

## Sistema de referência e contrarreferência entre centro especializado em reabilitação e atenção primária à saúde

Reference and counter-reference system between a specialized center for rehabilitation and primary health care

Sistema de referencia y contra-referencia entre un centro especializado para la rehabilitación y la atención primaria de salud

Recebido: 28/08/2021 | Revisado: 02/09/2021 | Aceito: 02/09/2021 | Publicado: 06/09/2021

### **Luciano Silveira Pacheco de Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9679-3134>  
Universidade Federal de Pelotas, Brasil  
E-mail: [lucianospm@outlook.com](mailto:lucianospm@outlook.com)

### **Rafaela Ferrari Pacheco**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2625-053X>  
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil  
E-mail: [rafa.fpacheco@hotmail.com](mailto:rafa.fpacheco@hotmail.com)

### **Marco Antônio de Medeiros**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0803-6617>  
Secretaria do Estado da Educação de Santa Catarina, Brasil  
E-mail: [marcosantti@gmail.com](mailto:marcosantti@gmail.com)

### **Leandro Correa**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7235-9704>  
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil  
E-mail: [leandro\\_correa@outlook.com](mailto:leandro_correa@outlook.com)

### **Rosana Mara da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4195-026X>  
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil  
E-mail: [rosanamara.fisio@gmail.com](mailto:rosanamara.fisio@gmail.com)

### **Jeferson Ventura**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4005-3011>  
Universidade Federal do Rio Grande, Brasil  
E-mail: [enf.jefersonv@hotmail.com](mailto:enf.jefersonv@hotmail.com)

### **Lisiane Tuon**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0809-0712>  
Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil  
E-mail: [lfb@unesc.net](mailto:lfb@unesc.net)

### **Resumo**

Objetivou-se a análise da interlocução existente entre o CER II/UNESC e a APS por meio do sistema de contrarreferência e a estratificação do perfil epidemiológico dos pacientes com comprometimento motor, atendidos no CER II/UNESC durante os anos de 2014-2017. Estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com entrevista semiestruturada aplicada por meio de inquérito telefônico e criação de banco de dados. Amostragem de 32 pacientes, sendo 71,9% (n=23) pacientes do sexo masculino, com média de idade de  $\pm 55,25$  anos, 46,9% (n=15) residentes em Criciúma, 71,9% (n=19) aceitos no CER II/UNESC para tratamento de reabilitação pós AVE; tempo decorrido entre a lesão e sua admissão no serviço de  $\pm 87,31$  dias e, de permanência  $\pm 224,91$  dias. Da amostragem, 81,3% (n=26) relatam ter recebido nota de alta, 56,3% (n=18) não utilizou. 87,5% (n=26) não foram procurados pela APS e, desses, 56,3% (n=18) não tiveram encaminhamento para os serviços referenciados no momento da alta. 62,5% (n=20) relatam necessitarem de alguma assistência de médico especialista (12,5%, n=4). Observou-se a relação fragilizada entre APS e o CER II/UNESC, com conseqüente interlocução deficitária. Os pacientes encontram uma APS ineficaz dos pontos de vista organizacional, humano e dos processos de trabalho. Não conseguem reinserção quando do momento de suas altas, tendo suas necessidades de saúde descobertas pelo sistema, fazendo com que suas potencialidades não sejam atingidas, agravando, assim, seus prognósticos. Observou-se, ainda, a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência e a falta de comprometimento e corresponsabilização e conseqüente inexistência do sentimento de protagonismo por parte dos usuários.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Pessoa com deficiência (PcD); Projeto terapêutico singular (PTS); Reabilitação; Sistema Único de Saúde (SUS).

### Abstract

The objective was to analyze the existing dialogue between the CER II/UNESC and the APS through the counter-referral system and the stratification of the epidemiological profile of patients with motor impairment, treated at the CER II/UNESC during the years 2014-2017. Cross-sectional, retrospective and descriptive study, with semi-structured interviews applied through a telephone survey and creation of a database. Sample of 32 patients, 71.9% (n=23) of whom were male, with a mean age of  $\pm 55.25$  years, 46.9% (n=15) residing in Criciúma, 71.9% (n=19) accepted at CER II/UNESC for post-stroke rehabilitation treatment; time elapsed between the injury and its admission to the service of  $\pm 87.31$  days, and of stay  $\pm 224.91$  days. Of the sample, 81.3% (n=26) reported having received a discharge note, 56.3% (n=18) did not use it. 87.5% (n=26) were not sought by the PHC and, of these, 56.3% (n=18) were not referred to the referenced services at the time of discharge. 62.5% (n=20) reported needing some assistance from a specialist physician (12.5%, n=4). A weakened relationship between PHC and CER II/UNESC was observed, with consequent deficient dialogue. Patients find PHC ineffective from an organizational, human and work process perspective. They are not able to reintegrate when they are discharged, having their health needs discovered by the system, so that their potential is not reached, thus worsening their prognosis. It was also observed the fragility of the referral and counter-referral system and the lack of commitment and co-responsibility and the consequent lack of a sense of protagonism on the part of users.

**Keywords:** Primary health care; Person with disabilities (PwD); Single therapeutic project (PTS); Rehabilitation; Unified Health System (SUS).

### Resumen

El objetivo fue analizar el diálogo existente entre el CER II / UNESC y la APS a través del sistema de contrarreferencia y la estratificación del perfil epidemiológico de los pacientes con discapacidad motora, atendidos en el CER II / UNESC durante los años 2014-2017. Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo, con entrevistas semiestructuradas aplicadas mediante encuesta telefónica y creación de una base de datos. Muestra de 32 pacientes, 71,9% (n = 23) de los cuales eran varones, con una edad media de  $\pm 55,25$  años, 46,9% (n = 15) residentes en Criciúma, 71,9% (n = 19) aceptados en CER II / UNESC para el tratamiento de rehabilitación posterior a un accidente cerebrovascular; tiempo transcurrido entre la lesión y su ingreso al servicio de  $\pm 87,31$  días, y de estancia  $\pm 224,91$  días. De la muestra, 81,3% (n = 26) informó haber recibido nota de alta, 56,3% (n = 18) no la utilizó. El 87,5% (n = 26) no fueron buscados por la APS y, de estos, el 56,3% (n = 18) no fueron referidos a los servicios referenciados en el momento del alta. El 62,5% (n = 20) informó que necesita ayuda de un médico especialista (12,5%, n = 4). Se observó una relación debilitada entre la APS y el CER II / UNESC, con el consecuente diálogo deficiente. Los pacientes encuentran que la APS es ineficaz desde una perspectiva organizativa, humana y del proceso de trabajo. No son capaces de reintegrarse cuando son dados de alta, teniendo sus necesidades de salud descubiertas por el sistema, por lo que no se alcanza su potencial, empeorando así su pronóstico. También se observó la fragilidad del sistema de derivación y contrarreferencia y la falta de compromiso y corresponsabilidad y la consecuente falta de protagonismo por parte de los usuarios.

**Palabras clave:** Primeros auxilios; Persona con discapacidades (PwD); Proyecto terapéutico único (PTS); Rehabilitación; Sistema Único de Salud (SUS).

## 1. Introdução

Em determinado momento da história da humanidade, a necessidade de sair para a prática de atividades essenciais à sua subsistência, tais como a caça e pesca, tornou imperativa a imprescindibilidade de indivíduos fortes e perfeitos nas tribos. As mulheres ficavam responsáveis pela criação e pelos cuidados dos velhos e dos doentes. Outra atividade de extrema importância e essencial à sobrevivência de todos os demais membros de sua tribo era a capacidade de lutar contra seus inimigos naturais, colocando em evidência, aqueles que não dispunham de tais atributos de modo que as pessoas com alguma deficiência, os doentes e os velhos eram considerados inábeis para tais práticas, e, em muitos momentos, deixados para trás quando as tribos precisavam mudar de lugar ou até mesmo sacrificados como outras sociedades (Pacheco, & Alves, 2007; Piccolo & Mendes, 2013).

As pessoas com deficiências também passaram pelo processo de coisificação, servindo, dessa forma, para o deleite do público que pagava para ver as 'aberrações', diferenciados por suas características, normalmente físicas, considerando-os como animais e não como seres humanos diferenciados por suas características, normalmente físicas (Pacheco & Alves, 2007; Piccolo & Mendes, 2013).

Para os gregos antigos, por exemplo, que sempre cultuaram o corpo, a força e o belo, crianças que nasciam com

alguma má formação eram abandonadas à própria sorte para que morressem ou até mesmo sacrificadas, pois não ‘tinham utilidade’ para a guerra, pois apresentavam limitações e impeditivos evidenciados no momento do seu nascimento, num movimento discriminatório intencional. Em contrapartida, aqueles que sofriam algum tipo de mutilação em momentos de guerras eram cuidados e protegidos pelo Estado (Pacheco & Alves, 2007; Piccolo & Mendes, 2013).

O entendimento das sociedades com relação aos ‘deficientes’ começou a mudar ainda que discretamente ou a mudar somente com o advento do Cristianismo, ofertando-se cuidados diferenciados, porém não integrativos nem inclusivos, e deixando ainda ficando à cargo de suas famílias e da Igreja a função de cuidar dessas pessoas (Pacheco & Alves, 2007; Piccolo & Mendes, 2013; França, 2014).

As deficiências foram e são vistas, ainda hoje, pelas sociedades conforme seus valores em determinado momento da sua história, sendo inevitavelmente expressadas em conformidade com seus princípios nos campos ético, religioso, moral, filosófico e social. Para muitas sociedades eram as pessoas com deficiências vistas como ‘possuídas’ por entidades malignas.

Porém com o passar dos anos, as diversas religiões experienciaram o declínio do seu poder, e sua função enquanto produtora do saber foi substituída por instituições de outras naturezas, fazendo com que as pessoas com deficiências passem a serem vistas como “merecedoras” de tratamento político e social como as demais, tendo, dessa maneira, suas necessidades assistidas pelos sistemas de saúde (Pacheco & Alves, 2007; Piccolo & Mendes, 2013; França, 2014).

Os primeiros escritos encontrados acerca da sistematização da assistência aos deficientes, agora com base científica, datam da Guerra da Criméia, quando Florence Nightingale descreveu intervenções de Enfermagem apropriadas para o cuidado e a reabilitação aos lesionados na guerra, porém somente a partir dos anos de 1940 esse ramo das ciências da saúde tiveram grande e importante desenvolvimento, com a criação das unidades de reabilitação física e a formação dos primeiros profissionais médicos especializados em Fisiatria (Costa, Padilha, Amante, Costa & Bock, 2009; Bastos, 2016).

