais do CER, está inserido o fisioterapeuta, profissional fundamental para o funcionamento, organização e progresso do CER, participante ativo do processo de prevenção e reabilitação, cuja participação no aprimoramento da prática de reabilitação no serviço é de suma importância (BISPO JÚNIOR, 2010).

Ampliando o modelo biomédico, que enfatiza os fatores biológicos das doenças em detrimento de outros determinantes, o modelo biopsicossocial considera saúde e doença como o resultado da interação entre diferentes fatores, sendo estes biológicos, psicológicos e sociais. Originado com o objetivo de analisar o ser humano de maneira integral, considerando os fatores físicos, emocionais, contexto social e ambiental em que o indivíduo está inserido (DE MARCO, 2006), o modelo biopsicossocial amplia o olhar sobre a doença, entendendo que aspectos biológicos e político-sociais unidos dão outros contornos à doença e suas consequências (NOVACK et al., 2007).

O modelo biopsicossocial funciona de maneira multidisciplinar e interprofissional, e trabalhar orientado por ele tem sido uma recomendação no Brasil e no mundo, sendo importante em qualquer área, mas especialmente pensando na PCD, que enfrenta muitas barreiras principalmente de ordem biológica, psicológica e social, este se torna ainda mais importante.

A construção de um cuidado integral nos CER demanda uma revisão no processo de trabalho dos profissionais que compõem suas equipes. Isso também se aplica aos fisioterapeutas, cuja evolução do seu processo de trabalho vem sendo estudada em vários cenários de cuidado à saúde. Para Brito, Mendes e Santos Neto (2018), o processo de trabalho em saúde sofreu profundas transformações com o capitalismo, permitindo o avanço do conhecimento no sentido de preservar a vida, mas, em contrapartida, manteve a fragmentação do indivíduo e de suas próprias necessidades como objetos de trabalho em saúde. Barbosa et al. (2023) apontam para uma fragmentação do processo de trabalho entre os profissionais do Nasf-AB, do qual faz parte o fisioterapeuta, caracterizado pelo destaque ao trabalho individual executado pelos especialistas que compõem as equipes,

mesmo que algumas atividades sejam desenvolvidas de forma compartilhada entre os profissionais.

Atualmente, os processos de trabalho contam com um novo recurso que, por vezes, os auxilia: a tecnologia. Presente nos mais diversos ambientes e de diferentes formas, ela tem sido utilizada também no campo da saúde, seja para armazenar informações, monitorar dados de saúde ou para construção de equipamentos auxiliares ou de tecnologias assistivas (CRUZ et al., 2023).

Sá Neto e Rodrigues (2010) definem tecnologia em saúde como um agrupamento de ações com o propósito de otimizar a prática em saúde. O uso de tecnologias em saúde pode promover maior resolubilidade e trazer mais confiança e contentamento aos usuários, no que diz respeito ao serviço de saúde oferecido (HONORATO et al., 2015). Outrossim, deve-se colocar em perspectiva que a adoção de tecnologias em saúde também tem sido pensada para aumentar a produtividade, estabelecer um maior controle da organização do trabalho e dos tempos e movimentos dos trabalhadores.

O presente trabalho busca conhecer como se dá a relação entre as ferramentas digitais e o processo de trabalho dos fisioterapeutas de um CER. Conhecer a percepção, a opinião dos profissionais é importante para que possamos conhecer os entraves e facilitadores para que estes incorporem as ferramentas digitais em seu dia a dia de trabalho, e é importante também para a Rede como um todo, por possibilitar um trabalho mais efetivo e multiprofissional, visando o melhor interesse do paciente.

2. OBJETIVOS

Geral

Compreender a relação entre as ferramentas de saúde digital e o processo de trabalho para os profissionais fisioterapeutas de um CER.

Específicos

- Caracterizar os informantes da pesquisa e o seu processo de trabalho;
- Caracterizar, na perspectiva dos fisioterapeutas, o contexto da implantação das ferramentas de saúde digital no CER;
- Conhecer, na perspectiva dos profissionais fisioterapeutas, os sentidos no entorno da utilização das ferramentas de saúde digital com o seu processo de trabalho no CER.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Pessoa com Deficiência: história, política e organização do sistema de atenção

Do ponto de vista histórico, o conceito de deficiência vem passando por revisões e adequações importantes que influenciam na percepção e na concepção sobre a pessoa com deficiência, sobretudo no seu viés político e na constituição de direitos, e isso têm interferido também no processo de cuidado dessas pessoas e na organização dos serviços, programas e políticas de saúde.

A sociedade desperta para seu compromisso com as pessoas com deficiência a partir do século XIX, especialmente no que diz respeito a medidas de assistência e proteção focada nos grupos minoritários e marginalizados. No Continente Europeu, emergem locais próprios para acolhimento e assistência a idosos, deficientes visuais, auditivos e mutilados de guerra (PEREIRA; SARAIVA, 2017), argumentando que essas pessoas, mais do que apenas cuidados médicos, necessitavam de serviços excepcionais para seguir usufruindo de uma vida com aspirações (SILVA, 1987).

Posteriormente a Segunda Guerra Mundial, voltam-se os olhares para a assistência à saúde e a qualidade do tratamento da população como um todo, incluindo as pessoas com deficiência. Por exemplo, em 1919, na Grã-Bretanha, foi estabelecida a Comissão Central para o Cuidado do Deficiente (GARCIA, 2010). O Dia do Deficiente foi instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 3 de dezembro de 1992.

No Brasil, em 1978, por meio de uma emenda constitucional, as mesas da câmara dos deputados e do senado federal brasileiros asseguraram aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica mediante educação especial gratuita; assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica social do país; proibição de discriminação inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (BRASIL, 1978).

Em 13 de julho de 1990, durante o governo Collor, é aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e assegura, entre outros, atendimento educacional especializado a crianças e adolescentes com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1990).

O governo mudou, mas a discussão sobre os direitos das pessoas com deficiência continuou e, em novembro de 2000, foram sancionadas duas leis importantes: 10.048 e

10.098. A primeira dá prioridade de atendimento as pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e obesas, bem como determina que veículos de transporte público sejam produzidos de forma a facilitar o acesso a seu interior das pessoas portadoras de deficiência, e tenham para estas assentos reservados e identificados. Já a Lei 10.098 é tida como primeiro avanço concreto na legislação em relação à acessibilidade, pois determina a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida por meio da extinção de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, mobiliário urbano, construção e reforma de edifícios e meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2000).

Em 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir deficiência como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda”, conceito que elimina o viés negativo da deficiência e da incapacidade, adotando uma perspectiva resiliente, na qual o indivíduo que apresenta problemas de funções ou de estrutura pode, se tratado adequadamente, desempenhar funções e participar ativamente da vida social. Esta perspectiva aponta o meio social como sendo determinante no processo de reabilitação de pacientes com deficiência e não como um fator intrínseco da doença em si. Para Mazzotta, “é em relação ao meio onde vive a pessoa, à sua situação individual e à atitude da sociedade, que uma condição é ou não considerada uma deficiência, uma vez que os problemas que assim a caracterizam decorrem das respostas da pessoa às exigências do meio” (MAZZOTTA, 1982, p. 14).

No Brasil, alguns anos à frente, por meio da perspectiva de viabilizar o cuidado integral à PCD, em 17 de novembro de 2011 foi instituído, através do decreto nº 7.612, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, com o objetivo de articular políticas, programas e ações que garantissem o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, e tem como eixos de atuação o acesso à educação, a atenção à saúde, a inclusão social e a acessibilidade. Em seu artigo 2º, pode-se ler que

“São consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2011).

A partir do Plano Viver sem Limite, por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, foi elaborada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na esfera do SUS, com a finalidade de monitorar e implantar ações de reabilitação nos territórios nacionais, ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde e promover integração das PCDs e suas famílias aos pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Em 6 de julho de 2015, sob o nº 13.146, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que se destina a garantir e promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência. Em seu artigo 2º, ela traz que:

“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” (BRASIL, 2015)

A saúde da PCD foi ganhando destaque ao longo dos anos e, com a instituição da RCPCD, surgiram os Centros Especializados em Reabilitação (CER). Os CER foram criados como um ambulatório de atenção especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, fornecimento de tecnologia assistiva (concessão, adaptação e manutenção), sendo uma referência para a atenção à saúde no território em que se encontram. São destinados a qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para o cuidado com a PCD, além de centralizar a rede, também cria espaços com novas perspectivas organizacionais de cuidado e reabilitação (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). Além disso, o CER busca ofertar assistência com o propósito de gerar cuidado integral, isto é, cuidado nos âmbitos biológico, psicológico e social, por meio de equipes multidisciplinares. O fisioterapeuta faz parte dessa equipe, e tem papel fundamental para o funcionamento, organização e efetividade do CER, sendo sujeito ativo do processo de prevenção e reabilitação no local, assim como no aprimoramento da prática de reabilitação no serviço.

Em 2013, a partir da Portaria nº 1303, foram estabelecidos critérios para a atenção à PCD na esfera do SUS. Então, os CER passaram a se classificar em CER II, CER III e CER IV, de acordo com a quantidade de modalidades terapêuticas oferecidas (reabilitação física, auditiva, visual e/ou intelectual) (BRASIL, 2013).

3.2 Processo de Trabalho e seus componentes

Faria e colaboradores (2017) trazem que processo de trabalho é o modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, como fazemos nosso trabalho, seja ele qual for. Enquanto, para eles, trabalho é o conjunto de procedimentos por meio dos quais os homens agem sobre algum objeto para alcançar determinado produto útil. Os objetos em questão podem ser matérias-primas ou materiais, ou ainda certos estados ou condições pessoais ou sociais (Faria et al., 2017). Da Silva et al. (2017) afirmam que o processo de trabalho é algo dinâmico, em construção contínua, que pode ser influenciado pelos mais diversos fatores.

No campo da saúde, o processo de trabalho consiste em uma série de atividades coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores. Aqui, indivíduos e famílias, grupos sociais ou comunidades representam o objeto de trabalho, ao passo que conhecimentos e métodos constituem as ferramentas que resultam na atenção à saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016). Alguns fatores podem influenciar na construção do processo de trabalho, por exemplo, o modelo atual de produção, proteção e promoção da saúde.

O processo de trabalho é composto de alguns componentes, a saber: objetivos ou finalidades, meios e condições, objeto e o agente ou sujeito (Faria et al., 2017).

Primeiro o objetivo ou finalidade. É cabível dizer que a finalidade governa todo o processo de trabalho e é em função dessa finalidade que são estabelecidos os critérios ou parâmetros de realização do processo de trabalho. Enquanto o objetivo do processo de trabalho é produzir um objeto ou condição que estabelece um produto específico. Com esse produto, por sua vez, planeja responder a alguma necessidade ou expectativa humana (Faria et al., 2017).

Em segundo lugar, os meios e condições, necessários ao desenvolvimento de todo processo de trabalho. Estes podem ser: ferramentas e estruturas físicas para o trabalho; os conhecimentos, sistematizados ou não, e as habilidades utilizadas no processo de trabalho; e as próprias estruturas sociais.

Terceiro, o objeto, sobre o qual todo processo de trabalho se realiza. Elementos físicos e biológicos, ou mesmo elementos simbólicos, assim como subjetividades ou complexos sociais, podem ser objetos nos diversos processos de trabalho (Faria et al.,

2017).