Partindo do princípio de que pessoas com deficiências são aquelas que apresentam algum impedimento, à longo prazo, de alguma de suas funções, sejam elas de natureza física, intelectual, sensorial ou, ainda, dois ou mais impedimentos de naturezas distintas, e que, necessitam de intervenções que interajam com essas diversas barreiras, facilitando, dessa maneira, sua participação plena e efetiva no dia-a-dia da sociedade, deixando-as em condições de igualdade com as demais pessoas, podemos, então pensar que atender as demandas dessas pessoas em suas comunidades de origem configuram-se na melhor estratégia assistencial, a fim de pactuarmos propostas terapêuticas que atendam às demandas percebidas pelos atores sociais envolvidos nesse processo (Belmiro, Miranda, Moura, Carvalho, & Monteiro, 2017).

Quando falamos em assistir pessoas com deficiências, a atenção primária caracteriza-se enquanto importante campo para que possamos desenvolver práticas de caráter longitudinal de cuidados, principalmente quando visamos princípios tais como inclusão, socialização e direitos humanos, considerando, dessa maneira, então, questões sócio-históricas-culturais (Othero, & Dalmaso, 2009).

Não podemos esquecer, contudo, que, conforme dito anteriormente, que conforme as sociedades foram se transformando, ora as pessoas com deficiências eram marginalizadas, sendo consideradas amaldiçoadas, ora eram consideradas semideuses, porém, até bem pouco tempo atrás, eram excluídas do contexto social no qual encontravam-se inseridas, mesmo que, quando o assunto em pauta é o cuidado às pessoas com deficiências, esse cuidado exige que valorizemos as condições intervenientes que permeiam tal contexto (Pacheco, & Alves, 2007; Othero, & Dalmaso, 2009; Costa, Padilha, Amante, L. N.; Costa, & Bock, 2009; Piccolo, & Mendes, 2013; Coura, Enders, Menezes, & França, 2013; França, 2014; Bastos, 2016; Belmiro, Miranda, Moura, Carvalho, & Monteiro, 2017).

### **Reorganização da lógica assistencial**

A articulação da Atenção Primária em Saúde (APS) em redes de atenção teve seu início há pouco mais de quinze

anos, com as primeiras experiências nos Estados Unidos, Canadá e Europa Ocidental – Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda, porém os primeiros relatos das redes de atenção datam praticamente do início do século XX, quando o médico britânico Bertrand Dawson propõe, em seu famoso relatório (1920), necessidade da organização dos sistemas de saúde do Reino Unido no pós-guerra. Segundo autores, para Dawson, atenção primária deveria ser a ordenadora do sistema de saúde, organizada em centros primários e, estes, ligados à centros secundários, todos em uma determinada área adscrita (Oliveira, 2015; Amaral, & Bosi, 2017; Mocelin, Weigelt, Rezende, Borges, Dotto, & Krug, 2017; Fittipaldi, Neto; Braccialli, & Correa, 2018).

A APS, ou Atenção Básica, deve ser a ordenadora de todos os processos de saúde mediados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS's), desde os mais simples até os mais complexos, configurando-se, dessa maneira, na porta de entrada para o primeiro atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ser resolutiva em pelo menos 90% dos casos daqueles que dela necessitarem (Mendes, Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, *et al*, 2012).

A APS, ou Atenção Básica, deve ser a ordenadora de todos os processos de saúde mediados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS's), desde os mais simples até os mais complexos, configurando-se, dessa maneira, na porta de entrada para o primeiro atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ser resolutiva em pelo menos 90% dos casos daqueles que dela necessitarem. A APS deve atentar-se para um modelo de saúde que atenda satisfatoriamente as condições de saúde apresentadas pela população (Mendes, 2011; Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, *et al*, 2012).

Dessa maneira, enquanto primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, a porta de entrada de todo o sistema, conseguirá satisfazer as demandas de saúde, da mais simples apresentadas pela população, em níveis de quantidade e qualidade, minimizando, assim, os custos com saúde, respondendo, assim, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde vigentes, superando, assim, o modelo newtoniano-cartesiano, sendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) a melhor proposta que temos atualmente (Mendes, 2011; Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, *et al*, 2012).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os atendimentos às pessoas com deficiências acontecem, normalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias Saúde da Família (ESF) com horário pré-estabelecido por meio dos agendamentos conforme a rotina instituída por cada uma dessas unidades. Quando da impossibilidade destes encontros acontecerem nas unidades, estes acontecem no domicílio das pessoas que se encontram dentro das áreas de cobertura dessas equipes, normalmente mediadas pelos profissionais das UBS/ESF e, ainda, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) quando observadas tais necessidades (Coura, Enders, Menezes, & França, 2013).

### **Redes de Atenção à Saúde - RAS**

A mudança da lógica nos processos de trabalho e da assistência à saúde, agora “usuário-centrada”, deve-se à ruptura do paradigma newtoniano-cartesiano, onde o ser humano antes visto apenas como um órgão ou um sistema doente, hoje é atendido dentro do seu contexto socioeconômico, levando-se em consideração suas relações com os demais sistemas.

Com base nas políticas e modelos de saúde vigentes, o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 7612, de 17 de novembro de 2011, instituiu as Redes de Atenção à Saúde (RAS's). Sobre a dinâmica de atuação em redes de atenção aos usuários do SUS e, ainda, do ordenamento da APS enquanto ponto central desse novo modelo de assistência (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; Mendes, 2011; *Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011*, 2011; *Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012*, 2012; *Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012*, 2012; Shimizu, H. E., 2013).

A lógica das RAS's encontra-se fortemente alicerçada na interação entre três elementos básicos: população; estrutura operacional e, no modelo assistencial de saúde vigente. Considerados arranjos organizativos de ações e serviços e diferentes

densidades tecnológicas, preveem a multidimensionalidade das questões envolvidas na assistência e a inter-relação de todos os setores, envolvendo, assim, todos os considerados atores sociais no processo do cuidado, configurando-se numa potente ferramenta para a redução da fragmentação do sistema de saúde, impactando, dessa maneira, direta e indiretamente na qualidade do cuidado prestado, o que, conseqüentemente, acarretará em confiança e vinculação, estes, valores inerentes à assistência qualificada (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; Mendes, 2011; Shimizu, 2013; Gonçalves, Cruz, Oliveira, Moraes, Moreira, Rodrigues, *et al.*, 2014; Veras, Caldas, Motta, Lima, Siqueira, Rodrigues, *et al.*, 2014; Arruda, Lopes, Koerich, Winck, Meirelles, & Mello, 2015).

Importante estratégia de aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS, as RAS se permitem a prestação de assistência de forma continuada à determinada população em específico, no tempo e no local certos, com custo otimizado e assistência qualificada, operacionalizando, para isso, diversas ferramentas assistenciais, mobilizando, dessa maneira, profissionais das mais distintas áreas do conhecimento humano (Andrade, Brito, Silva, Montenegro, Caçador, & Freitas, 2013).

Conforme mencionado anteriormente, a reestruturação do SUS na perspectiva das redes de atenção configura-se na mais importante estratégia para que possamos superar o modelo biomédico até pouco tempo utilizado. Desde sua institucionalização no ano de 1988, o SUS vem revisando normativas e diretrizes com vistas a sistematizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes (Andrade, Brito, Silva, Montenegro, Caçador, & Freitas, 2013; Erdmann, Andrade, Mello, & Drago, 2013).

As RAS nos permitem assistir os usuários do SUS de maneira transversal e contínuo, fazendo ajustes para que o atendimento seja realizado na lógica da inclusão e da ampliação dos serviços ofertados, onde busca-se a horizontalidade relacional entre todos os pontos de atenção que se articulam entre si, interagindo por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, implementando continuamente ações com vistas a recuperação da saúde, reabilitação e promoção (Andrade, Brito, Silva, Montenegro, Caçador, & Freitas, 2013; Erdmann, Andrade, Mello, & Drago, 2013).

Observa-se, porém, quão grandioso configura-se o desafio que é a prestação da assistência à população na lógica das redes de atenção ordenadas pela APS, haja visto os avanços técnicos e o caráter multifatorial envolvidos na dinâmica de funcionamento de um sistema tão complexo. Tal complexidade expressa-se pela diversidade dos contextos regionais e suas necessidades de saúde bastante específicas, frutos das desigualdades; os diferentes níveis de atenção inter-relacionados; todas as fontes de financiamento existentes; a formação bastante dispare dos profissionais, a superação do modo fragmentado de assistir o ser humano, dentre outras. Partindo do pressuposto que os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos, devendo operar, dessa maneira, em total coerência com a situação de saúde apresentada pelos mesmos, as RAS têm no território a sua base e na APS seu centro operacional. (Organização Pan-Americana da Saúde., 2003; Finkelsztein, Acosta, Cristovam, Moraes, Kreuz, Sordi, *et al.*, 2009; Mendes, 2011; Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, *et al.*, 2012; Shimizu, 2013; Erdmann, Andrade, Mello, & Drago, 2013; Gonçalves, Cruz, Oliveira, Moraes, Moreira, Rodrigues, *et al.*, 2014; Veras, Caldas, Motta, Lima, Siqueira, Rodrigues, *et al.*, Arruda, Lopes, Koerich, Winck, Meirelles, & Mello, 2015; Oliveira 2015; Carvalho, Belmiro, Moura, Miranda, & Monteiro, 2017).

Atualmente, temos instituídas, por meio de portarias específicas, cinco redes temáticas de atenção à saúde, sendo as seguintes: Rede Cegonha – Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011; Rede de Urgência e Emergência – Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011; Rede de Atenção Psicossocial – Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011; a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012 e, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014 (*Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011*, 2011; *Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012*, 2012; *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*, 2012; *Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012*, 2012; *Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013*, 2013; *Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016*, 2016).



O principal dispositivo do ponto de vista gerencial das RAS baseia-se na instituição de grupos condutores de cada uma das redes temáticas. Esses grupos condutores, regionais ou estaduais, são responsáveis pela formulação, apoio durante o processo de implantação e, além disso, do monitoramento de cada uma delas. A Portaria n. 1.473, de 24 de julho de 2011, dá o ordenamento da formação dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e comitês de mobilização social e de especialista de cada área temática (*Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, 2011; Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, 2012; Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012; Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012, 2012; Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013, 2013; Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, 2016*).

### **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD**

Revisitando a história e observando a forma como as pessoas com deficiências foram tratadas ao longo do tempo, certamente uma das maiores dívidas que o SUS tinha com os usuários era a oferta de serviços de qualificados para as pessoas com deficiências (PcD). No Brasil os cuidados à saúde das pessoas com deficiências adquiriram status de prioridade nas agendas de gestores e de profissionais das áreas da saúde e, ainda daqueles profissionais ligados aos direitos humanos, somente a partir do ano de 2011, por meio da Lei n. 12.470, do Decreto 7.612, e, no ano de 2012, das Portarias n. 793 e 835 e, ainda, da resolução n. 452. A partir desses marcos legais, tiveram início em nosso país a articulação da atenção à PcD (*Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, 2011; Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, 2012; Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012; Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012, 2012; Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013, 2013; Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, 2016*).

As deficiências configuram-se num fenômeno de ordem global e com frequência estão associadas à pobreza, impactando, exponencialmente a economia, a política, a cultura e a sociedade de maneira geral. Conforme dados fornecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aproximadamente 978 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum tipo de deficiência moderada e, 185 milhões algum tipo de deficiência grave até o ano de 2004. No Brasil, esse número atinge a grandeza de 45,6 milhões de pessoas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).

A RCPD como principal objetivo a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações transversais e intersetoriais em benefício das pessoas que apresentem algum tipo de deficiência, independentemente de sua natureza (*Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, 2011; Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, 2012; Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012; Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012, 2012; Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013, 2013; Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, 2016*).

O Viver sem Limites articula ações de 15 ministérios e, também do Conselho dos Direitos das Pessoas com Deficiências (Conade), um órgão superior, de deliberação colegiada criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidos a esse grupo social. Seus componentes estão distribuídos entre a Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (*Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011, 2011; Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, 2012; Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012; Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012, 2012; Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013, 2013; Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, 2016*).

Partindo do princípio de que pessoas com deficiências são aquelas que apresentam algum impedimento, à longo prazo, de alguma de suas funções, sejam elas de natureza física, intelectual, sensorial ou, ainda, dois ou mais impedimentos de naturezas distintas, e que, necessitam de intervenções que interajam com essas diversas barreiras, facilitando, dessa maneira, sua participação plena e efetiva no dia-a-dia da sociedade, deixando-as em condições de igualdade com as demais pessoas, pode-se, então, pensar que atender as demandas dessas pessoas em suas comunidades de origem configuram-se na melhor

estratégia assistencial, a fim de se pactuar propostas terapêuticas que atendam às demandas percebidas pelos atores sociais envolvidos nesse processo (Carvalho, Belmiro, Moura, Miranda, & Monteiro, 2017)

As deficiências configuram-se num fenômeno de ordem global e com frequência estão associadas à pobreza, impactando, exponencialmente a economia, a política, a cultura e a sociedade de maneira geral. Conforme dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), aproximadamente 978 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum tipo de deficiência moderada e, 185 milhões de pessoas apresentariam algum tipo de deficiência grave até o ano de 2004. No Brasil, esse número atinge a grandeza de 45,6 milhões de pessoas (Bastos, 2016).

No Brasil os cuidados à saúde das pessoas com deficiências adquiriram status de prioridade nas agendas de gestores e de profissionais das áreas da saúde e, ainda daqueles profissionais ligados aos direitos humanos, somente a partir do ano de 2011, por meio da Lei n. 12.470, do Decreto 7.612, e, no ano de 2012, das Portarias n. 793 e 835 e, ainda, da resolução n. 452. A partir desses marcos legais, tiveram início em nosso país a articulação da atenção à Pessoa com Deficiência (PcD) (Othero, & Dalmaso, 2009; Coura, Enders, Menezes, & França, 2013; Carvalho, Belmiro, Moura, Miranda, & Monteiro, 2017).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (RCPD) como principal objetivo a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações transversais e intersetoriais em benefício das pessoas que apresentem algum tipo de deficiência, independentemente de sua natureza (Kuschnir, & Chorny, 2010).

Alicerçados em conceitos como integralidade, inclusão, assistência usuário-centrada e em redes de atenção, a RCPD, prevê, dentre suas diretrizes, a contínua interlocução entre a APS e os serviços de saúde especializados, com vistas a garantir a implementação de ações de natureza intersetorial para os usuários do SUS, tendo por base um território adscrito e a garantia de acessos a todos os serviços que o usuário necessite a fim de satisfazer, em qualidade e quantidade, suas necessidades de saúde (Kuschnir, & Chorny, 2010; Carvalho, Belmiro, Moura, Miranda, & Monteiro, 2017).

### **Centro Especializado em Reabilitação - CER**

Complexo em sua natureza, o SUS tem como essência dos seus serviços a proposta de coordenação e articulação de ações de promoção e de prevenção com as ações de cura e de reabilitação (Gonzaga, & Ferreira, 2017; Giovanella, Franco, & Almeida, 2020).

A história nos mostra que as incapacidades, independentes de sua natureza, sejam estas físicas ou intelectuais, foram consideradas por muitos anos como atributos das pessoas das pessoas com deficiências, fortalecendo o estigma da deficiência, subjugando-as e colocando-as a margem da sociedade economicamente produtiva. Hoje essas incapacidades são consideradas como consequência de um conjunto complexo de situações e, não mais como um atributo ou uma marca que a pessoa com deficiência carregará durante toda sua caminhada, sendo abordadas, atualmente, nas suas dimensões biológica, individual e coletiva (Nascimento, Becker, Eiroz, & Camargo, 2018; Gugliano, Mendes, & Stein, 2020; Jantasch, Alves, Arrué, Toso & Neves, 2021; Melo, Gomes, Carvalho, Pereira, & Guabiraba, 2021).

Alicerçados em conceitos como integralidade, inclusão, assistência usuário-centrada e em redes de atenção, a RCPD, prevê, dentre suas diretrizes, a contínua interlocução entre a APS e os serviços de saúde especializados, com vistas a garantir a implementação de ações de natureza intersetorial para os usuários do SUS, tendo por base um território adscrito e a garantia de acessos a todos os serviços que o usuário necessite a fim de satisfazer, em qualidade e quantidade, suas necessidades de saúde (Nascimento, Becker, Eiroz, & Camargo, 2018; Gugliano, Mendes, & Stein, 2020; Jantasch, Alves, Arrué, Toso & Neves, 2021; Melo, Gomes, Carvalho, Pereira, & Guabiraba, 2021).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, considerado referência para a RAS dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações: CER II, composto por duas

modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual); CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e, CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual) (Serra, & Rodrigues, 2010; Melo, Criscuolo, & Viegas, 016).

As normativas responsáveis pelo estabelecimento dos requisitos mínimos necessários para os componentes da Atenção Especializada da RCPD estão previstas na Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. No presente documento, encontramos as informações necessárias para que os municípios ou instituições possam dar início aos trabalhos para a habilitação de um CER (Melo, Criscuolo, & Viegas, 2016).

Os atendimentos prestados pelo CER serão articulados de forma a articular todos os pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Poderá constituir local de pesquisa e de inovação tecnológica na área da reabilitação, tornando-se polo para a qualificação profissional no campo da reabilitação, utilizando como instrumento a educação permanente em saúde (Serra, & Rodrigues, 2010).

O PTS, por sua vez, deve ser uma construção coletiva, envolvendo a equipe de profissionais, o usuário e sua família. É elaborado levando em consideração as necessidades de saúde percebidas e referenciadas por cada usuário em específico, considerando, para isso, sua compreensão da vida, suas subjetividades e sua singularidade. Sua construção se dá de maneira horizontal, contemplando todos os atores sociais envolvidos no processo do cuidado. Deve considerar as tecnologias relacionais e a clínica ampliada, dentre as quais podemos citar o acolhimento, a escuta qualificada, empoderamento, vínculo, propondo, assim, o comprometimento processual de todos, assumindo, dessa maneira, um novo modo de assistência. Por meio da sua institucionalização, tem previsto, dentre os seus princípios e diretrizes, ser centrado nas necessidades do usuário-família-comunidade, oferta de reintegração na sociedade, respeitando, assim, os direitos do usuário enquanto cidadão e enquanto sujeito em condições de desenvolvimento de vida qualificada e integrada à sua realidade local diária (Serra, & Rodrigues, 2010; Nascimento, Becker, Eiroz, & Camargo, 2018; Gugliano, Mendes, & Stein, 2020; Jantasch, Alves, Arrué, Toso & Neves, 2021; Melo, Gomes, Carvalho, Pereira, & Guabiraba, 2021).

### **Sistema de Referência e Contrarreferência (RCR)**

A APS enquanto porta de entrada e ordenadora do SUS, possui importantes ferramentas gerenciais para a integralização da assistência prestada, garantindo, dessa maneira que os usuários sejam atendidos transversalmente, contemplando, assim, todas suas necessidades referidas e observadas.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas, considerado referência para a RAS dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual); CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e, CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual) (Mendes, 2011; Giovanella, Escorel, Lobato, Noronha, Carvalho, *et al.*, 2012; Giovanella, Franco, & Almeida, 2020).

Baseado no conceito de que as deficiências são consideradas como sendo desvios e/ou problemas, permanentes ou temporários, das funções, bem como, ainda nas estruturas do corpo, o CER II/UNESC, enquanto um dos componentes da RCPD, contempla 611.761 habitantes, população, esta, distribuída nos 27 (vinte e sete) municípios integrantes das regiões de saúde da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e da Associação dos Municípios do Extremo Sul



Catarinense (AMESC), prestando atendimento aos usuários do SUS que apresentem algum tipo de deficiência, sendo, esta, de natureza física/ostomizados, intelectual, ou até mesmo mais de uma dessas deficiências associadas, a fim de satisfazer suas necessidades de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2003; Gonçalves, Cruz, Oliveira, Moraes, Moreira, Rodrigues, *et al.*, 2014; Associação dos Municípios da Região Carbonífera, 2017; Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense, 2017).

A equipe de profissionais que atua no CER II/UNESC entende que a incapacidade desse sujeito é resultado da interação dele com o meio ambiente, o que ocasiona trocas de natureza bastante distintas, experienciadas pelos indivíduos, sempre relacionadas às atividades humanas. Essa equipe é composta por profissionais de distintas áreas do conhecimento e suas ações são executadas de acordo com as necessidades verificadas para cada usuário, sempre de acordo com o impacto que a deficiência exerce sobre sua funcionalidade (França, T. H., 2015).