Por último, o sujeito ou agente. Todo processo de trabalho tem um sujeito – ou conjunto de sujeitos – que determina os objetivos, exerce as ações e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. O agente do trabalho pode ser um indivíduo, um grupo ou equipe, uma instituição ou uma sociedade (Faria et al., 2017).

Uma peculiaridade do trabalho em saúde é que o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Isso se deve ao fato de que é, em sua existência, que as alterações buscadas vão ou não acontecer. O usuário deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, seja fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos. Em resumo, o objeto da ação também age (Faria et al., 2017).

Após ter um processo de trabalho limitado a ações curativistas, com foco na reabilitação de doenças, a fisioterapia ampliou suas ações e práticas de saúde, intencionando uma assistência direcionada ao cuidado integral, desempenhando ações nos diversos níveis de saúde, com promoção e prevenção para manutenção da saúde (FREITAS, 2006). Atualmente desenvolve um papel importante e necessário à nova realidade contemporânea de saúde, através da aplicação de meios terapêuticos físicos, que atuam na prevenção e eliminação ou melhora de estados patológicos, focando na promoção, intervenção, reabilitação e educação em saúde (RAGASSON *et al.* 2006; AVEIRO *et al.* 2011). Sendo, portanto, um profissional essencial principalmente quando se trata do cuidado à PCD (SILVA, 2023).

3.4 Saúde digital

A digitalização exerce uma importante contribuição na melhora das comunicações e da eficiência em grande parte dos setores da sociedade e, no setor saúde, não seria diferente. Essas ferramentas vêm ganhando espaço nos processos de trabalho de diversos profissionais e deve ser adotada ainda mais largamente nos próximos anos.

A tecnologia se desenvolve rapidamente. Da mesma forma, os termos utilizados para defini-las sofrem alterações de acordo com o tempo e contexto. O termo mais antigo da literatura para se referir ao uso de telecomunicações com o objetivo de prestar

atendimento clínico a distância foi telemedicina. O termo telessaúde, originário da telemedicina, tem um olhar mais vasto na promoção e educação da saúde, e compreende outras áreas profissionais de cuidados (Silva et al., 2020). Este refere-se a todo o espectro de atividades usadas para prestar cuidados de saúde a distância, sem contato físico direto com o paciente (Sun; Guimarães; Araujo, 2022).

Caetano et al. (2020) trazem que a telessaúde é um campo amplo, dividido em modalidades, a saber: teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, telerregulação, tele-educação, segunda opinião formativa e teleconsulta. Essa divisão pode ser melhor visualizada no quadro abaixo:

Quadro 1 – PRINCIPAIS MODALIDADES DE TELESSAÚDE	
TELECONSULTORIA	Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde para esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho.
TELEDIAGNÓSTICO	Utilização de TIC em serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distâncias geográficas e/ou temporais que incluem telerradiologia, teleECG, tele-espirometria, telepatologia etc.
TELEMONITORAMENTO	Monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes, incluindo coleta de dados clínicos, transmissão, processamento e manejo por profissional de saúde.
TELERREGULAÇÃO	Ações em sistemas de regulação, avaliação e planejamento das ações, a fim de fornecer à gestão uma inteligência reguladora operacional. Possibilita a redução de filas de espera no atendimento especializado.
TELE-EDUCAÇÃO	Aulas, cursos ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde.
SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA	Resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas a perguntas originadas de teleconsultorias.
TELECONSULTA	Realização de consulta médica ou de outro profissional de saúde a distância por meio de TIC. No Brasil, até a pandemia, só era permitida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em situações de emergência.

Fonte: Caetano et al. (2020).

Outro termo utilizado é Saúde Digital, que compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis sobre o estado de saúde para os cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos (Brasil, 2023). Este termo será adotado aqui, face a polissemia em torno dessa temática.

Impulsionada pela pandemia de Covid-19, a telessaúde foi rápida e amplamente adotada em todo o mundo, colaborando para uma transformação da prestação de serviços em saúde, onde pacientes e médicos necessitavam de meios para alcançar e fornecer assistência com segurança. Wosik et al. (2020) trazem que fatores como a maior disposição dos provedores e consumidores em usar a telessaúde; e mudanças regulatórias que permitiram maior acesso e reembolso de consultas e procedimentos estimularam, junto das recomendações de distanciamento social, a utilização da telessaúde nesse período.

A Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde (PNITS) foi instituída através do Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017, com objetivos que passam por promover o aprimoramento do marco regulatório referente às estratégias e ações de inovação tecnológica na área da saúde; promover a sustentabilidade tecnológica e econômica do SUS, com a definição de condições estruturais para aumentar a capacidade produtiva e de inovação do País, com vistas à contribuição para a ampliação do acesso à saúde; estimular a atividade de inovação na administração pública e nas entidades privadas, inclusive para a atração, a constituição e a instalação de centros de pesquisa, desenvolvimento e inovação e de parques e polos tecnológicos no País (Brasil, 2017).

A PNITS chega como uma ferramenta de transformação da saúde digital, e deve contribuir para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade.

Órgão específico singular do Ministério da Saúde, a Secretaria de Informação e Saúde Digital - SEIDIGI, criada por meio do Decreto 11.358, de 1º de janeiro de 2023, é responsável por formular políticas públicas orientadoras para a gestão da saúde digital. A esta compete, entre outras coisas, apoiar as Secretarias do Ministério da Saúde, os gestores, os trabalhadores e os usuários no planejamento, no uso e na incorporação de produtos e serviços de informação e tecnologia da informação e comunicação (TIC); coordenar a Política de Inovação em Saúde Digital do Ministério da Saúde; definir programas de cooperação tecnológica e educacional com gestores, entidades de pesquisa e ensino e organizações da sociedade civil para prospecção e transferência de tecnologias digitais e para formação em saúde digital; e definir padrões tecnológicos e semânticos para o desenvolvimento, a integração e a interoperabilidade de soluções de TIC e saúde digital, inclusive telessaúde, no âmbito do SUS (Brasil, 2023).

Examinando, em algumas bases de dados (Pubmed, Scielo e Portal de Periódicos CAPES), os estudos publicados sobre a temática da Saúde Digital e Fisioterapia, pudemos perceber que o tema é ainda recente e pouco explorado, as publicações na área são escassas. Os estudos encontrados tratam especificamente de temas como: um aplicativo para avaliação da resposta à PEEP como ferramenta de educação permanente destinada aos fisioterapeutas na pandemia por covid-19 (CRUZ et al., 2023), e do desenvolvimento de jogos para reabilitação física (VELOSO; RIBEIRO; COSTA, 2018), ou de softwares para monitoramento de atividade física e movimento em idosos (SÁ-CAPUTO et al., 2020). Tais estudos tratam da saúde digital em termos de Telemonitoramento, onde os dados clínicos e de saúde do paciente são monitorados à distância. Parece ser escassa a produção científica na fisioterapia que explore outras formas de Saúde Digital.

Nesse sentido, o presente trabalho pretende contribuir para minimizar a lacuna de conhecimento sobre a temática da fisioterapia e saúde digital, enfrentando o desafio de compreender a relação entre saúde digital e fisioterapia, tendo como pano de fundo o prontuário eletrônico.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso qualitativo e exploratório, orientado pela Análise de Conteúdo. Gil (2002) define o estudo de caso como uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada, que consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Entre os diferentes objetivos de sua utilização, podemos destacar a exploração de situações da vida real, cujos limites não são claramente definidos; preservação do caráter unitário do objeto estudado; e descrição do contexto em que está sendo feita determinada investigação (GIL, 2002).

Pesquisas exploratórias têm como principal objetivo proporcionar maior aproximação com o fenômeno estudado, por meio de um planejamento flexível, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou construção de hipóteses (GIL, 2017). A Análise de Conteúdo equivale a várias técnicas onde busca-se analisar o conteúdo transmitido no processo de comunicação, oportunizando o conhecimento. De acordo com Oliveira (2008), esta dispõe de diferentes técnicas que podem ser utilizadas pelos pesquisadores, cada qual produzindo resultados próprios, mas que permitem a produção de conhecimentos sobre o objeto do estudo e suas relações (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). A técnica utilizada neste estudo será a de Análise Temática, a qual será detalhada mais adiante.

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa de campo teve como *lócus* um CER na Paraíba, referência no serviço de habilitação e reabilitação nas quatro áreas da deficiência (física, intelectual, visual e auditiva). Nesse serviço, as pessoas com deficiência temporária ou permanente, acidentados do trânsito ou do trabalho, pessoas com transtornos globais do desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista (TEA) e pessoas com altas habilidades/superdotação são atendidas por uma equipe multidisciplinar, que conta com profissionais como fisioterapeutas, médicos, assistentes sociais, advogados, nutricionistas, pedagogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outros. Esses profissionais são responsáveis por atender mais de 5000 usuários mensalmente. A instituição conta com cerca de 40 fisioterapeutas que atuam diretamente ligados a reabilitação, sendo 32 deles na assistência aos pacientes e 8 na gestão,

distribuídos em cinco coordenações. É importante demarcar sua tripla função, por meio das ações que desenvolve no campo da reabilitação, educação inclusiva e garantia de direitos à PCD. Essas ações põem, lado a lado, saúde, educação e seguridade social.

4.3 Seleção dos informantes

Os critérios de seleção dos informantes foram fisioterapeutas, de ambos os sexos, que prestam cuidado à PCD no CER, e que estavam disponíveis para entrevista realizada de maneira presencial. Além disso, incluiu-se somente aqueles que tinham alguma experiência com o e-Prontuário.

O projeto foi apresentado a cada informante e, na sequência, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foram pactuados a data e o horário da entrevista.

4.4 Produção dos dados

A produção dos dados foi realizada pela primeira autora desse trabalho, que possui experiência prévia e treinamento na realização de entrevista qualitativa advindas de trabalhos anteriormente realizados. As entrevistas foram realizadas no período de 22 de novembro a 12 de dezembro de 2023, de maneira presencial, no próprio CER. Na sala onde realizaram-se as entrevistas haviam apenas a pesquisadora e o(a) participante, para o(a) qual foi apresentado o quadro com as principais modalidades de teleconsulta (Quadro 1, página 22), entre as quais só foi identificado no processo de trabalho o e-Prontuário. Cada entrevista foi gravada por meio do gravador de voz do aparelho telefone da marca Apple, modelo iPhone 12. A duração das entrevistas variou entre 8 e 48 minutos.

Um roteiro de entrevista do tipo semiestruturada com perguntas norteadoras foi utilizado como instrumento para coleta de dados. Foram feitas perguntas a respeito do funcionamento da equipe, demandas que os profissionais recebem, as relações que eles possuem com os pacientes e familiares e com os colegas de trabalho, e sobre as ferramentas de digitalização que eles reconhecem em seu trabalho, e como estas interferem no dia a dia (APÊNDICE A).

Com o intuito de identificar os sentimentos, pensamentos, opiniões, crenças, valores, percepções e atitudes do entrevistado em relação a um ou mais fenômenos, as entrevistas são constantemente utilizadas em pesquisas (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017). Para Gil (2008), a entrevista é uma técnica especialmente útil para investigar o comportamento e a subjetividade humana. Através da entrevista é

possível, por exemplo, coletar dados a respeito do que as pessoas fazem, como fazem e os motivos pelos quais fazem o que fazem (GUAZI, 2021).

Sobre a entrevista semiestruturada, DiCicco-Bloom e Crabtree (2006) afirmam que esta é comumente “organizada em torno de um conjunto de questões abertas pré-determinadas, com outras questões emergindo a partir do diálogo entre entrevistador e entrevistado”. As questões complementares, que surgem durante as entrevistas, propõem-se tanto a esclarecer quanto a coletar informações adicionais e mais detalhadas sobre algum aspecto do relato do participante (MCGRATH; PALMGREN; LILJEDAHN, 2019).