Os pacientes chegam para tratamento de reabilitação no CER II/UNESC por meio do sistema de referência, encaminhados pelos municípios da AMREC/AMESC e contrarreferenciados, ao final, para seus municípios de origem.

A APS enquanto porta de entrada e ordenadora do SUS, possui importantes ferramentas gerenciais para a integralização da assistência prestada, garantindo, dessa maneira que os usuários sejam atendidos transversalmente, contemplando, assim, todas suas necessidades referidas e observadas. Dentre essas ferramentas encontra-se o sistema de referência e contrarreferência (RCR) que se caracteriza num importante dispositivo para sua viabilização já que orientam os fluxos dos atendimentos pelos diferentes níveis de atenção. O Ministério da Saúde (MS) define o RCR como dos pontos-chaves para a reorganização das EqSF (Machado, Colomé, & Beck, 2011; Melo, Criscuolo, & Viegas, 2016).

Ao organizar todos os encaminhamentos realizados pelos profissionais da AB, o RCR compõe a rede relacional no SUS ao articular os mais diversos pontos de atenção. As Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Equipes de Atenção Básica (EqAB) oportunizam, por meio desse sistema o acesso aos usuários, de maneira equânime e igualitárias, condições de acesso aos serviços de média e alta complexidades (Serra, & Rodrigues, 2010).

Inicia com a elaboração de um relatório pelo profissional que inicialmente presta assistência ao paciente, descrevendo os motivos pelo qual este procurou a APS, descrevendo, detalhadamente, as observações feitas por ele e as queixas relatadas pelo usuário. As observações relatadas pelo profissional devem contemplar a anamnese, o exame físico e exames auxiliares, caso os tenham. Esse relatório é entregue ao paciente/familiar/cuidador e orientado para que seja apresentado ao serviço para qual foi referenciado (Finkelsztejn, Acosta, Cristovam, Moraes, Kreuz, Sordi, *et al.*, 2009; Moura, Guimarães, Machado, Moura, Souza, Deus, *et al.*, 2015).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi de analisar a efetividade da interlocução existente em o Centro Especializado em Reabilitação (CER II/UNESC) e a APS dos municípios das regiões de saúde da região sul do Estado de Santa Catarina, por meio do sistema de referência e contrarreferência (RCR).

Ao organizar todos os encaminhamentos realizados pelos profissionais da AB, o RCR compõe a rede relacional no SUS ao articular os mais diversos pontos de atenção. As EqSF e EqAB oportunizam, por meio desse sistema o acesso aos usuários, de maneira equânime e igualitárias, condições de acesso aos serviços de média e alta complexidades (Finkelsztejn, Acosta, Cristovam, Moraes, Kreuz, Sordi, *et al.*, 2009; Moura, Guimarães, Machado, Moura, Souza, Deus, *et al.*, 2015).

Inicia com a elaboração de um relatório pelo profissional que inicialmente presta assistência ao paciente, descrevendo os motivos pelo qual este procurou a APS, descrevendo, detalhadamente, as observações feitas por ele e as queixas relatadas pelo usuário. As observações relatadas pelo profissional devem contemplar a anamnese, o exame físico e exames auxiliares, caso os tenham. Esse relatório, então, é entregue ao paciente e orientado para que seja apresentado ao serviço para qual foi referenciado.

Quando o paciente retorna para a continuidade de suas necessidades pela APS, o profissional que elabora a

contrarreferência encaminha-o à sua unidade de origem, informando seu diagnóstico e sugerindo um plano de cuidados que poderá ou não ser seguido pelo profissional que receberá esse paciente de volta. Havendo a necessidade da de cuidados/procedimentos mais complexos, a APS deverá trabalhar conjuntamente com o serviço especializado (Finkelsztejn, Acosta, Cristovam, Moraes, Kreuz, Sordi, *et al.*, 2009; Moura, Guimarães, Machado, Moura, Souza, *et al.*, 2015).

## 2. Metodologia

Acredita-se que a maioria dos pacientes que foram admitidos e assistidos através dos serviços profissionais específicos de reabilitação no CER II/UNESC encontram dificuldades para sua [re] inserção na APS após sua alta, ocasionando, dessa maneira, ruptura da assistência prestada durante o período em que permaneceram referido centro, ficando, dessa maneira, parcialmente desassistidos em suas necessidades de saúde, tendo, assim, assistência de apenas alguns dos profissionais dos quais necessitam.

Acredita-se, ainda, que, mesmo contrarreferenciados para à APS de origem, apenas uma pequena parcela dos pacientes admitidos e assistidos através dos serviços profissionais específicos de reabilitação no CER II/UNESC conseguiram ser [re] inseridos na APS e mantiveram suas necessidades de saúde assistidas através da atuação de todos os profissionais dos quais necessitavam.

Estudo transversal, do tipo retrospectivo, tendo como sujeitos de pesquisa os pacientes com processo patológico de origem neurofuncional, referenciados para o CER II/UNESC por um dos municípios das regiões de saúde da AMREC/AMESC, para tratamento de reabilitação após serem acometidos por episódio de acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo raquimedular (TRM), traumatismo cranioencefálico (TCE) e amputações (traumáticas ou não). Teve sua realização nas dependências do CER II/UNESC, anexo às Clínicas Integradas, na UNESC, no município de Criciúma, durante o período de 1º a 15 de setembro de 2017.

Os sujeitos de estudo foram encaminhados pelos 27 municípios que compõem a AMREC e AMESC para triagem no CER II/ UNESC e, posteriormente admitidos para aplicação dos protocolos de tratamento de reabilitação física durante o período compreendido entre 1º de junho de 2014 e 14 de maio de 2017. Foram escolhidos seguindo critério de intencionalidade, obedecendo-se os critérios de inclusão/exclusão e, ainda, as variáveis dependentes/independentes. Os critérios de inclusão referidos foram: a) pacientes encaminhados dos 27 municípios que compreendem as regiões de saúde da AMREC/AMESC; b) pacientes acometidos pelas seguintes patologias: acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo cranioencefálico (TCE); traumatismo raquimedular (TRM), amputação; c) pacientes com lesão considerada aguda (até doze meses de lesão); d) pacientes que permaneceram no CER II/UNESC até o final do tratamento, recebendo, dessa maneira, relatório de alta, sendo, dessa maneira, contrarreferenciados para a APS.

Já os critérios de exclusão utilizados podem ser definidos em: a) pacientes admitidos no CER II/ UNESC para Programa de Reabilitação (PRR Crônicos e PRR degenerativos), e/ou para atendimento em grupos; b) pacientes que não tenha sido possível a realização do contato telefônico por alteração em seus dados cadastrais (mudança dos números de telefones presentes em seus cadastros iniciais); c) recusa em participar da pesquisa; d) dez tentativas de contato telefônico sem sucesso.

Utilizou-se a técnica da entrevista semiestruturada para coleta dos dados, realizada por meio de inquérito telefônico. As entrevistas foram aplicadas a todos os pacientes que apresentaram alguma sequela de processo patológico de origem neurofuncional, levando-se em consideração os critérios de inclusão/exclusão descritos acima. Após aprovação do projeto pelo CEP/UNESC, iniciou-se a separação e análise dos prontuários daqueles pacientes que, a priori, se enquadravam nos critérios de inclusão/exclusão, o que nos deu uma amostra inicial de 49 sujeitos prováveis de pesquisa.

Inicialmente criou-se um banco de dados utilizando-se o software Microsoft Excel 2013. Ao final das entrevistas o banco de dados foi exportado para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 2.0, para conseguinte

análise estatística descritiva.

Para a coleta dos dados da pesquisa, se fizeram necessários contatos com os sujeitos do estudo pré-selecionados pelos critérios de inclusão/exclusão, através de ligações telefônica. A técnica empregada para a coleta de dados foi a entrevista, sendo esta gravada com auxílio de um gravador de voz digital MODELO R-70 da marca NOVACOM (o gravador foi conectado ao telefone de forma que tudo o que foi dito no telefone teve seu registrado sem cortes).

Logo que cada entrevistado atendeu a ligação foi lido o resumo do projeto de pesquisa, de forma sucinta e objetiva, para que o mesmo estivesse ciente de que se tratava o telefonema, em seguida foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde o paciente externalizou o aceite, ou não, em fazer parte da pesquisa, assim ficando registrado na gravação. Por último foi realizado o roteiro de perguntas.

Seguindo as etapas previstas para o projeto, iniciou-se o inquérito telefônico e nossa amostra ficou em 32 (65,30%) que preenchiam os critérios e aceitaram participar da pesquisa; 15 (30,62%) que preenchiam os critérios, mas o contato telefônico não foi possível e, dois (4,08%) que preenchiam os critérios, porém se negaram a participar. A amostragem, inicialmente de 49 pacientes, ficou, então em 32 pacientes.

Cabe dizer aqui, que o projeto de pesquisa seguiu todas as normativas ora vigentes no país no que compete às pesquisas que envolvam direta, ou indiretamente, o ser humano, as Resoluções 466/2012 e 510/2016 (*Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012; Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, 2016*).

O protocolo do estudo teve sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (CEP/UNESC) por meio do Parecer Consubstanciado n. 2.253.131 (CAEE 69112617.1.0000.0119).

### 3. Resultados e Discussão

A amostra do presente estudo ficou em 32 pacientes, sendo 71,9% (n=23) pacientes do sexo masculino, com média de idade de  $\pm 55,25$  anos, 46,9% (n=15) moram no município de Criciúma, 71,9% (n=19) aceitos no CER II/UNESC para tratamento de reabilitação pós AVE. O tempo decorrido entre a lesão e sua admissão no serviço foi de  $\pm 87,31$  dias e, de permanência  $\pm 224,91$  dias.

Dessa amostragem, 81,3% (n=26) relataram ter recebido nota de alta, sendo que 56,3% (n=18) não utilizou. 87,5% (n=26) inferem que não foram procurados pela APS para a continuidade da assistência inicialmente prestada e, desses, 56,3% (n=18) não tiveram encaminhamento para os serviços dos quais que foram referenciados no momento da alta. 62,5% (n=20) dos sujeitos do estudo relatam, ainda, necessitarem de alguma assistência, na sua maioria, de médico especialista (12,5%, n=4).

Segundo estudos, o processo de envelhecimento da população com a inversão da pirâmide etária, rápido processo de urbanização, adoção cada vez maior de estilos de vida pouco saudáveis e o crescente aumento dos índices de morbimortalidade por causas externas, contribuem para o crescente número de pessoas que apresentem alguma deficiência, sendo que as maiores taxas aparecem na faixa etária acima dos 65 anos de idade (Mendes, 2011).

O censo mais recente aponta que o Brasil apresenta 23,9% da sua população com alguma deficiência, e, destas, 67,73% apresenta uma deficiência, ao menos, em grau de severidade mais baixo, sendo 55,6% do sexo masculino e, 44,4% do sexo feminino. Desses, aproximadamente 7% apresentam deficiências físicas (Mendes, 2011).

Iniciou-se com a análise estatística do estudo com a variável idade, verificando que, dos sujeitos participantes do estudo, observamos que a média de idade dos pacientes atendidos no CER II/UNESC de  $\pm 55,25$  anos; a mediana ficou em  $\pm 56,50$  anos. O paciente mais novo que teve atendimento estava com 22 anos no momento de sua admissão, tendo o TRM como diagnóstico médico, enquanto que o paciente mais velho com 85 anos, esse, com diagnóstico médico de AVE.

Conforme a OMS, consideramos idoso o indivíduo acima de 65 anos de idade, nos países desenvolvidos e, acima dos 60 anos de idade nos países em desenvolvimento. Quando comparada as demais faixas etárias, os idosos formam a parcela da

população que mais cresceu, efeito, esse, que chamamos de envelhecimento populacional, sendo observada a predominância do sexo feminino (Malta, Stopa, Szwarcwald, Gomes, Silva, & Reis, 2013; Tavares, Sousa, Borges, Godinho, Freire, Neto, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, & Wehrmeister 2017).

Essa diferença na população idosa masculina e feminina se dá em função dos crescentes índices de mortalidade registrado no sexo masculino, principalmente na fase adulta jovem. A população masculina que apresenta alguma deficiência apresenta, conforme estudos, o trauma raquimedular, seguido das amputações como principal causa dessa deficiência (Malta, Stopa, Szwarcwald, Gomes, Silva, & Reis, 2013; Tavares, Sousa, Borges, Godinho, Freire, Neto, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, Wehrmeister, 2017).

No Brasil, estudos apontam que temos, hoje em dia, uma população estimada de 15 milhões de idosos, sendo que desse total, aproximadamente 67,7% apresentam algum tipo de deficiência, sendo as deficiências visuais e físicas as mais comumente encontradas. Com relação à variável sexo, a amostragem do estudo apresentou os seguintes resultados: 28,1% (n=9) atendidos no CER II/UNESC são do sexo feminino e 71,9% (n=23) são do sexo masculino, o que corrobora os estudos consultados 59,60. Outros estudos apontam que os coeficientes de mortalidade na população masculina são mais acentuados na faixa etária entre 50-59 anos, em função de doenças cerebrovasculares e neoplasias, já para a faixa etária compreendida entre os 20-49 anos de idade, visualizamos aumento nos coeficientes de morbidade, tendo como causa principal os as causas externas (Malta, Stopa, Szwarcwald, Gomes, Silva, & Reis, 2013; Tavares, Sousa, Borges, Godinho, Freire, Neto, 2016; Canuto, Nogueira, & Araújo, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, J. & Wehrmeister, 2017).

Conforme mencionado anteriormente, o CER II/UNESC atende pacientes dos 27 municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC e AMESC, totalizando, aproximadamente 611.761 habitantes. Quando analisamos a variável município de origem dos pacientes atendidos no CER II/UNESC, observamos que 6,3% (n=2) residem no município de Araranguá; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Arroio do Silva; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Gaivota; 3,1% (n=1) reside no município de Balneário Rincão; 12,5% (n=4) reside no município de Cocal do Sul; 46,9% (n=15) reside no município de Criciúma; 3,1% (n=1) reside no município de Ermo; 6,3% (n=2) reside no município de Forquilha; 3,1% (n=1) reside no município de Nova Veneza; 3,1% (n=1) reside no município de São João do Sul; 6,3% (n=2) reside no município de Siderópolis e, 3,1% (n=1) reside no município de Treviso.

Quando confrontadas isoladamente algumas das variáveis estudadas, observamos que a maioria dos pacientes que foram atendidos no CER II/UNESC apresentavam diagnóstico clínico de AVE (71,9%, n=19). No Brasil, o AVE representa a terceira causa de morbidade e, a segunda causa de mortalidade quando analisadas as doenças que acometem o sistema cardiovascular, representando  $\frac{1}{3}$  das mortes registradas (Canuto, Nogueira, & Araújo, 2016; Bandeira, Weiller, Silveira, Damaceno, & El Hodali, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, & Wehrmeister, 2017).

A amostra dos sujeitos do estudo, conforme o seu diagnóstico médico, é composta de 32 pacientes, assim distribuída: 12,5% (n=4) com diagnóstico de amputação de membros inferiores; 59,4% (n=19) com diagnóstico médico de Acidente Vascular Encefálico (AVE); 6,3% (n=2) com diagnóstico médico de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e, 21,9% (n=7) com diagnóstico médico de Traumatismo Raquimedular (TRM).

Autores inferem que as doenças crônicas não-transmissíveis (DNCT) correspondem ao montante de aproximadamente 70% das mortes e são responsáveis por maior parte das deficiências na população idosa. Projeções apontam que 1 a cada 6 pessoas terá um AVE, ocasionando, assim, importante impacto na economia, visto que os  $\frac{2}{3}$  restantes apresentam, ao final do processo, uma deficiência de longo prazo como seqüela (Malta, Stopa, Szwarcwald, Gomes, Silva, & Reis, 2013; Tavares,

Sousa, Borges, Godinho, Freire, Neto, 2016; Canuto, Nogueira, & Araújo, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, & Wehrmeister, 2017).

Em estudo semelhante, observou-se que 60,56% de homens e 39,44% mulheres, com predominância na faixa etária entre os 60-69 anos de idade tiveram ao menos um episódio de AVE. É considerada a doença crônica que mais causa incapacidades na população adulta, responsável por boa parte das deficiências, parciais ou incompletas, temporárias ou permanentes. Mesmo que os casos de AVE se caracterizem como os mais atendidos pelo CER II/UNESC, não podemos deixar de considerar os casos de TRM (n=7), seguidos das amputações (n=4) e de TCE (n=2), que, juntos, somam 40,7% dos atendimentos (n=13) (Canuto, Nogueira, & Araújo, 2016; Oliveira, Correa, Silva, Mozer, & Medeiros, 2017; Cruz, Ramires, Wendt, Mielke, Martinez-Mesa, & Wehrmeister, 2017).

Os indivíduos vitimados por acidentes de trânsito requerem assistência integral, não apenas no momento da adversidade, mas, também durante o período de hospitalização e de reabilitação, com vistas ao pleno restabelecimento clínico e do ponto de vista da funcionalidade, o que nem sempre é possível de acordo com a gravidade do acidente, fato, esse, que além das limitações/incapacidades físicas, acarretam sintomas de ordem psicossomática, isolamento social e sentimento de luto simbólico, experienciado por eles e por suas famílias, dificultando, assim, o processo de reabilitação (Caetano, Sampaio, & Costa, 2018; Cândido, Souza, & Oliveira, 2019; Barbosa, Pantoja, Barbosa, Loiola, Borges, Reis, *et al*, 2020).

O Brasil ocupa a quarta posição entre os 101 países com maiores índices no ranking das incapacidades causadas por lesões externas (aproximadamente 23 óbitos por 100 mil habitantes). As sequelas mais comumente encontradas nos indivíduos que sofrem um acidente de trânsito são TRM, TCE e as amputações, principalmente de membros inferiores. De maneira geral, os pacientes que são vítimas de TCE encontram-se na faixa etária compreendida entre os 20-29 anos de idade, ocasionando, assim, grande impacto socioeconômico, principalmente nos países mais pobres e naqueles que se encontram em desenvolvimento (Campoy, Rabeh, Nogueira, Vianna, & Miyazaki, 2012; Oliveira, Malheiros, Moreira, Garcia, Lima, Matos, *et al.*, 2015; Nogueira, Schoeller, Ramos, Padilha, Brehmer, & Marques, 2016).

Diversos estudos apontam a população masculina como a prevalente nos casos de TCE, sendo a proporção de 2,37:1 casos para o sexo feminino em São Paulo e, no território nacional 81,5% dos casos 62,65. Definido como qualquer tipo de agressão, gerada por forças externas, capazes de ocasionar lesões na anatomia do crânio e/ou encéfalo e comprometimento funcional, permanente ou temporário, o TCE é considerado um grave problema de saúde pública mundial, tendo em vista o público alvo mais comumente acometido (Campoy, Rabeh, Nogueira, Vianna, & Miyazaki, 2012; Oliveira, Malheiros, Moreira, Garcia, Lima, Matos, *et al.*, 2015; Nogueira, Schoeller, Ramos, Padilha, Brehmer, & Marques, 2016).

Em estudos utilizados como referência nesse trabalho, os autores caracterizam sua população de estudo envolvida em acidentes de trânsito como sendo do sexo masculino (91,5%), com média de idade em  $\pm 34,4$  anos, tendo motocicletas envolvidas (75,5%), e as fraturas como lesões mais comuns (Campoy, Rabeh, Nogueira, Vianna, & Miyazaki, 2012).

Em outro estudo, os autores relatam que as lesões medulares são as mais significativas, principalmente as paraplegias (23,7%), e as tetraplegias (10,8%), seguidas das amputações (15,11%)<sup>77</sup>. O trauma raquimedular caracteriza-se por incapacidades multifatoriais graves dependendo do nível neurológico da lesão<sup>79,80</sup>. Dentre as complicações mais comuns, observamos as cardiorrespiratórias; disreflexias autonômicas; disfunções gastrointestinais, urinárias e erétil; lesões por pressão e hipotensão ortostática. As perdas funcionais nos pacientes com TRM exigem medidas preventivas a fim de prevenir as complicações secundárias. As amputações, por sua vez, podem ser de origem traumática ou vasculares, sendo as primeiras, comumente encontradas em homens jovens, vítimas de acidentes automobilísticos, em pleno exercício laboral. Os acidentes de trânsito, além de ocasionarem a deficiência propriamente dita, são responsáveis pelas complicações secundárias, sendo necessário maior tempo durante o processo de reabilitação desses indivíduos (Chesani, Mezari, Lacerda, Mandy, & Nalin, 2018).