Foi utilizado, também, o diário de campo para registrar as observações da pesquisadora a respeito do ambiente de trabalho.

Após a realização das entrevistas, foram realizadas as transcrições por meio do programa *Microsoft Word*®, versão 2019. As transcrições tiveram uma média de 7 páginas. As gravações e transcrições estão armazenadas em banco de dados seguro e sob a posse de um curador específico, o coordenador da pesquisa.

4.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados coletados, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática, visto que foi a técnica principal de produção de dados desse estudo. Segundo Bardin (2004), essa técnica se dá por meio da análise do que foi dito durante uma investigação de algum objeto de pesquisa, com o intuito de construir e apresentar concepções acerca do que se pretende estudar. De acordo com Minayo (2007) e Bardin (2004), a Análise de Conteúdo Temática é realizada em três etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material ou codificação; e 3. Tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014) indicam que a etapa da pré-análise engloba a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. A leitura flutuante demanda do pesquisador o contato contínuo e profundo com o material. A constituição do corpus, de acordo com Oliveira (2008), é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado. Já a formulação e reformulação de hipóteses caracteriza-se por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o regresso as perguntas iniciais. Por fim, elabora-se os indicadores que apoiarão a interpretação final (OLIVEIRA, 2008).

Ao longo da etapa de exploração do material ou codificação, o pesquisador procura descobrir categorias, que são expressões ou palavras significativas de acordo com

as quais o conteúdo de uma fala será organizado (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Para Minayo (2007), é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

E, no tratamento dos resultados obtidos/interpretação, o pesquisador realiza interpretações com base nas informações obtidas nas falas, inter-relacionando-as com o quadro teórico construído inicialmente ou abre outras pistas ao redor de novas dimensões teóricas e interpretativas, proposta pela leitura do material (MINAYO, 2007).

Para Bardin (2004), tal técnica é de significativa importância quando se deseja conceber reflexões sobre como produzir conhecimento voltado para as percepções dos sujeitos, além de, por meio dessa sistematização, facilitar a validação do conhecimento científico.

4.6 Aspectos éticos

O presente projeto faz parte de um projeto maior, denominado “Tecnologias participativas no cuidado da pessoa com deficiência na atenção especializada”, que já foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado conforme parecer (Anexo 1).

Os fisioterapeutas do CER foram convidados a participar da pesquisa e, em seguida, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Foram garantidos o sigilo e a preservação da identidade dos participantes, bem como todas as informações que pudessem os identificar. Dessa forma, os recortes transcritos de fala foram identificados pelas iniciais de acordo com a categoria profissional: Fisioterapeuta (Fi), seguidos com números cardinais conforme a ordem que forem entrevistados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos informantes e do local de trabalho

Realizaram as entrevistas um total de 18 fisioterapeutas, que trabalham distribuídos em duas coordenações dentro do CER. Dentre os entrevistados, 10 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino. Quando questionados sobre a cor da sua pele, 8 se declararam pardos, 7 brancos e 3 negros. Dentre os entrevistados, apenas uma não possui especialização ou pós-graduação (Quadro 1).

No que diz respeito ao tempo de trabalho no CER, 22% (n=4) está há menos de um ano; 33% (n=6) entre um e cinco anos; 16% (n=3) de seis a dez anos; e 27% (n=5) tem mais de dez anos de prestação de serviço no referido local. Apenas 22% (n=4) dos entrevistados tem o vínculo de funcionário público/concursado (Quadro 2).

O local do estudo foi um CER da Paraíba. Foram entrevistados profissionais fisioterapeutas alocados em dois dos diversos setores da instituição. O primeiro deles, voltado para triagem e diagnóstico, é composto por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte fisioterapeutas, médicos (ortopedista, neurologista), assistente social e psicólogos. O ambiente físico de trabalho desses profissionais é composto pela recepção, salas de atendimento, sala da gestão e uma sala onde são feitos os laudos. Cada sala de atendimento tem seu próprio computador, assim como na sala dos laudos há um computador para cada profissional (Diário de campo, 22/11/2023).

O segundo setor, voltado ao atendimento à pessoa com deficiência física, também é composto por equipe multiprofissional, onde trabalham fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e assistente social, e conta com: uma recepção; uma sala da gestão, onde ficam as mesas da chefia e da coordenação, cada uma com seu próprio computador, e armário de materiais e documentos; uma sala de evolução e reuniões, onde ficam uma mesa redonda e 3 computadores, que são usados por todos os profissionais do setor; e as salas de atendimento, que contam com tatames, macas, bolas, recursos de eletroterapia e outros materiais utilizados nos atendimentos (Diário de campo, 01/12/2023).

Quadro 2: características físicas, sócio demográficas e de trabalho dos participantes da pesquisa.

30

Informante	Idade	Sexo	Estado civil	Cor da pele	Escolaridade	Tempo de trabalho no CER	Vínculo com a instituição
Fi1	25	M	Solteiro	Negra	Pós-Graduação em andamento	6 meses	Cargo comissionado
Fi2	50	M	Casado	Parda	Pós-Graduação completa	6 anos	Contrato
Fi3	30	F	Casada	Parda	Pós-Graduação completa	4 anos	Função Gratificada
Fi4	35	M	Divorciado	Parda	Mestrado	5 meses	Contrato
Fi5	29	F	Casada	Parda	Especialização/Residência	1 ano	Contrato
Fi6	41	F	Solteira	Parda	Pós-Graduação completa	15 anos	Contrato
Fi7	26	F	Solteira	Branca	Superior	2 anos	Contrato
Fi8	32	M	Solteiro	Parda	Pós-Graduação em andamento	7 anos	Contrato
Fi9	32	F	Solteira	Parda	Pós-Graduação em andamento	5 meses	Contrato
Fi10	65	M	Casado	Negra	Especialização	31 anos	Concurso Público
Fi11	39	F	Casada	Negra	Pós-Graduação em andamento	4 anos e 8 meses	Contrato
Fi12	45	M	Divorciado	Branca	Pós-Graduação completa	15 anos	Concurso Público
Fi13	40	F	Casada	Branca	Doutorado	1 ano e 2 meses	Concurso Público
Fi14	25	F	Solteira	Branca	Pós-Graduação em andamento	3 meses	Contrato
Fi15	28	F	Solteira	Branca	Pós-Graduação completa	1 ano e 6 meses	Contrato
Fi16	38	F	Casada	Branca	Pós-Graduação completa	15 anos	Contrato

Fi17	45	M	Solteiro	Parda	Mestrado	15 anos	Concurso Público
Fi18	41	M	Casado	Branca	Pós-Graduação em andamento	9 anos	Contrato

5.2 Processo de Trabalho

5.2.1 Meios e condições

Por tratar-se de profissionais de diferentes coordenações do mesmo CER, ao questionar os informantes sobre a equipe em que estes estavam inseridos (quem eram os profissionais, como organizavam o processo de trabalho e onde atuavam), observamos, nas respostas, características de dois ambientes de trabalho diferentes.

O primeiro está relacionado ao setor de triagem e diagnóstico, composto por uma equipe multiprofissional, da qual fazem parte fisioterapeutas, médicos (ortopedista, neurologista), assistente social e psicólogos. Profissionais de outros níveis, como os recepcionistas, também fazem parte da equipe, e foram imediatamente lembrados em uma das entrevistas.

A equipe conta com psicólogo, neurologista, ortopedista, fisioterapeuta, assistente social (Fi2)

Nesse setor aqui, que é o da triagem, eu trabalho diretamente com ortopedista, neurologista, assistente social e psicólogo indiretamente (Fi3)

Aqui tem primeiro o pessoal da recepção, que é a porta de entrada. a porta de entrada é o pessoal da recepção, que eles recebem os usuários, colocam pra dentro, fazem acolhimento simples, preparam a nossa agenda (Fi1)

E posteriormente lembrados por outro informante

Aqui, assim, o primeiro... a primeira porta de entrada é pelo CAD, né? A central de atendimento, lá onde eles fazem a distribuição do usuário, se vai para a parte auditiva. Quando chega a nossa parte, que é intelectual e a deficiência física ou autismo, passa pela recepção. Da recepção, ele já vem com a marcação, né? Pra consulta, aí ou o ortopedista, ou psicólogo (Fi2)

As avaliações são realizadas e cadastradas em um sistema informatizado, ao qual todos os profissionais têm acesso, podendo consultar dados do paciente e comparar informações referentes a avaliação.

É, todo digital. E todo mundo tem acesso, é. Todo mundo que, em toda [citou o nome da instituição], todo mundo tem acesso a isso (Fi1)

Todos eles têm acesso, que o prontuário eletrônico fica... tem acesso para todos os profissionais (Fi2)

Para as avaliações, os profissionais seguem um roteiro da instituição e o Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência, e fazem uso de conhecimentos fisioterapêuticos, como testes específicos e avaliação de marcha.

A gente segue um roteiro estruturado, né? E segue o protocolo, como também o decreto nacional. Então, o protocolo é baseado no decreto. E aí, a gente se baseia em dois. Como também tem o enquadramento do Ministério do Trabalho, que também foi esse, esse... (ruídos externos) Eita, que barulho. Sim, que a gente também segue alguns enquadramentos, como a CIF, os médicos o CID. (Fi3)

Primeiro uma conversa com o usuário, a gente sempre conversa e pergunta dele o que ele encara como limitação na vida dele, que é a parte da anamnese, conversar, entender, ouvir o paciente. Depois a gente passa por uma parte de inspeção, eu vou avaliar o usuário, vou fazer testes, goniometria, de força, de equilíbrio, avaliar marcha, tudo isso, e por fim eu passo pra parte de escrever meu parecer, que é no sistema aqui na [citou nome da instituição]. (Fi1)

De acordo com os relatos dos fisioterapeutas entrevistados, os conhecimentos específicos e as habilidades de cada profissional são levados em consideração na hora da divisão dos atendimentos.

Quem trabalha com diagnostico aqui na [citou nome do setor] são fisioterapeutas, ortopedistas que fazem a parte do diagnostico físico, e as vezes o neuro; mas também tem psicólogo e neuro, como eu tava falando, mas eles ficam mais focados na parte de diagnostico intelectual, pra diagnosticar autismo e deficiência intelectual. A parte física é orto, ortopedista e fisioterapeuta. (Fi1)

Na deficiência física, eu faço a avaliação cinético funcional e as limitações, as restrições dos pacientes, a parte de atividade, participação. Mas aí o médico fica com a estrutura e função do corpo. Aí tanto o neuro quanto o... o ortopedista. (Fi3)

Com relação a estrutura física desse setor, cada profissional responsável pela avaliação tem sua própria sala de atendimento. As salas contam com uma maca, e uma mesa com computador e cadeiras (Diário de campo, 22/11/2023).

Nesse setor, eu tenho a minha própria sala, que acabou de mudar por sinal, que era muito pequena. Então a minha outra sala mal cabia uma cadeira de rodas. Mas agora melhorou em questão de acessibilidade. (Fi3)

Na segunda coordenação onde fizemos investigação, voltada ao atendimento à pessoa com deficiência física, encontramos uma equipe também multidisciplinar. Entre os profissionais, 26 fisioterapeutas, dos quais dois trabalham na parte de gestão e, os demais, na reabilitação/atendimento aos usuários. É possível perceber bem o desenho desse setor no recorte transcrito de fala de um dos entrevistados:

Temos uma equipe enorme. Nós temos em torno de quarenta profissionais que se dividem em fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Sem contar a nossa assistente administrativa, temos a recepcionista e também temos o pessoal da limpeza. E por ser uma equipe multi a gente atende pessoas com deficiência. O fluxo ele é bem pragmático, o usuário ele chega pra gente, via o centro de diagnóstico com encaminhamento pra ser inserido na reabilitação, a gente insere ele na nossa lista de espera e a medida que vai abrindo as vagas a gente vai inserir na especialidade referente ao que a deficiência dele necessita, no centro de reabilitação.(Fi5)

Silva (2023), em sua dissertação de mestrado, observou que a avaliação inicial é realizada no setor de triagem e diagnóstico, com o objetivo de determinar a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) dos usuários, e que os fisioterapeutas do setor de reabilitação realizam uma nova avaliação baseada em uma ficha disponibilizada pelo serviço, porém essa avaliação ainda não acontece de forma interprofissional, com diferentes membros da equipe, para obter outros olhares sobre as possíveis condutas e assistência que será dada continuidade no setor, além das prioridades que devem ser adotadas naquele momento (SILVA, 2023).

Nos dados da entrevista de outros profissionais, pudemos perceber que há, no referido CER, salas onde se pode encontrar diversos recursos físicos que podem ser utilizados durante o atendimento fisioterapêutico.

Geralmente eu atendo ginásio adulto. Aí lá tem bola, bastão, halteres, caneleiras, escada, barra, prancha ortostática, theraband, espaldar, básico mesmo. E também atendo no setor de respiratória, mas aí é o básico também, não tem muito recurso lá não. Dificilmente a gente aspira, oxigenioterapia, não usa muito não. (Fi17)

A gente trabalha mais a parte de cinesio aqui, né? Que é a reabilitação, a motora. E utiliza, como é que se diz? Bola, assim... bolas, pesos, bastões. É... a prancha ortostática, para alguns casos, barra paralela. E tem pacientes também

que relatam quadros de dores, né? Dependendo, então a gente também utiliza a analgesia, né? Com TENS, com ultrassom, para estabilizar esse quadro. Também utilizo o ginásio adulto, porque lá tem a barra paralela e tem a cama ortostática, que eu também utilizo. (Fi18)

O CER deve contar com uma estrutura que assegure o acesso de qualidade aos seus serviços, possuindo uma boa infraestrutura física, mobiliário e equipamentos que ofereçam o melhor para os usuários (BRASIL, 2020). O Ministério da Saúde orienta que alguns equipamentos sejam utilizados no cotidiano dos atendimentos a PCD no CER. O Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual comenta que, tratando-se de fisioterapia, o CER necessita de recursos específicos para proporcionar boa assistência, como, por exemplo: esteira ergométrica, aparelhos de eletrotermofototerapia, tatame, aparelhos para fisioterapia respiratória, dentre outros (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, o CER pesquisado parece estar munido das condições e meios mínimos aceitáveis para as práticas diagnósticas, legitimação da deficiência e de reabilitação que se propõem a realizar.

5.2.2 Objeto e Objetivos ou finalidades

O objeto sobre o qual o processo de trabalho desses sujeitos se realiza é de duas ordens: Para os fisioterapeutas mais ligados à reabilitação física, enquanto prática do exercício de cuidados fisioterapêuticos, o objeto de trabalho é o corpo da pessoa com deficiência e quiçá outros elementos psicossociais a ele relacionados e, em alguns casos, seus familiares. Já os relatos daqueles fisioterapeutas mais ligados à realização de diagnóstico para determinar a presença de deficiência ou incapacidade, mostram que o objeto do trabalho é o juízo sobre a incapacidade para conferir legitimidade ou não. Sendo assim, dois objetos coabitam e seguem caminhos aparentemente distintos.

Quando questionados sobre o objetivo de seu trabalho, os fisioterapeutas do setor de diagnóstico revelaram alguns sentidos que emergiram durante a investigação: fazer avaliação física do paciente; auxiliar na garantia de direitos; fazer os laudos; gestão/organização do setor; e estimulação e melhora da qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes.

*O objetivo aqui do meu trabalho seria **avaliar a condição física do paciente**, fazer um diagnóstico cinético funcional*

preciso e compreender se essa pessoa tem ou não uma disfunção, uma disfuncionalidade, e aí baseado no... no decreto, né, da pessoa com deficiência, e baseado no nosso protocolo, que dá uma base pra gente entender o que é ou não uma pessoa com deficiência, compreender essa disfuncionalidade e... e assim, fornecer pra essa pessoa uma forma de garantir os direitos dela, de que ela tenha seus direitos preservados(Fi1)

*Bom, o meu objetivo hoje é **fazer o laudo**. Mesmo o próprio profissional fechando o diagnóstico ou marcando o laudo, meu objetivo hoje é avaliar a avaliação do profissional para ver se está correto. Porque às vezes há divergências de um profissional para outro. (Fi2)*

*Eu faço a **avaliação cinético funcional e as limitações**, as restrições dos pacientes, a parte de atividade, participação. Mas aí o médico fica com a estrutura e função do corpo (...) O meu [objetivo] é avaliar. Avaliar... Não só a limitação que ele me fala, mas a limitação que eu vejo. (Fi3)*

No setor de reabilitação, os sentidos extraídos são mais voltados para a reabilitação, melhora da condição clínica do paciente, desenvolvimento de habilidades e melhora da qualidade de vida e independência de um modo geral.

Nosso foco é o usuário. (Fi4)

Eita, são vários [objetivos]. A gente tem vários objetivos, acho que seria como uma pesquisa, tem os gerais e tem os específicos. Então, tipo, diria que o meu objetivo geral é tentar acolher a demanda do usuário e dentro daquilo que é possível já dar os encaminhamentos que sejam resolutivos pra demanda que ele tá apresentando pra gente. (Fi5)

Deixar o mais funcional possível para a rotina diária dele [...] Então, dar função ao paciente seria a prioridade principal. (Fi8)

É melhorar a qualidade de vida do paciente [...] é a funcionalidade mesmo, sabe? Pra criança não ficar tão dependente do responsável. (Fi9)

É conseguir o maior nível de funcionalidade possível, né. Pra facilitar a vida dele, o dia a dia, né? (Fi12)

Tentar melhorar a qualidade de vida dele, né? De forma bem geral, é isso. Devolver a funcionalidade dele ao máximo, dentro da limitação dele. (Fi17)

Entre os profissionais entrevistados, uma destacou-se por realizar um trabalho diferente dos demais, cujo objeto não se trata do paciente em si, mas de suas

mães/cuidadoras, e tem como objetivo informa-las a respeito dos cuidados com os filhos, e dos direitos que essas crianças tem dentro da nossa sociedade.

eu trabalho com a orientação das mães e com o estímulo domiciliar, entendeu? (...) Então assim, eu meio que, o meu trabalho é mui... é diferente do... dos outros fisioterapeutas agora, entendeu? Mas interage quanto equi... enquanto equipe. Aí sempre fica bem claro pras mães assim, existe o fisioterapeuta que a gente chama de tatame que é o que vai fazer o atendimento físico mesmo, digamos assim, e tem o meu trabalho que eu vou passar as orientações tanto de saúde geral, aí entra desde higiene até os esclarecimentos sobre o que é a síndrome e as orientações domiciliares também ficam comigo (...) Então hoje o meu objetivo é que essas mães estejam o mais orientadas possíveis pra que elas possam lutar pelos filhos delas né, pelos direitos deles, mas também que possam compreender melhor os filhos (...) e aí o grande objetivo é que elas relaxem, tranquilizem em relação a isso, e eu acho que só vem através da informação. (Fi6)

Para Goés (2004), receber o diagnóstico da deficiência de um filho é algo especialmente difícil, pois junto dele vem questões e sentimentos de incerteza, dúvidas e medo. Historicamente, o cuidado a PCD é atrelado fortemente à pessoa da mãe, fortalecendo o vínculo entre eles, mas trazendo para a mãe mais uma carga física e emocional, que muitas vezes esta carrega sozinha. Esse aspecto do objeto e objetivo do trabalho aqui destacado, é de fundamental importância, pois avança no sentido de que, para além de reconhecer que apenas as mães são sobrecarregadas, os cuidadores também precisam de esclarecimentos. É preciso montar estruturas de atendimento e acompanhamento dessas pessoas para garantir a integralidade do cuidado.

De forma geral, não se percebe um objetivo comum, motivado pela instituição e que orienta a todos, mesmo respeitando suas especificidades no trabalho, mas sim o objetivo privado e individual de cada profissional. Mesmo os documentos orientadores apontando para o trabalho colaborativo numa perspectiva biopsicossocial, o que se percebe ainda é uma racionalidade fisioterapêutica voltada para sua expertise, o que julgamos importante, mas cujo produto não dialoga de forma propositiva com as demais áreas adjacentes ao seu trabalho.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), centros de saúde existentes nos municípios e habilitados para compor as redes e atuar como serviços de referência no cuidado a PCD, são constituídos por equipes multiprofissionais especializadas, sendo

referência para habilitação e reabilitação (MAIA, 2020). O CER é reconhecido por fornecer intervenções de reabilitação na perspectiva da clínica ampliada, recorrendo a uma equipe multiprofissional especializada, na qual os fisioterapeutas são componentes importantes e necessários.

O CER busca prestar cuidados à pessoa com deficiência realizando ações como: Cuidado integral à saúde da PCD, implementação da RCPCD, elaboração e execução de protocolos de atendimento, sistematização de avaliações dos serviços prestados, além da definição dos fluxos de atendimento das necessidades e especificidades dos usuários (BRASIL, 2012).

Outrossim, com base nas falas dos profissionais e na observação feita durante o período de coleta em campo, pudemos perceber que as atribuições do fisioterapeuta no CER passam, além da reabilitação física, também pela garantia de direitos das PCDs, o que configura este serviço como um Centro de Inclusão, e não unicamente como CER, cuja formatação é apenas de reabilitação. Parte dessa responsabilidade pode estar relacionada ao fato do CER em questão ser vinculado a Secretaria Estadual de Educação, e ter sido criado no ano de 1991, com uma forte inclinação no começo dos trabalhos para a assistência e inclusão da PCD na Paraíba, o que o confere a instituição uma tripla responsabilidade: cuidar da reabilitação, inclusão na educação e legitimação da deficiência. Estas fazem com que o CER da Paraíba destoe, no que diz respeito as suas atribuições, de outros CER criados após o Plano Viver Sem Limite, que tem ações claramente voltadas para a reabilitação *stricto sensu*.

5.2.3 Agente ou sujeito

Aqui, o agente ou sujeito são os fisioterapeutas entrevistados, mas em outros momentos também é um conjunto de pessoas que interagem para produzir o cuidado ou juízo sobre a incapacidade. Esse conjunto de pessoas são os colegas de profissão e os próprios pacientes e familiares, que são responsáveis por auxiliar o fisioterapeuta a alcançar seu objetivo, seja ajudando durante os atendimentos, ou na realização de atividades em domicílio.