Pautada nos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), a equipe de profissionais do CER II/UNESC faz uso de dispositivos assistenciais que apresentam enquanto escopo as práticas de acolhimento usuariocentradas e nas necessidades por estes apresentados e referidas, desde as necessidades clínico-biológicas, passando as epidemiológicas e as psicossociais.

Dentre os dispositivos previstos na PNH, utilizados durante o processo de reabilitação dos pacientes no CER II/UNESC, podemos citar o PTS; o acolhimento; a postura ética e de cuidado, abertura humana, empática e respeitosa, com escuta qualificada; transversalidade no cuidado e saberes; protagonismo, autonomia e corresponsabilidade do sujeito/família durante o processo de reabilitação.

Conforme dito, quando o usuário é admitido no CER II/UNESC, a equipe, o paciente e seu cuidador/familiar, constroem o PTS inicial, traçando metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo. Essas metas envolvem todos os atores sociais reconhecidos no processo de reabilitação. O PTS, assim como outros dispositivos utilizados para o cuidado em saúde é considerado uma tecnologia leve.

As tecnologias leves são definidas pelo trabalho centrado no campo das relações, que dizem respeito ao acolhimento, ao vínculo, à autonomização, à responsabilização à gestão como meio de governar os processos de trabalho. Segundo autores essas tecnologias em saúde incluem os saberes utilizados para a produção do cuidado, os saberes necessários para a operacionalização e organização das ações humanas. Possuem, basicamente natureza relacional, subjetiva e informativa (tecnologias leves); os saberes agrupados em documentos, protocolos e manuais (tecnologias leve-duras) e, equipamentos e máquinas (tecnologias duras) (Freire, Louvison, Feuerwerker, Chioro, & Bertussi, 2020).

O PTS, por sua vez, é definido como o conjunto de objetivos, metas e ações, planejados, estabelecidos e executados por uma equipe multi e interdisciplinar e o usuário/família, com vistas ao processo de recuperação do sujeito/família desde o momento de sua admissão até o momento da sua alta. Ele rompe com as ações meramente normativas, contrapondo-se ao modelo biologicista até então tido como eixo condutor da assistência prestada. Dentre as metas estabelecidas inicialmente no PTS quando da admissão dos pacientes no CER II/UNESC, destaca-se o tempo mínimo de sua permanência no serviço. No que se refere ao tempo decorrido entre o início das lesões e o início da reabilitação, assim como o tempo de permanência dos pacientes com deficiências nos serviços de reabilitação, estudos relatam que o processo deverá ter início tão logo a lesão neurológica e as condições clínicas pós-lesão encontrem-se estabilizados, iniciando, ainda durante a fase de hospitalização desse indivíduo. As metas inicialmente estabelecidas são revistas continuamente, adequando-as às realidades percebidas durante todo o processo (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores *et al.*, 2011; Silva, Loccioni, Orlandini, Rodrigues, Peres, & Maftum, 2016; Rocha, & Lucena, 2018; Baptista, Camatta, Filippon, & Schneider 2020; Castaldelli, Curcio, & Alves, 2020).

Com relação à média de tempo de permanência dos pacientes atendidos no CER II/UNESC foi  $\pm 224,91$  dias e a mediana de 225 dias, sendo o tempo mínimo de 60 dias e o tempo máximo de 420 dias. Em estudo realizado na região nordeste do Brasil, os autores relatam que a média foi de  $\pm 74$  dias na rede pública, o que não difere muito do tempo decorrido até que os indivíduos iniciem seu tratamento de reabilitação no CER II/UNESC ( $\pm 87,31$  dias) 68, e o tempo de permanência no serviço ficou em média  $\pm 224,91$  dias.

Quando a equipe percebe o paciente atingiu as metas estabelecidas, inicia com o seu processo de alta. Esse processo é caracterizado pelas orientações ao paciente e sua família/cuidador, bem como elaboração do seu PTS final e sua nota de alta, ou, como conhecemos, a referência para sua unidade de saúde. No último encontro agendado a equipe faz a leitura desses documentos e esclarece as dúvidas que ainda possam existir. A nota de alta é impressa em 03 (três) vias, sendo uma entregue ao paciente, uma anexada ao prontuário e, a terceira enviada, via AR, à unidade de saúde de referência do usuário, efetivando, dessa maneira, o sistema de referência, concretizando, assim, o princípio da integralidade da atenção preconizado pelo SUS,

sistematizando, dessa maneira, os serviços assistenciais em complexidade crescente.

Dos 32 pacientes totais da amostra, 6,3% (n=2) não quiseram responder essa pergunta; 6,3% (n=2) relataram não ter recebido nota de alta no momento de suas altas; 6,3% (n=2) relatam não recordar se receberam, ou não, a nota de alta e, 81,3% (n=26) relataram ter recebido a nota de alta.

O sistema de referência e contrarreferência é preconizado, segundo autores, como um dispositivo de encaminhamento mútuo de pacientes, servindo de apoio à APS, entre os serviços de diferentes níveis de complexidade. Tendo a APS como porta de entrada do SUS, a referência deve ser utilizada quando esgotadas as possibilidades de satisfazer as necessidades apresentadas pelos usuários. Na média e alta complexidade a contrarreferência, deve ser utilizada para que esse usuário seja reinserido na atenção primária e tenha a continuidade do tratamento inicialmente prestado, tendo o seu território adscrito como responsável pela continuidade da assistência necessária<sup>90,91</sup>. Essa lógica, porém, muitas vezes encontra-se invertida, quando o paciente utiliza a média e alta complexidade como porta de entrada para o sistema, sendo, então a referenciado para os serviços de menor complexidade tecnológica (Nascimento, Becker, Eiroz, & Camargo, 2018; Vaz, Brito, Santos, Lima, Pimenta, & Collet, 2020; Sampson, Brondani, Piber, Hausen, Silva, Trindade, *et al.*, 2020; Oliveira, Silva, & Souza, 2021; Alencar, Correia, Sá, Vieira, & Deininger, 2021).

Com relação ao destino final que os pacientes deram à nota de alta (referência) fornecida pelo CER II/UNESC 15,6% (n=5) não quiseram responder o que fizeram; 56,2% (n=18) não utilizaram a nota de alta; 6,3% (n=2) utilizaram a nota de alta para Serviços de Fisioterapia; 9,4% (n=3) levaram a nota de alta para o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), na SMS de seus municípios de origem e, 12,5% (n=4) levaram a nota de alta para suas unidades de saúde de referência.

Conforme podemos observar, mais da metade dos pacientes atendidos (56,2%, n=18) não utilizaram a referência (nota de alta), esse importante dispositivo, fornecido pelo serviço ao final de seus tratamentos, deixando apenas para a APS a responsabilidade da continuidade de seus tratamentos, o que vai de encontro a um dos princípios norteadores da PNH, ou seja, o princípio da corresponsabilização (Nascimento, Becker, Eiroz, & Camargo, 2018; Vaz, Brito, Santos, Lima, Pimenta, & Collet, 2020; Sampson, Brondani, Piber, Hausen, Silva, Trindade, *et al.*, 2020; Oliveira, Silva, & Souza, 2021; Alencar, Correia, Sá, Vieira, & Deininger, 2021).

Os resultados da pesquisa demonstram que apenas uma pequena parcela dos pacientes (12,5%, n=4) levaram a nota de alta para que sua unidade de saúde de referência pudesse dar continuidade ao cuidado inicialmente prestado.

Já dissemos que a atenção básica (AB) é considerada como a porta de entrada para todo o sistema e deve ser a ordenadora e coordenadora de todos os processos necessários para a assistência aos usuários, porém tal fato não os isenta de sua parcela de responsabilidade no processo do seu próprio cuidado, sendo, ele, o principal ator nessa lógica (Fernandes, Nascimento, & Sousa, 2012; Correia, Goulart, & Furtado, 2017; Panizzi, Lacerda, Natal, & Franco 2017; Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017; Vasco, & Franco, 2017).

Na contramão do esperado para a AB, conseguimos observar esse processo de comunicação enfraquecido entre APS e usuário, já que, quando questionados sobre a APS ter lhes procurado depois da alta do CER II/UNESC, 6,3% (n=2) não quiseram responder essa pergunta; 87,5% (n=26) não foram procurados pela APS e, 12,5% (n=4) foram procurados pela APS. Conforme dito anteriormente, quando o paciente recebe alta do CER II/UNESC, uma das vias da referência é enviada para a APS por meio de AR, fazendo com que o sistema tenha conhecimento que este paciente se encontra sob sua responsabilidade novamente.

Mesmo a corresponsabilidade sendo um dos atributos necessários detalhados na PNH na relação usuário/atenção básica, não podemos desconsiderar que, segundo os dados obtidos na pesquisa, 81,3% (n=26) dos usuários relataram não terem sido procurados após retornarem para suas unidades de saúde de origem, fato, esse, bastante preocupante, pois supomos que as unidades de saúde conseguiriam facilmente entrar em contato com esse usuário através do que chamamos de busca ativa,

agendando, assim, uma consulta e, quando da impossibilidade deste usuário locomover-se até a unidade de saúde, uma visita domiciliar, a fim de diagnosticar as necessidades ainda apresentadas por ele, evitando, dessa maneira, a cronificação da diminuição da funcionalidade por eles apresentadas.

Observamos, porém, por meio dos dados expostos na tabela 10, uma fala que vai de encontro aos dados anteriormente encontrados na tabela 9, quando os pacientes foram interpelados sobre a atenção básica ter lhes procurado ou não depois da alta do CER II/UNESC, já que quando analisada essa variável, tivemos os seguintes resultados: 6,3% (n=2) não quiseram responder; 56,3% (n=18) não teve encaminhamentos por parte da APS; 3,1% (n=1) não recorda e, 34,4% (n=11) foram encaminhados pela APS.

Essa incoerência nas respostas obtidas quando comparadas a tabela 10 (34,4%, n=11, foram encaminhados pela APS) e 9 (n=26, não foram procurados pela APS) nos faz refletir que nem sempre as necessidades referidas pelos pacientes e as necessidades percebidas pelos profissionais são as mesmas.

No momento em que foram indagados para qual ponto da rede a APS lhes encaminhou após suas altas do CER II/UNESC, os pacientes relataram o seguinte: 65,2% (n=21) não quiseram responder; 3,1% (n=1) foi encaminhado para o Serviço Social; 15,6% (n=5) foram encaminhados para as clínicas de Fisioterapia credenciadas na SMS; 9,4% (n=3) foram encaminhados para o NASF e, 6,3% (n=2) foram encaminhados para a atenção especializada (médico neurologista).

Criadas no ano de 2008, as equipes do NASF se configuram em excelentes dispositivos dentro da rede para continuidade da assistência aos usuários do SUS. Sua finalidade principal é de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Equipes de Atenção Básica (EqAB). Atua de maneira integrada às equipes de saúde locais, tendo como principal função o apoio matricial às equipes de referência. Permite a discussão de casos dos pacientes por elas adscritas, construção conjunta do PTS, qualificando as ações locais de prevenção e de promoção da saúde, alterando os processos de trabalho, propondo, assim, uma nova maneira na produção do cuidado (Panizzi, Lacerda, Natal, & Franco 2017; Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017).

Se caracterizam por sua proposta de processo de trabalho pautado em práticas intersetoriais, ampliando, dessa maneira, as possibilidades de assistência, tendo como pilares a resolutividade, o território e a regionalização (Panizzi, Lacerda, Natal, & Franco 2017; Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017).

Os profissionais que compõem as equipes de NASF são definidos pelos gestores municipais, sendo necessário, para isso, o conhecimento da realidade local e as necessidades apresentadas pelos usuários, utilizando, para isso, os indicadores locais de saúde. Dentre esses profissionais podemos citar o fisioterapeuta, o acupunturista, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o profissional de educação física, o assistente social, o farmacêutico, o médico (psiquiatra, neurologista, homeopata, veterinário, ginecologista, pediatra, clínico, geriatra, pediatra) dentre outros (Panizzi, Lacerda, Natal, & Franco 2017; Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017).

Quando questionamos sobre a necessidade de algum atendimento que o paciente esteja necessitando após sua alta do CER II/UNESC, 6,3% (n=2) dos pacientes não responderam essa pergunta; 62,5% (n=20) dos pacientes disseram que não precisam de atendimentos e; 31,3% (n=10) relataram terem necessidade de atendimentos por algum serviço para os quais foram encaminhados.

Com relação aos serviços relatados pelos pacientes como sendo necessários, porém sem atendimento, temos: 65,6% (n=21) não responderam que serviços seriam esses; 3,1% (n=1) paciente relatou não ter atendimento para a aplicação de toxina botulínica; 12,5% (n=4) dos pacientes se queixam da falta dos atendimentos nas áreas de Fisioterapia/Fonoaudiologia; 15,7% (n=5) relata a falta de atendimentos com médico especializado (Neurologista) e, 3,1% (n=1) relatam não terem conseguido suas órteses.

As filas de espera para profissionais e serviços especializados em Brasil é bastante longa, não diferindo nas regiões de

saúde aos quais pertencem os sujeitos do estudo. Autores relatam que a densidade demográfica de médicos especialistas/1.000 habitantes cresceu nos últimos anos, passando de 1.12 em 1990 para 1.89 no ano de 2013, fazendo com que o Brasil fique em 39º lugar entre os países que disponibilizavam essas informações (Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017).

Observamos, porém, que esse quantitativo de profissionais e serviços ainda é pequeno frente as necessidades apresentadas pela população de maneira geral, visto ao planejamento ineficaz por parte dos gestores; das condições de trabalhos associadas aos rendimentos, o que faz com que muitos profissionais deixem de atender no SUS dedicando-se à rede privada e seus consultórios; da baixa qualidade dos encaminhamentos feitos pela APS para os serviços especializados em saúde, bem como o número crescente da população idosa e da população com deficiência (Oliveira, Gabriel, Dal Poz, & Dussault, 2017).

#### **4. Considerações Finais**

Os resultados obtidos com a pesquisa acabam por corroborar as hipóteses inicialmente estabelecidas quando do delineamento do estudo e nos permitem observar uma interlocução bastante fragilizada entre o CER II/UNESC e APS, bem como a ruptura da assistência quando o paciente/familiar recebe sua alta e é encaminhado para que a APS dê prosseguimento aos cuidados necessários para a recuperação de sua funcionalidade, fazendo, em muitos casos, que prognóstico desse usuário não alcance o nível possível de ser atingido.

As falas dos sujeitos do estudo evidenciam uma APS fragilizada dos pontos de vista dos processos de trabalho, processos de comunicação, estrutura, ambiência, recursos humanos em quantidade e qualificação necessárias, inexistência do atendimento multidisciplinar, mas, mais que isto, interdisciplinar. Evidenciam, ainda, a inexistência de linhas de cuidado e da articulação dos pontos de atenção dentro da própria rede.

Apenas lembrando um dos pontos dos processos de trabalho da equipe do referido centro de reabilitação, no último dia de atendimento desse paciente é realizada a leitura da nota de alta (referência) e do PTS final e orientado quanto a necessidade que esse paciente/família leve o documento na sua unidade de saúde de referência, mesmo que a equipe também o faça. Esse momento é uma tentativa da equipe de corresponsabilizar o paciente e tem por finalidade fortalecer os princípios doutrinários do SUS, posicionando esse usuário enquanto sujeito protagonista do seu cuidado, utilizando dois importantes dispositivos previstos na PNH (o PTS e o sistema de referência e contrarreferência).

Fica evidenciada, ao final desse trabalho, a necessidade que se tem pela continuidade desse processo avaliativo, a fim de que se possa alcançar a melhoria da interlocução entre o CER II/UNESC e a APS, possibilitando firmar ações conjuntas durante o processo de reabilitação, preparando esse paciente/família a sua reinserção na sua comunidade, favorecendo as intervenções necessárias a fim de que se possa potencializar seu processo de transição com sua nova realidade e sua relação com a rede, aumentando, consideravelmente, suas possibilidades de, Sugere-se, ainda, ações incluam esse sujeito no processo de interlocução em APS e demais pontos de atenção da rede.

Sugere-se que sejam realizados outros trabalhos abordando o sistema de referência e contrarreferência, analisando a situação atual desse dispositivo previsto para a efetivação do SUS, e sua utilização pelos profissionais atuantes no sistema. Sugere-se, ainda, que seja abordada a interlocução entre o referido sistema e a atenção secundária, como, por exemplo, os hospitais, pois percebe-se sua falta de utilização entre esses dois pontos de atenção, inviabilizando, dessa maneira, a continuidade do cuidado prestada por todos os atores envolvidos no processo.

#### **Referências**

Alencar, I. S., Correia, N. P. N., Sá, I. V. B. S., Vieira, J. T. & Deininger, L. S. C. (2021). Use of the singular therapeutic Project for practical and humanized learning by medical students. *Archives of Health*, 2(4), 1024-1027.

- Amaral, C. E. M. & Bosi, M. L. M. (2017). The challenge of health networks analysis in public health. *Saúde soc.*, 26(2), 424-434.
- Andrade, A. M., Brito, M. J. M., Silva, K. L., Montenegro, L. C., Caçador, B. S. & Freitas, L. F. C. (2013). Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.*, 34(1), 111-117.
- Arruda, C., Lopes, S. G. R., Koerich, M. H. A. L., Winck, D. R., Meirelles, B. H. S. & Mello, A. L. S. F. (2015). Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery*, 19(1), 169-173.
- Associação dos Municípios da Região Carbonífera – AMREC. (2017). <http://www.amrec.com.br>.
- Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense - (AMESC). (2017). <http://www.amesc.com.br>.
- Austregésilo, S. C., Leal, M. C. C., Figueiredo, N. & Góes, P. S. A. (2015). *Ciênc. saúde colet.*, 20(10), 3111-3120.
- Bandeira, D., Weiller, T. H., Silveira, T. F., Damaceno, A. N. & El Hodali, N. F. (2016). Attention user management with dependence of accident after-effects for care vascular brain. *Rev. APS*, 19(4), 575-581.
- Baptista, J. A., Camatta, M. W., Filippou, P. G. & Schneider, J. F. (2020). Singular therapeutic Project in mental health: an integrative review. *Rev Bras Enferm.*, 2020, 73(2):e20180508, 1-10.
- Barbosa, E. V., Pantoja, E. A. D., Barbosa, J. V., Loiola, B. M. M., Borges, A. A., Reis, P. F. S. *et al.* (2020). Health Education about the care network for persons with disabilities: experience report. *Braz. J. Hea. Rev.*, 3(4), 8644-8649.
- Bastos, A. C. A. C. (2016). A walk through time: the power of the religious aspects on the exclusion of persons with disabilities in ancient and medieval ages. *Revista Caminhando*, 21(1), 47-58.
- Belmiro, S. S. D. R., Miranda, F. A. N., Moura, I. B. L., Carvalho, S. R. & Monteiro, A. I. (2017). Practice of the primary health care nursing team towards children with disabilities. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(4), 1679-1686.
- Bom, B. M. (2020). Acesso de pessoas com deficiência a um Centro Especializado em Reabilitação do Extremo Sul Catarinense. Dissertação de mestrado, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.
- Caetano, L. A., Sampaio, R. F. & Costa, L. A. (2018). The expansion of rehabilitation services in the SUS in the light of the federal normative framework. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 29(3), 195-203.
- Campoy, L. T., Rabeh, S. A. N., Nogueira, P. C., Vianna, P. C. & Miyazaki, M. Y. (2012). Self-care practice for bowel functioning in a group of patients with spinal cord injury. *Acta Fisiatr.*, 19(4), 228-232.
- Cândido, K. P., Souza, J. C. & Oliveira, F. M. (2019). Profile of people with pressure injury in rehabilitation: relationship between braden and functional dependence. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87, 1-9.
- Canuto, M. A. O., Nogueira, L. T. & Araújo, T. M. E. (2016). Health-related quality of life after stroke. *Acta Paul Enferm.*, 29(3), 245-252.
- Carvalho, S. R., Belmiro, S. S. D. R., Moura, I. B. L., Miranda, F. A. N. & Monteiro, A. I. (2017). Practice of the primary health care nursing team towards children with disabilities. *REUOL*, 11(4), 1679-1686.
- Castaldelli, F. I., Curcio, B. F. & Alves, F. C. (2020). Elaboração do projeto terapêutico singular na Estratégia Saúde da Família. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*, 13, 22-32.
- Chesani, F. H., Mezari, T., Lacerda, L. L. V., Mandy, A. & Nalin, F. (2018). Quality of life perception of people with motor disability: differences between wheelchair dependent and ambulatory patients. *Fisioter Pesquis.*, 25(4), 418-424.
- Correia, P. C. I., Goulart, P. M. & Furtado, J. P. (2017). The Evaluability assessment of the Family Health Support Centers (NASF). *Saúde Debate*, 41(spe.), 345-359.
- Costa, R., Padilha, M. I., Amante, L. N., Costa, E. & Bock, L. F. (2009). Florence Nightingale's legacy: a travel in time. *Texto Contexto Enferm*, 18(4), 661-669.
- Coura, A. S., Enders, B. C., Menezes, R. M. P. & França, I. S. X. (2013). Contextual analysis of the domiciliary nursing consultation to individuals with spinal cord injury. *Rev Min Enferm.*, 17(4), 1000-1006.
- Cruz, M. F., Ramires, V. V., Wendt, A., Mielke, G. I., Martinez-Mesa, J. & Wehrmeister, F. C. (2017) Simultaneity of risk factors for chronic non-communicable diseases in the elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 33(2), 1-11.
- Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011 (2011). Instituto do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm)
- Erdmann, A. L., Andrade, S. R., Mello, A. L. S. F. & Drago, L. C. (2013). La atención secundaria en salud: mejores prácticas en la red de servicios. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 21(spec.), 21-28.
- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. São Paulo: Artes Médicas.
- Fernandes, T. L., Nascimento, C. M. B. & Sousa, F. O. S. (2012). Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Rev. CEFAC*, 15(1), 153-159.
- Finkelsztajn, A., Acosta, L. M. W., Cristovam, R. A., Moraes, G. S., Kreuz, M., Sordi, A. O. *et al.* (2009). Primary care ferrals for neurological evaluation in Porto Alegre, Brazil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 731-741.