Quando entrevistados, os profissionais foram questionados sobre de quem eles dependem para alcançar seu objetivo de trabalho. Apenas um dos relatos trouxe que o

alcance de seu objetivo dependia apenas de seu próprio trabalho, do que era por ele percebido durante o contato com seu paciente, como podemos observar no recorte:

Não. O objetivo do meu, eu dependo de mim e do que eu vejo. (Fi3)

Os outros relatos revelam um entendimento, por parte dos profissionais, da necessidade da colaboração de outros profissionais, bem como dos próprios pacientes e seus familiares, o que nos permite entender que eles reconhecem a presença de outros agentes em seu processo de trabalho. Temos aqui, então, um agente coletivo, caracterizado pelo trabalho em conjunto, pelo diálogo interprofissional, que conta com a colaboração dos gestores, entre outras, como podemos visualizar nos recortes transcritos de fala abaixo:

A gente sempre depende de outros profissionais [...] É... é um trabalho conjunto, e isso é algo bom, eu gosto dessa parte, a gente aqui tem um diálogo bem aberto. (Fi1)

Ele é de forma coletiva, a gente depende de todos, desde da recepcionista até a profissional de limpeza, a gente depende de todo mundo [...] Então é um trabalho coletivo, depende de todo mundo. Todo mundo desempenha um papel. (Fi5)

Depende totalmente do trabalho de outras pessoas, desde os gestores que aí colaboram no sentido de fazer os encaminhamentos corretos né, de dar apoio ao projeto, quanto dos colegas também porque o meu trabalho termina é tendo esse fluxo interdisciplinar. Eu preciso da fono, preciso do psicólogo, às vezes a mãe se sente bem comigo na acolhida no projeto e eu percebo que é uma mãe que tá precisando de terapia então eu preciso da interação com... com meus colegas psicólogos para fazer encaminhamento, pra discutir sobre paciente já que eu lido diretamente com a mãe. Fonoaudiólogo, fisioterapeuta também, a terapeuta ocupacional, tô sempre interagindo com todos, os pacientes. (Fi6)

A gente sempre trabalha em conjunto. Quando é uma boa avaliação, a gente vai avaliar e às vezes: ‘olha, eu estou precisando disso aqui para sair. Ele está precisando de um TO, está precisando de um fono. Então, tenha uma vaga aí para a gente tentar melhorar essa questão dele, do paciente’, aí a gente vai trabalhar em conjunto nesse sentido. E com a família também. (Fi8)

O sistema de cuidado compartilhado faz parte dos princípios da clínica ampliada, que compõe a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), que visa desenvolver

a relação dos profissionais com os usuários, protagonismo dos sujeitos no processo de saúde, e estabelecimento de um atendimento multiprofissional, com foco em construir e conduzir as melhores condutas assistenciais para cada caso específico.

Sabendo da profundidade dos serviços prestados a PCD, fica evidente a importância da atuação multiprofissional, por profissionais especializados que possam viabilizar o melhor tratamento, reabilitação e reinserção das PCD na sociedade (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

O fisioterapeuta deve atuar em equipe multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e com práticas voltadas para o cuidado continuado (BISPO JÚNIOR, 2010). Interdisciplinaridade quer dizer trabalhar com diferentes pessoas, habilidades e formações. Relacionam-se diferentes núcleos de saber e campo para chegar numa maior abrangência no conhecimento e no refinamento do atendimento. Oportunizar o trabalho em equipe, de maneira interdisciplinar, pode resultar no aumento de produtividade, na melhora da comunicação e nas tomadas de decisão, visto que essa ligação de diversos profissionais motiva a melhora no apoio social, bem-estar psicológico individual e, assim, da equipe (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Mas que tipo de trabalho em equipe multidisciplinar tem sido desenvolvido no CER em questão? Os achados da pesquisa revelaram, em termos de características do trabalho colaborativo que se desenvolve lá, que há um trabalho colaborativo interprofissional, definido pela Organização Mundial da Saúde como: “múltiplos profissionais de saúde de diferentes formações profissionais trabalham em conjunto com pacientes, familiares, cuidadores e comunidades para oferecer a mais alta qualidade de atendimento”. (OMS, 2010). Neste sentido, Batista (2023), em seu trabalho de conclusão de curso, que toma o CER em questão como objeto, aponta que essa abordagem busca oferecer cuidados de saúde personalizados e coordenados, envolvendo diferentes áreas de conhecimento, para lidar com as complexas demandas e garantir cuidados eficientes, seguros e de alta qualidade. Contudo, ainda não se percebe a centralidade no usuário como foco dessa abordagem.

Os profissionais entrevistados também consideram importante a colaboração dos pacientes e familiares para manutenção de seu trabalho e alcance do objetivo, visto que os atendimentos são realizados apenas uma vez na semana, estando o paciente “desassistido” durante o resto da semana. O sentido de agente atribuído aqui para o

paciente foi na perspectiva de colaborador, num papel instrumental no processo de reabilitação, agindo no espaço e no tempo onde a assistência especializada não alcança, no caso específico, o domicílio, nos dias em que não há atendimento.

Em relação a... ao atendimento, a orientação para a casa, eu acho bem importante, porque tem pai e mãe que eu prefiro que fique na sala, porque a gente já ensina, ah, porque aqui é só uma vez na semana, então, você vai fazer esse ensino em casa, aí eu mostro como é que faz, pra dar um reforço em casa, porque se for só depender daqui, não vai evoluir do jeito que é pra evoluir. (Fi15)

Com certeza, né, do trabalho dos familiares, do próprio paciente, porque geralmente esses pacientes eles entram aqui uma vez por semana. Então se eles não tiveram uma continuidade em casa, aí dificulta bastante a evolução deles. E a ajuda dos familiares também é importante, para melhorar isso. (Fi17)

Após o diagnóstico da deficiência, a família passa a ser um dos encarregados pelo desenvolvimento e inclusão da PCD na sociedade, além de ser provedor de alimento, afeto e proteção e, na maioria das vezes, acontecem modificações no contexto familiar e nos integrantes da família (OMOTE, 2004). As formas de realizar esses cuidados podem ser diferentes, porém, a estrutura é a mesma (REGO, 2003).

Para Chacon (2001), cada familiar tem um importante papel na vida da PCD, e espera-se que os familiares colaborem com o desenvolvimento e cuidado deste. Em alguns casos, como citado por alguns dos entrevistados, a família atua como extensão do atendimento da fisioterapia em casa, proporcionando apoio no reforço do atendimento ofertado pelo CER. Para isso, os profissionais ofertam um tipo de treinamento dos exercícios, para que o familiar os realize em casa. Nesse caso, a família se configura como um apoio instrumental para o fisioterapeuta.

Por fim, destacamos que reconhecemos o processo de trabalho do fisioterapeuta no CER como um elemento complexo, que precisa ser tratado em sua complexidade. Visto que suas atribuições históricas atualmente são, em parte, conflitantes com o que se espera do CER no sentido das ações contidas no seu instrutivo, pelo fato de não ter ainda ferramentas concretas de indução mais efetiva do trabalho colaborativo interprofissional que já ocorre na instituição, e por não utilizar o potencial que suas inserções históricas (com a educação e previdência social) têm de produzir mais articulações com a rede de cuidado.

5.3 Relação entre Digitalização e Processo de Trabalho no CER

5.3.1 Contexto da Saúde Digital no CER

De acordo com relatos dos profissionais que estão há mais tempo no serviço, o primeiro contato deles com ferramentas digitais de trabalho se deu a partir do ano de 2019, quando foi implantado o sistema de prontuário eletrônico, por eles chamado de e-prontuário.

A gente tem uma central de prontuários desde 92, desde 1992, que era prontuário físico. A partir de 2019 foi criado o prontuário eletrônico. (Fi4)

Para a maior parte dos profissionais entrevistados, não houve uma formação ou capacitação oferecida pela instituição para que eles pudessem se familiarizar com o novo modelo de prontuário o que, para alguns, representou uma dificuldade.

Não teve, eu senti falta dessa formação. Tem muita coisa ainda que a gente vai assim 'ah, mexi aqui e eu que descobri', entendeu? Não teve essa formação não. A gente teve uma orientação geral dos gestores do setor na época, mas muita coisa a gente precisou mexer pra descobrir. Acho que se tivesse tido essa formação teria sido bem mais fácil. (Fi6)

O que pudemos perceber durante a realização das entrevistas, é que não houve uma capacitação, no sentido amplo da palavra, oferecida pela instituição, e sim uma atitude que partiu da coordenação do setor e de outros colegas para auxiliar os profissionais nesse processo de transição.

Assim, não foi, chegou um curso, né!? Teve o... houve... houve... ocorreram reuniões pra orientar, nos orientar né!? Mas não chegou a ser um curso. Mas assim, deu pra gente, é... ter um bom acesso, né. Pelos que eles orientaram, né!?(Fi12)

Eu não diria capacitação, mas, assim, eu tive alguns momentos com eles, com os gestores, pra tirar dúvidas ou pra me explicar, assim, de forma mais geral. Mas eu não diria capacitação mesmo. Eu, pelo menos, tive o suporte, né? Pra aprender no começo, quando eu cheguei, o básico. E as outras coisas, a gente vai mexendo lá e vai aprendendo, vai descobrindo. (Fi14)

Como eu tenho essa facilidade, e eu sei que tem pessoas no meu setor que não tinham, eu fiz uns formulários em... ó... pra evoluir um paciente, vai passo a passo. Passo um, passo dois e eu faço isso com maior tranquilidade, porque eu

tenho essa facilidade. Então, assim, a capacitação a gente acabou fazendo. (Fi3)

A gente, internamente, tá o tempo todo, sempre fazendo aquele momento de 'gente vamo tá treinando', a pessoa chega 'ah, mas é porque eu não sei fazer tal coisa, faz pra mim', aí eu sento, 'vamo sentar junto, faz isso, isso, isso, isso que dá certo'. (Fi5)

Algumas dificuldades foram apontadas pelos profissionais para a utilização do prontuário eletrônico, como o tempo entre os atendimentos para fazer as evoluções, e a escassez de recursos físicos (computadores). Cada profissional atende cinco pacientes por turno, como descrito abaixo por um dos entrevistados. E, no setor de reabilitação, há apenas três computadores para todos os reabilitadores alimentarem o sistema. Muitas vezes, a forma como o trabalho está organizado acaba gerando dificuldades no dia a dia.

Eles ficam de 07:30 a 11:30 e de 13:30 às cinco da tarde. Em cada turno eles atendem cinco pacientes, em média. Aí, é, é, de segunda a sexta. (Fi4)

Quem trabalha e atende diariamente cinco pacientes em um turno, a questão da evolução fica mais complicado quando é no computador. Sim, porque no papel você está lá, terminou, você faz na mesma hora [...] para ter uma rotina, o computador eu acho mais difícil. Até pela quantidade de computadores. Esse setor aqui [triagem e diagnóstico] tem um para cada um, basicamente. Porque cada sala tem seu computador e cada sala tem seu reabilitador. Lá na reabilitação, não. Então, assim, são três computadores para quarenta reabilitadores. Não funciona. Para quem está lá, é uma versão, e para quem está aqui embaixo, é outra. (Fi3)

Hoje, na aqui na coordenação toda, nós temos dois computadores na coordenação e dois computadores pra os reabilitadores, são poucos computadores pra duzentos reabilitadores. O ideal seria ter mais computadores. (Fi5)

É, pra mim ultimamente tem sido tranquilo [utilizar a ferramenta digital]. Eu não tenho tido dificuldade não. Agora o que a gente não tem é muito tempo de fazer aqui. (Fi6)

O ideal seria [evoluir] todos os dias, porém, às vezes não tem essa condição, pela questão do fluxo. Às vezes, o tempo dos atendimentos e computadores também, o que são muito poucos. (Fi8)

Percebeu-se, também, incentivo para que os reabilitadores utilizem seus próprios telefones para acessar a rede da instituição e fazer suas evoluções, ou que as faça de sua casa, fazendo-os trabalhar mais horas do que lhe são pagas, explorando-os.

Aí vem ‘ah, você pode fazer pelo celular’. Não, é a mesma coisa. Na verdade, eu tenho acesso ao prontuário aqui, lá de casa, pelo celular, tanto que na pandemia a gente conseguiu usar. Mas não funciona, porque, assim, o trabalho que tá aqui é até aqui. Em casa, eu já tenho outras demandas, eu trabalho em outros lugares, então, assim, não tem como levar trabalho para casa. (Fi3)

O ideal seria ter mais computadores. Mas aí a gente tenta driblar isso utilizando o telefone, o tablet, trazer computador de casa. A gente... O ideal é a gente não parar, a gente tem que continuar [risos]. (Fi5)

No início eu fazia muito em casa no computador, porque geralmente aqui o computador ele já fica com alguém, aí eu fazia em casa, mas hoje em dia eu tô conseguindo fazer pelo celular, quando eu não conseguia pelo celular era meio ruim porque eu fazia em casa. (Fi7)

Outra queixa referente ao sistema é o fato de ele não ser inclusivo e acessível para pessoas com deficiência. Um dos entrevistados, pessoa com deficiência visual, relata não ter independência para fazer suas evoluções, dependendo do seu filho/rede de apoio familiar ou de outros colegas.

Para mim, eu não digito. Meu menino me ajuda. Agora eu, meu menino às vezes não está disponível, eu atraso muitos prontuários. O Crefito teve aqui, disse aqui a coordenação que tem que ter uma pessoa para ficar comigo, para me dar apoio. Mas até agora não chegou essa pessoa ainda não, entendeu?” [ENTREVISTADOR: Então, essa parte do digital acaba se tornando uma barreira para você?] “É uma dificuldade muito grande para mim.” Devido a impossibilidade de acessar o sistema, este profissional utiliza um gravador de voz para salvar suas evoluções, para que outra pessoa possa, posteriormente, passar para o sistema. Fi10: “É uma dificuldade muito grande, é uma barreira grande, sabe? Mas eu estou, eu vou colocando, ele vai me ajudando. Deixa eu mostrar aqui... Gravador digital. Deixa eu ligar aqui. Está meio lento. Mas aqui é digital, viu? Os prontuários. Antes era de papel aqui.” [ENTREVISTADOR: Aí você grava as avaliações?] “É. Espera aí. 3 de novembro. Aí eu boto os pacientes aí, 3 de novembro, que veio, o que faltou, o que fez. Aí depois eu chego em casa, meu menino me ajuda passar para o

sistema. É uma barreira muito grande. Eu não tenho independência.(Fi10)

A questão da falta de acessibilidade do sistema também foi levantada por outro profissional entrevistado.

A gente também tem eh agora não, mas a gente teve profissionais aqui com deficiência. Então, pra eles é ainda mais difícil, aí precisa da nossa ajuda. Deficiência física também. O... o próprio psicólogo que atendia aqui nessa sala que cê tá fazendo a entrevista. Ele tinha as limitações. Então, pra ele usar o computador, ele precisava que a gente ajudasse.(Fi6)

Os dados revelam que a organização do trabalho no CER junto com a falta de equipamento têm sido os principais elementos de entrave para que os profissionais façam o uso adequado e contínuo da ferramenta digital e de suas potencialidades de interagir no processo de trabalho deles.

No que concerne a organização do trabalho no CER para incluir o prontuário digital é importante destacar que o modelo de atendimento estabelecido com pouco tempo para lançar informações no sistema levam a um processo de exploração tácito, pois ao levar trabalho para casa, ao preencher o e-prontuário em casa o trabalhador está sendo expolido de sua hora de descanso sem remuneração. A exploração do trabalho na era digital tem sido estudada e aponta para um grande número de trabalhadores que adoecem em razão dos entraves causados pela precarização do trabalho (KANAN; ARRUDA, 2013). Antunes (2005) destaca que a sociedade capitalista moderna vem expandindo o contingente de homens e mulheres terceirizados, subcontratados, exercendo trabalhos temporários, entre tantas outras formas assemelhadas de informalização do trabalho, que proliferam em todas as partes do mundo (ANTUNES, 2005).

A falta de recursos físicos, aqui caracterizados pelos computadores, é uma questão que gera dificuldades para a adoção da ferramenta digital, o e-Prontuário. Uma das principais barreiras está na condição técnica, pois é necessário ter computadores para instalação do software e rede estável de internet para que se possa acessar o sistema. O CER onde trabalham os profissionais que colaboraram com este estudo não foi/é o único local a enfrentar esse tipo de dificuldades. No ano de 2016, o Ministério da Saúde determinou a obrigatoriedade do uso do prontuário eletrônico do SUS em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do país, no entanto, até o final do mesmo ano, apenas 28,5% das unidades conseguiram fazer a transição do papel para o sistema, e as principais

justificativas para isso foram a ausência de infraestrutura tecnológica e a não adesão dos profissionais (Brasil, 2017).

Kanan e Arruda (2013), em seus estudos, destacam a relevância do desenvolvimento de programas de inclusão digital como dispositivos de inclusão social. Por fim, em seus estudos, Carvalho (2003) constata que não basta a disponibilidade de equipamentos e do alto nível intelectual ou cultural das pessoas para a inclusão digital, é necessário um alto investimento em capacitação específica para que potenciais usuários consigam se familiarizar com os dispositivos digitais, e de tempo para que eles possam assimilar as informações e, assim, gerar o conhecimento necessário. Também é importante considerar como a pessoa se percebe no mundo digital, então a capacitação passaria também pelo aspecto da percepção do indivíduo sobre sua capacidade de se incluir digitalmente.

5.3.2 Ser informatizado e ser não informatizado

Um ponto importante a ser considerado quando falamos sobre o tema da saúde digital, é o fato de os profissionais serem ou não “seres informatizados”, termo utilizado por um dos entrevistados para definir uma maior proximidade com a área de computação e tecnologia da informação nessa pesquisa. Os chamados, aqui, “seres informatizados” são aqueles que possuem uma maior facilidade para lidar com as ferramentas digitais e tecnológicas ligadas a informação. Essas pessoas são capazes de, sozinhas, conhecerem e dominarem sistemas e aplicativos. Alguns desses profissionais nasceram na chamada “era da informação” e tiveram, desde criança, acesso a computadores, o que fez com que eles crescessem com essa facilidade, ajudando-os nesse processo de informatização do trabalho.

*Eu sou uma pessoa já muito informatizada, eu **vivo de computador**. É, também né, tem essa parte, nós somos seres muito digitais, eu digo que meu pai me introduziu na área da tecnologia, porque eu sou de noventa e quatro, então foi quando a gente ainda tava começando com a tecnologia, mas meu pai ele sempre se envolveu muito com isso. Então, com dez anos eu já tava fazendo curso de datilografia, já sabia montar e desmontar computador. Então pra mim a utilização de computador é algo muito tranquilo, eu sou super tranquilo. Então quando eu cheguei aqui que me*

apresentaram os sistemas pra mim foi algo que foi familiar pra mim, não tive dificuldade. (Fi5)

Sou uma pessoa muito curiosa. Eu fui da informática, eu, antes de ser fisioterapeuta, eu comecei a mexer, eu comecei o curso de redes de computadores no IFPB. Então, assim, eu sempre fui muito curiosa. Quando disseram “ó, esse é o login e a senha”, pronto! Abri, fui mexer, fui procurar, saber como fazer. Então, assim, eu, [falou seu nome], tive uma ótima experiência. (Fi3)

No CER, esses profissionais informatizados, possuidores de uma maior facilidade no manuseio do sistema, costumam ajudar os colegas que tem dificuldades, um gesto nobre, mas que por vezes os tira de suas funções, e cria entraves em seus processos de trabalho.

*Eu vejo que tem pessoas, tenho profissionais ainda que tem muita dificuldade e **atrapalha muito as vezes**, porque você tem que deixar de estar fazendo o seu trabalho para ir ajudar o colega que tem dificuldade com a parte de informática.(Fi2)*

O “ser não informatizado” possui algumas características peculiares, como não fazer vínculos com o sistema informatizado, agindo para manter-se longe, não inserido. Ele, muitas vezes, não executa comandos de funções básicas, como imprimir, um comando semelhante em outros ambientes digitais, inclusive o doméstico. O ser não informatizado é incapaz de se localizar dentro do sistema.

*Acho que assim, a gente tem uma equipe ainda de idade avançada. Eu tenho 50 anos, mas tem gente aqui de 60, 70 e até jovens também que tem dificuldades no computador. Mas é fácil. Uma ferramenta de trabalho é fácil. Acho que é mais o **medo mesmo de mexer e fazer besteira**. Mas mesmo fazendo besteira dá para a gente consertar, dá para excluir [...] Tem até alguns médicos ainda quando o sistema cai, a internet cai, aí eles ‘mas não tem aquela folhinha não, não tem aquela folhinha não?’, aí a gente fica, ‘não, vamos esperar um pouquinho’. (Fi2)*

*Então, é... e tem gente que não sabe mesmo... **Você vê que a gente ensina, ensina, e mostra e aí dá o login, dá a senha e aí quando é no outro dia... ‘Perdi!’** E aí, e aí o que é que a gente faz?’ Aí lá vai a gente no sistema de novo, solicitar junto ao sistema de informática daqui uma nova senha [...] só mais algumas pessoas que é mais assim questão de errar senha, de não saber onde coloca pra imprimir o BPA, onde coloca a evolução. (Fi4)*

*Assim, tem um pessoal que tem mais resistência com essa questão, tem gente que até hoje não sabe, **não sabe imprimir um BPA**, não sabe nem onde está o relatório aqui no computador, né? (Fi17)*

E acaba lançando mão de algumas estratégias para manter-se nesse local, como pedir ajuda ou até mesmo pedir que os colegas façam por eles o trabalho.

A pessoa chega 'ah, mas é porque eu não sei fazer tal coisa, faz pra mim', aí eu sento, 'vamo sentar junto, faz isso, isso, isso, isso que dá certo'. (Fi5)

Sendov (1994), no Dossiê Ciência e Desenvolvimento Sustentável, da Academia Búlgara de Ciências, traz que os seres humanos sempre necessitaram e absorveram informação, sendo esta tão necessária quanto alimento e água para a evolução do ser humano, mas na Era da Informação, esta se tornou um dos mais importantes recursos econômicos. Computadores e telecomunicações são os instrumentos básicos para processar e fornecer comunicação. Nesse campo, são relevantes o poder e a capacidade desses instrumentos. As tendências no desenvolvimento de computadores de alto desempenho estão ligadas a algumas tentativas de atingir o máximo da capacidade da mente humana (SENDOV, 1994).

Para Jamil e Neves (2000), a Era da Informação é um período de relevante impacto social, econômico, político e psicológico, no qual ocorreram grandes mudanças nas tecnologias, através do aparecimento de novas ferramentas, equipamentos, capacitações e especializações oferecidas ao homem moderno como elemento impulsionador de melhorias em seu padrão de vida. Os jovens nascidos nesse período crescem em meio a telefones celulares, e são bombardeados com informações nas redes sociais e internet, o que define novos comportamentos para essas pessoas (JAMIL; NEVES, 2000). Os relatos dos profissionais que se consideram informatizados corroboram com o estudo de Jamil e Neves (2000), no que se refere aos novos comportamentos, que são caracterizados pela facilidade em manusear novos softwares e sistemas, mesmo os que nunca tiveram contato anteriormente.

Carvalho (2003), aponta que a cada evolução da tecnologia digital, grande quantidade de indivíduos deixa de ter acesso às informações armazenadas na nova tecnologia. Esses indivíduos são denominados excluídos da sociedade da informação, e os fatores que levam a essa exclusão são diversos, passando por sociais, políticos,

econômicos, de deficiências físicas ou cognitivas, entre outros. Ou seja, não se trata de uma questão etária ou geracional, apenas.

Alguns dos profissionais com maior dificuldade, os chamados aqui seres não informatizados, necessitam mais do que treinamentos pontuais sobre o sistema e seu funcionamento, como largamente apontado nas entrevistas. Mas qual a causa dessas dificuldades? Advoga-se, aqui, que investir nesse conhecimento pode trazer outras possibilidades de entendimento de fatores intervenientes na relação profissional de saúde e ferramentas de saúde digital.

Stuart Hall, em seu livro *A identidade cultural na pós-modernidade* (2005), traz a noção de sujeito sociológico, que é aquele indivíduo que molda sua identidade e seu comportamento a partir da interação com outros indivíduos para ele importantes, e que mediam símbolos, valores e sentidos (HALL, 2005). No que diz respeito aos seres aqui chamados de “informatizados”, estes compartilham entre si símbolos, sentidos e interesses do manuseio e interação com equipamentos e ferramentas digitais, criando para si e seu grupo uma identidade digital, da informatização. Enquanto isso, os seres “não informatizados” não conseguem criar essa identidade, pois não compartilham os mesmos valores de concepção digital e interação com o equipamento, ficando à margem, criando para si outra identidade, diferente da digital.

Para Hall (2005), a identidade costura o sujeito à estrutura, e contribui para alinhar os sentimentos subjetivos dos indivíduos com os lugares objetivos que estes ocupam no mundo social e cultural. O CER em questão investe num ambiente cuja organização do trabalho seja mediada pela ferramenta digital, implementando, assim, uma concepção de sentidos e valores que passam pela informatização dos processos, e isso precisa ser entendido pela ótica do fracionamento de identidades que está ocorrendo na instituição, pondo em lados opostos os seres informatizados e não informatizados.

Vale destacar que estes seres podem e devem ter outras identidades na vida pessoal, religiosa, afetiva, de trabalho, entre outras, e que não se resumem apenas a identidade digital, ou a falta dela. No contexto de trabalho, não significa que essa identidade não possa mudar, mas talvez não mude com as mesmas ferramentas que já estão sendo utilizadas, pois os treinamentos e capacitações são algo externo, enquanto essa mudança de identidade precisa partir de dentro para fora. Ou seja, é preciso conhecer as raízes da não identificação.

Observamos, em nosso estudo, que a dificuldade que alguns profissionais do CER encontram na operacionalização do sistema não se trata de uma questão etária ou geracional, e sim de Identidade Digital, de como esses indivíduos percebem a sua capacidade de incluir-se digitalmente, tendo como obstáculos o medo de errar, de apagar o sistema, etc. Mais que isso, percebe-se também como esses seres não informatizados utilizam-se de artifícios para continuar existindo no processo de reabilitação que, cada vez mais, coloca nas ferramentas digitais o controle sobre o processo e organização do trabalho.

No que se refere ao processo de trabalho e organização do trabalho, o prontuário digital implantado no CER, para além dos benefícios inegáveis que possui, na centralização da informação, na disponibilização de informações para tomadas de decisão gerencial etc. Vem no bojo de uma divisão científica do trabalho na qual a reabilitação e diagnóstico são cadenciadas pela quantidade de consultas que cada profissional deve fazer no turno, tirando assim o aspecto artesanal desse trabalho, cujos tempos, ações e movimentos eram mediados pelas necessidades e não pela produtividade, pois se trata de trabalho vivo em ato (DEJOURS, 1992). Além disso, a introdução do prontuário eletrônico tomou todos como se informatizados fossem. Assim, segundo Dejours (1992):

“[...] O homem no trabalho, artesão, desapareceu para dar a luz a um aborto: um corpo instrumentalizado-operário de massa – despossuído [...] Às vezes até pior, pois o sistema pode colocá-lo em oposição a outros. Ultrapassado pelas cadências, o operário que “atrasa” atrapalha os que estão atrás dele na corrente dos gestos produtivos” (Dejours, 1992, p.39).

A analogia que fizemos do estudo em tela com os achados de Dejours sobre uma linha de montagem Taylorista, são úteis para mostrar que a indução de uma ferramenta digital não acontece sem que danos ocorram no trabalho em prol da violência da produtividade.

Christophe Dejours, em *A loucura do trabalho* (1992), traz a ideia de “ideologias ou estratégias defensivas”, utilizadas pelos trabalhadores de sua época para não declarar as situações de doenças pelas quais passavam, por receio de serem punidos ou até mesmo demitidos. A maneira como as pessoas se comportam no trabalho não tem a ver somente com o trabalho, mas com outros fatores (psicológicos, sociais). O trabalho expõe esses fatores.

Para os profissionais do CER considerados “não informatizados”, usar o prontuário eletrônico é um tipo de sofrimento, um sentimento de vergonha por não saber usar, de medo por pensar que pode produzir algum dano irreversível e, assim expô-lo à uma condição de pária para aquele sistema produtivo. Por isso, ao não conseguir, precisam criar um espírito de camaradagem e dependência dos colegas. Ao deixar evidente que tem dificuldade, as pessoas os ajudam. Reforçar essa ideia acaba protegendo-os, mas não resolve o problema.

Comportamentos defensivos como: pedir ajuda ao colega, anunciar que não sabe, levar a evolução para alguém fazer em casa, perder a senha constantemente etc. Apontam para questões importantes que precisam ser enfrentadas no coletivo do trabalho. Primeiro, mediar o trabalho pela quantidade de consultas turno, produz individualização do trabalho e falta de sentido da tarefa individual, com consequências para o desconhecimento do sentido da tarefa coletiva. Esse tipo de organização do trabalho no CER deixa pouca margem para que haja troca no sentido do trabalho colaborativo interprofissional no CER.

Segundo, podemos falar que no caso dos fisioterapeutas tidos como “seres não informatizados” houve a provocação de uma defesa coletiva, que envolveu os dois lados identitários (informatizados e não informatizados)? Sim, mas é uma defesa limitada que só dura um dia. Ou seja, sua eficácia é muito limitada.

Por fim, queremos tratar daquilo que Dejours chama de contaminação do tempo livre pelo tempo de trabalho. No caso dos fisioterapeutas não informatizados o uso do tempo de lazer, não é somente uma contaminação, no sentido de que o trabalhador continua plugado nas suas demandas de trabalho, reconhecemos que é uma estratégia para manter eficazmente o comportamento produtivo (DEJOURS, 1992).

Assim, a divisão da identidade aqui é controlada por estratégias defensivas, resta saber se será sempre possível, num mundo cada vez mais informatizado, cujos processo e organização do trabalho são controlados pela tecnologia, manter essas estratégias sem sofrimento mental. Apostamos, aqui, na possibilidade de as estratégias de Educação continuada nos serviços avancem também para os processos de conhecimento das identidades como elementos centrais para produzir uma cultura social inclusiva no trabalho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os profissionais entrevistados, foram encontrados homens e mulheres que tem, em sua maioria, contratos de trabalho temporários. Alguns relatam maior aproximação com o ambiente tecnológico, enquanto outros tem maior dificuldade. Portanto, reconhecem-se duas categorias de trabalhadores diferentes, os seres informatizados e os não informatizados. É possível inferir que há, no CER, um certo grau de trabalho interprofissional, e características de dois processos de trabalho distintos, e diversos objetivos de trabalho também diferentes, a depender do setor estudado. Há no CER um certo grau de trabalho interprofissional, e características de operacionalização desse trabalho de maneiras distintas. Com relação ao uso da ferramenta e-Prontuário, alguns entraves atrapalham a relação dos profissionais com o prontuário eletrônico, e elas residem na organização do trabalho e nos processos de identidade profissional, no caso identidade digital. São necessários investimentos em capacitação e recursos físicos para melhor estabelecer essa relação. Contudo, esses devem ser sensíveis a temas que passam não apenas pela relação homem-máquina-operação. É preciso enfrentar os sentidos simbólicos que a relação com a máquina provocou no trabalho artesanal do fisioterapeuta para que estratégias coletivas sejam reforçadas e melhor utilizadas institucionalmente, bem como para que algumas dessas estratégias não estejam contaminando o tempo livre dos profissionais e espoliando-os financeiramente.

7. PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO E IMPACTO SOCIAL E INOVAÇÃO E TECNOLOGIA DA PESQUISA

Ingressei como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia em setembro de 2021, com o objetivo de estudar os discursos sobre instrumentos de avaliação e intervenção baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), utilizados nos centros especializados em reabilitação da pessoa com deficiência entre os profissionais de fisioterapia. Com o passar do tempo, o projeto e as ideias foram sendo ajustadas, resultando no presente trabalho.

Considero muito rica a experiência de fazer um mestrado, que contribuiu muito para o meu crescimento profissional e pessoal. Dentre as atividades desenvolvidas, destaco aqui algumas:

- Participação em grupo de pesquisa, com reuniões em grupo para discussão de temas relacionados as pesquisas em execução; estudo de textos sobre temas de pesquisa; além de realização de atividades relativas ao projeto maior no CER, como: oficina de capacitação com os profissionais, elaboração e aplicação do instrumento baseado na CIF.

- Escrita de capítulo de livro intitulado “*Termografia infravermelha nas lesões esportivas*” sob orientação do Prof. José Jamacy de Almeida Ferreira, como resultado da disciplina optativa Tópicos Avançados em Fisioterapia Traumato-Ortopédica, no período 2022.1.

- Realização de Estágio Docência na disciplina Semiogênese e Semiotécnica em Fisioterapia II, da graduação em Fisioterapia da UFPB, no período 2022.1 (turma de férias), com carga horária de 30h, sob supervisão da Prof^a. Elamara Marama de Araujo Vieira.

- Publicação, como coautora, de artigo no periódico Brazilian Journal of Development, intitulado “*Programa de exercício terapêutico aquático e sua influência nos níveis pressóricos de mulheres menopausadas*”, ano de 2022.

- Apresentação de trabalhos como autora principal na modalidade Apresentação Curta Assíncrona, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulados: “*Desenvolvimento e uso de instrumento de avaliação biopsicossocial da pessoa com*

deficiência na perspectiva dos fisioterapeutas”; e “Análise das doses de vacinas para Covid-19 aplicadas em gestantes no estado da Paraíba”.

- Apresentação de trabalho como coautora na modalidade Apresentação Curta Assíncrona, no 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, intitulado: *“Processo de articulação entre a gestão do serviço e a universidade em torno de projeto de pesquisa para educação permanente”.*

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. *Asian Journal of Latin American Studies*, 18(4), 137-155, 2005.

AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1467-1478, 2011.

BARBOSA, A. M. et al. Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador para profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 27, 2023.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA, B. N. M. O que as experiências de cuidado realizadas por fisioterapeutas em um Centro Especializado em Reabilitação revelam sobre o trabalho colaborativo interprofissional? Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p.37, 2023.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1627-1636, 2010.

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em 28/08/2022.

BRASIL. Decreto nº 9.245, de 20 de dezembro de 2017. Institui a Política Nacional de Inovação Tecnológica na Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9245.htm

BRASIL. Ed. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização em Saúde*. Brasília, 2004.

BRASIL. Emenda constitucional nº 12, de 17 de outubro de 1978. Assegura aos Deficientes a melhoria de sua condição social e econômica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc12-78.htm

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm

BRASIL. Lei nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do

Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11798.htm#art6

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intellectual_visual.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de ciência, tecnologia e inovação em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – 2. ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 44 p.

BRASIL. Portaria nº 1.303, de 28 de junho de 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html#:~:text=Estabelece%20os%20requisitos%20m%C3%ADnimos%20de,SUS\)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,-2%C2%BA%20Caso%20o](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html#:~:text=Estabelece%20os%20requisitos%20m%C3%ADnimos%20de,SUS)%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.,-2%C2%BA%20Caso%20o).

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/transparencia-e-prestacao-de-contas/relatorios-da-sas/relatorio-de-gestao-2017-completo-para-ms-pdf/view>. Acesso em 08 fev 2024.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.22, n.64, p.77–86, 2018.

CAETANO, R. et al. (2020). Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, 36(5), e00088920. Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41624/2/DesafiosOportunidadesTelessaude.pdf>

CAMPOS, F. M.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. ed. 19, pág 207-10. São Paulo, 2015.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, as possibilidades e limitações do método. Inf. & Soc.: Est., João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CHACON, M. C. M. Formação de recursos humanos em educação especial: respostas das universidades à recomendação da portaria ministerial n. 1.793 de 23/12/1994. 2001. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2001.

- COMA, J. M. R. Medicinas primitivas, paleomedicina y paleopatología. *Munibe antropologia*, n. 8, p. 63-79, 1992.
- CRUZ, M. R. da et al. Peep Trial: um aplicativo para avaliação da resposta à PEEP como ferramenta de educação permanente na pandemia por covid-19. *Revista Ciências & Ideias*, vol.14, 2023.
- DA SILVA, I. C. B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.
- DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, p. 60-72, 2006.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Traduzido por Ana Isabel Paragay e Lucia Leal Ferreira – 5ª ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DICICCO-BLOOM, B.; CRABTREE, B. F. The qualitative research interview. *Medical Education*, v. 40, n. 4, p. 314-321, 2006.
- FARIA, H. P. de et al. Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 3. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. 93p.
- FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde debate*, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.
- FREITAS, M. S. A Atenção Básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- Funad completa 20 anos. **Jornal da Paraíba**, João Pessoa, 17 set. 2011. Vida Urbana. Disponível em: https://jornaldaparaiba.com.br/cotidiano/vida_urbana/funad-completa-20-anos/. Acesso em: 12 fev. 2024.
- GARCIA, V. G. Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho: histórico e o contexto contemporâneo. 2010. 205f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GUAZI, T. S. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. *Revista Educação, Pesquisa e Inclusão*, v. 2, p. 1-20, 2021
- HALL, S. A identidade cultural da pós-modernidade. 10ª ed. DP&A Editora. 2005.
- HONORATO, D.Z.S. et al.. O uso de tecnologias em saúde na consulta: uma análise reflexiva. *Rev Interd.* 2015;8(1):234-239.

JAMIL, G. L.; NEVES, J. T. R. A era da informação: considerações sobre o desenvolvimento das tecnologias da Informação. *Perspect. cienc. inf.*, Belo Horizonte, v.5, n.1, p. 41-53, jan./jun. 2000.

KANAN, L. A.; ARRUDA, M. P. de. A organização do trabalho na era digital. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 2013.

LAPLANE, A. L. F. Notas para uma análise dos discursos sobre inclusão escolar. In: GÓES, M. C. R.; LAPLANE, A. L. F. (Org.). *Políticas e práticas de educação inclusiva*. Campinas: Autores Associados, p.5-20. 2004.

MAIA, R. R. Políticas públicas e reabilitação infantil: uma avaliação de efetividade do CRI/Natal (2015-2020). 2020. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

MAZZOTTA, M. J. S. *Fundamentos da Educação Especial*. São Paulo, Pioneira, 1982, 137p.

MCGRATH, C.; PALMGREN, P. J.; LILJEDAHN, M. Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, v. 41, n. 9, p. 1002-1006, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Effective communication in team work in health: a challenge for patient safety. *Cogitare Enferm.* July/Sept: 20(3):636 – 40. 2015.

NOVACK, D. H. et al. Psychosomatic Medicine: The Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model. *Acad Psychiatry*. 31(5):388-401. 2007.

OLIVEIRA, D. C., Análise de Conteúdo Temático Categorical: Uma proposta de sistematização. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OMOTE, S. Estigma no tempo da inclusão. *Revista Brasileira de Educação Especial*. Marília. v. 10, n. 3, p. 287-308, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Redes de profissões de Saúde. Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. 1ª ed. Genebra: OMS, 2010.

Quem somos. APAE BRASIL, 2024. Disponível em <https://apaebrasil.org.br/conteudo/quem-somos>. Acesso em: 29 de jan. de 2024.

RAGASSON, C. A. P. et al. Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional. *Revista Olho Mágico*, v. 13, n. 2, p. 1-8, 2006.

REGO, T. C. *Memórias da Escola: Cultura Escolar e Constituição de Singularidades*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

ROSA, S. M. A justiça divina e o mito da deficiência física. *Estudos*, v. 34, n. 1/2, p. 9-19, jan.-fev./2007.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Textcontext - enferm.* 2010;19(2):372-377.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200020>

SENDOV, B. Dossiê Ciência e Desenvolvimento Sustentável. Academia Búlgara de Ciências, Sofia, Bulgária. *Estud. av.* 8 (20). Abr 1994. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0103-40141994000100008>.

SILVA, A. B. et al. Threedecades of telemedicine in Brazil: Mapping the regulatory framework from 1990 to 2018. *PLoS ONE*, 15(11), e0242869. Recuperado

de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242869>

SILVA, N. F. A organização do trabalho de fisioterapeutas em um Centro Especializado em Reabilitação. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p.102, 2023.

SILVA, O. M. da. A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: Cedas, 1987.

EDUCAÇÃO INCLUSIVA: Conheça o histórico da legislação sobre inclusão. Todos pela Educação, 04 mar. 2020. Disponível em:

<https://todospelaeducacao.org.br/noticias/conheca-o-historico-da-legislacao-sobre-educacao-inclusiva/>. Acesso em: 12 fev. 2024.

VELOSO, A. I.; RIBEIRO, T.; COSTA, L. QUANDO JOGO ATÉ ME ESQUEÇO DAS DORES: Jogos Digitais Como Estratégia Para a Reabilitação Física. *Revista Observatório*, v.4, n.4, 2018.

WOSIK, J. et al. Telehealth transformation: COVID-19 and therise of virtual care.

Journal of the American Medical Informatics Association, 27(6), 957-962. Recuperado de <https://academic.oup.com/jamia/article/27/6/957/5822868>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1) IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Cor da pele:

Escolaridade:

Curso:

Instituição de ensino/Localidade:

Tem alguma Especialização/Pós-Graduação? Qual?

Há quanto tempo trabalha no CER? Sempre trabalhou no mesmo lugar? Como foi sua trajetória de trabalho aqui?

Onde trabalha aqui no CER atualmente: () Diagnósticos () Reabilitação () Gestão

Qual o seu vínculo com a instituição? () Funcionário Público () Celetista () Terceirizado () Contrato

2) PERGUNTAS

2.1. Conte-me, como funciona a sua equipe? (quais são os profissionais que nela trabalham, como está organizado o processo de trabalho e onde atuam).

2.1.1 Qual objetivo do seu trabalho? O que você objetiva quando recebe um paciente? É o mesmo objetivo que a instituição espera de você?

2.1.2. Que meios você utiliza para chegar ao seu objetivo? Faz avaliações, relatórios? Como? Por onde? O ambiente é sempre o mesmo?

2.1.3. Para alcançar seu objetivo, você depende somente de si mesmo? Ou depende de outras pessoas? Como funciona essa relação?

2.2. Agora, conte-me que demandas de saúde chegam para você? E como elas chegam?

2.3. Com quais outros profissionais do CER e familiares você desenvolve algum tipo de colaboração no seu cotidiano de trabalho? Como é essa relação?

2.4. Você lida com algum tipo de digitalização em saúde no seu cotidiano aqui no CER? Se sim, me conte como é lidar com essa ferramenta de digitalização?

2.5. Como é a relação dessa ferramenta com o seu trabalho no dia a dia aqui no CER? (em que ela te ajuda ou atrapalha na rotina?)

2.6. Durante seu período de colaboração aqui no CER, houve alguma formação/curso/capacitação voltado para as ferramentas de digitalização em saúde? Descreva para mim essa experiência.

2.7. Durante a pandemia causada pelo coronavírus, você utilizou alguma ferramenta digital no seu trabalho? Como foi esse processo?

2.8. E após a pandemia, essa ferramenta continuou sendo utilizada? Por qual motivo?

2.9. Há algo mais que queira acrescentar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****RESOLUÇÃO 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Eu, Maria Gabriela Alves de Brito, pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba, convido você a participar da pesquisa “Digitalização em Saúde e Processo de Trabalho no CER”, cujo objetivo é compreender a relação entre digitalização em saúde e processo de trabalho para os profissionais fisioterapeutas do CER.

A finalidade deste trabalho é contribuir na obtenção de dados para subsidiar a discussão das potencialidades e barreiras de implantação das ferramentas de digitalização em saúde entre os profissionais da atenção especializada.

Para alcance do proposto, solicito sua colaboração em participar de uma entrevista individual no âmbito do Centro Especializado em Reabilitação a que estás vinculado, com duração máxima de uma hora. Seguirei um roteiro com perguntas que conduzam ao objetivo sendo que à medida que conversamos poderei realizar outras para o esclarecimento de sua fala. Solicito sua autorização para gravar nossa conversa a fim de obter na íntegra seu relato, e também para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Enfatizo que os dados obtidos nessas entrevistas serão usados exclusivamente para fins de pesquisa e por ocasião da publicação dos resultados sua identidade será mantida em sigilo absoluto. A participação na pesquisa não implica em nenhum benefício material e nem oferece riscos à saúde ou a integridade moral, mas apresenta risco mínimo de desconforto durante essa entrevista.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Agradeço a sua colaboração e solicito que, se de acordo, rubrique e assine no espaço reservado. Você receberá uma via deste documento e a outra ficará arquivada.

Eu _____,
declaro que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo. Declaro ainda meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos

(divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

DATA ____/____/____

Participante

Pesquisador

Contatos

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária, CEP: 58.051- 900 - João Pessoa-PB. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves

Departamento de Fisioterapia - UFPB. Fone: (83) 998581112

Maria Gabriela Alves de Brito

Programa de Pós Graduação em Fisioterapia – UFPB. Fone: (83) 987461285

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EMPESQUISA DO TRABALHO MAIOR “TECNOLOGIAS PARTICIPATIVAS NO CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA”

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: tecnologias participativas no cuidado da pessoa com deficiência na atenção especializada

Pesquisador: ROBSON DA FONSECA NEVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37347020.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.302.752

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que será coordenado por Prof Dr. Robson da Fonseca Neves, com abordagem do tipo participativa de natureza quanti e qualitativa, por meio do qual pretende-se investigar o perfil e as necessidades dos trabalhadores da atenção especializada quanto a prestação de cuidado à pessoa com deficiência, bem como o desenvolvimento de práticas integradas e coprodução instrumentos de avaliação e processos de gestão do cuidado da PCD no serviço de atenção especializada, por meio da educação permanente.

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



Continuação do Parecer: 4.302.752

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))