- Fittipaldi, J., Neto, Braccialli, L. A. D. & Correa, M. E. S. H. (2018). Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 101-110.
- Fontenelle, R. S. (2020). Perfil dos usuários de um Centro Especializado em Reabilitação física e intelectual. Dissertação de mestrado, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, Brasil.
- França, T. H. (2014). A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. *RBHCS*, 6(11), 105-123.
- Freire, M. P., Louvison, M., Feuerwerker, L. C. M., Chioro, A. & Bertussi, D. (2020). Regulation of care in care networks: the importance of new technological arrangements. *Saúde. Soc. São Paulo*, 23(3):e190682, 1-9.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., Carvalho, A. I. et al. (2012). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. FIOCRUZ.
- Giovanella, L., Franco, C. M. & Almeida, P. F. (2020). National Primary Health Care Policy: where are we headed to? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475-1481.
- Gonçalves, C. R., Cruz, M. T., Oliveira, M. P., Morais, A. J. D., Moreira, K. S., Rodrigues, C. A. Q. et al. (2014). Human resources: critical factor for primary health networks. *Saúde debate*, 38(100), 26-34.
- Gonzaga, C. B. & Ferreira, G. N. (2017). Redes de Atenção à Saúde: um caminho na garantia da integralidade da atenção no SUS. *RIDAP*, 2(1), 12-26.
- Gugliano, A. A., Mendes, T. Z. & Stein, G. Q. (2020). Políticas públicas e direitos de pessoas com Deficiência no Brasil (1988-2016). *Campus Neutrais – Revista Latino-Americana de Relações Internacionais*, 2(1), 9-24.
- Gutierrez, P. J. B., Filho, Geraldo, T. D. L., Bento, G. G., Silva, F. C., Arancibia, B. E. A. & Silva, R. (2014). Quality of life of elderly with disabilities and physical activity in long-term institutions. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 17(1), 141-51.
- Jantasch, L. B., Alves, T. F., Arruê, A. M., Toso B. R. G. O. & Neves, E. T. (2021). Health care network (dis)articulation in late and moderate prematurity. *Rev Bras Enferm.*, 74(5), 1-9.
- Kantorski, L. P., Coimbra, V. C. C., Oliveira, N. A., Nunes, C. K., Pavani, F. M. & Sperb, L. C. S. O. (2017). Atención psicosocial infantojuvenil: interfaces con la red de salud del sistema de referencia y contra-referencia. *Texto Contexto Enferm*, 26(3):e1890014, 1-10.
- Kuschnir, R. & Chorny, A. H. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2307-2316.
- Machado, L. M., Colomé, J. S. & Beck, C. L. C. (2011). Estrategia de la salud de la familia y el sistema de referencia: um desafio a se enfrentado. *R. Enferm. UFSM*, 1(1), 31-40.
- Malta, D. C., Stopa, S. R., Szwarcwald, C. L., Gomes, N. L., Silva, J. B., Jr. & Reis, A. A. C. (2013). Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil – National Health Survey. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 18(suppl. 2), 3-16.
- Mazzuchello, F. R., Tuon, L., Simões, P. W., Mazon, J., Dagostin, V. S., Tomasi, C. D. et al (2016). Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. *O Mundo da Saúde*, 40(4), 418-432.
- Medeiros, L. S. P. (2017). Interlocução entre Centro Especializado em Reabilitação e Atenção Primária à Saúde. Dissertação de mestrado, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.
- Melo, D. F., Criscuolo, M. B. R. & Viegas, S. M. F. (2016). Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Rev Fund Care Online*, 8(4), 4896-4995.
- Melo, D. F., Criscuolo, M. B. R. & Viegas, S. M. F. (2016). Reference and counter-reference in everyday health care in Minas Gerais, Brazil: the support to decisions of primary care. *Rev Fund Care Online*, 8(4), 4896-4995.
- Melo, E. A., Gomes, G. G., Carvalho, J. O., Pereira, P. H. B. & Guabiraba, K. P. L. (2021). A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1), 1-26.
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Mocelin, G., Weigelt, L. D., Rezende, M. S., Borges, A. M., Dotto, R. F. & Krug, S. B. F. (2017). Melhoria de acesso e da qualidade na atenção básica em saúde: inserção da pessoa com deficiência. *CINERGIS*, 18(18), 1-5.
- Moura, J. A., Guimarães, M. M. M., Machado, F. S. M., Moura, E. P., Souza, B., Deus, L. M. C. et al. (2015). Evaluation of reference reports received in a university public service in Endocrinology in Belo Horizonte. *Rev. Med. Minas Gerais*, 25(2), 208-215.
- Nascimento, J. O. V. N., Becker, A. C., Eiroz, R. & Camargo, P. C. C. (2018). Discharge process mapping of surgical outpatients based on counter-referral of a high complexity public teaching hospital in the city of São Paulo. *Rev. Adm. Saúde*, 18(70), 1-17.
- Nogueira, G. C., Schoeller, S. D., Ramos, F. R. S., Padilha, M. I., Brehmer, L. C. F. & Marques, A. M. F. B. (2016). The disabled and Public Policy: the gap between intentions and actions. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3131-3142.
- Oliveira N. R. (2015). *Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes*. UNA-SUS/UFMA.
- Oliveira, A. P. C., Gabriel, M., Dal Poz, M. R. & Dussault, G. (2017). Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1165-1180.

- Oliveira, C. C. R. B., Silva, E. A. L. & Souza, M. K. B. (2021). Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(1):e310105, 1-23.
- Oliveira, C. M., Malheiros, J. A., Moreira, L. A., Garcia, L. A. O., Lima, T. O. L., Matos, S. S. *et al.* (2015). Epidemiologic profile of brachial plexus traumatic lesions in adults at an outpatient clinic in Minas Gerais. *Arq. Bras. Neurol.*, 3(35), 1-4.
- Oliveira, J. C. A. X., Correa, A. C. P., Silva, L. A., Mozer, M. T. & Medeiros, R. M. K. (2017). Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 22(2):e49724, 1-10.
- Oliveira, J. S. B., Suto, C. S. S. & Silva, R. S. (2016). Tecnologias leves como práticas de Enfermagem na Atenção Básica. *Rev. Saúde.com*, 12(2), 613-621.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2003). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457>.
- Othero, M. B. & Dalmaso, A. S. W. (2009). Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. *Interface (Botucatu)*, 13(28), 177-188.
- Pacheco, K. M. B. & Alves, V. L. R. (2007). The history of disability, from marginalization to social inclusion: a change in paradigm. *ACTA FISIAT*, 14(4), 242-248.
- Panizzi, M., Lacerda, J. T., Natal, S. & Franco T. B. (2017). Productive restructuring in health: performance and challenges of the Family Health Support Center. *Saúde em Debate*, 41(112), 155-170.
- Piccolo, G. M. & Mendes, E. G. (2013). Sobre formas e conteúdos: a deficiência como produção histórica. *Perspectiva*, 31(1), 283-315.
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., Flores, A. Z. T. *et al.* (2011). Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm*, 20(3), 493-302.
- Portaria n. 1.473, de 24 de julho de 2011 (2011). Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Brasília, DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1473_24_06_2011.html)
- Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013 (2013). Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303\\_28\\_06\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1303_28_06_2013.html)
- Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012 (2012). Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
- Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012 (2012). Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012). Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (2012), Brasília, DF. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016 (2016). Aprova as seguintes diretrizes Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rocha, E. N. & Lucena, A. F. (2018). Single Therapeutic Project and Nursing Process from na interdisciplinar care perspective. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2018, 39:e2017-0057, 1-11.
- Sampson, K. C., Brondani, A. S., Piber, V.D., Hausen, C. F., Silva, A. O., Trindade, A. V. *et al.* (2020). *Saúde (Santa Maria)*, 46(1), 1-9.
- Santos, A. M. & Giovanella, L. (2016). Family Health Strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil. *Saúde em Debate*, 40(108), 48-63.
- Serra, C. G. & Rodrigues, P. H. A. (2010). Evaluation of reference and counter-reference in the family health program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 3579-3586.
- Shimizu, H. E. (2013). Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das redes de atenção à saúde no Brasil. *Physis*, 23(4), 1101-1122.
- Silva V. G. O. & Ramos, F. R. S. (2011). La práctica integral del enfermero en el proceso del alta hospitalaria del niño: límites y potencialidades. *Texto Contexto Enferm.*, 20(2), 247-254.
- Silva, A. I., Loccioni, M. F. L., Orlandini, R. F., Rodrigues, J., Peres, G. M. & Maftum, M. A. (2016). Projeto Terapêutico Singular na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm.*, 21(3), 01-08.
- Storch, J. A., Borella, D. R., Harnisch, G. S., Frank, R. & Almeida, J. G. (2016). Auto-estima e autoimagem em idosos com deficiência. *Jorsen*, 16(1), 251-254.
- Tavares, C. B., Sousa, E. B., Borges, I. G. C., Godinho, A. A., Jr., Freire, N. G., Neto. (2016). Epidemiological profile of patients with cervical spine fractures treated surgically in the neurosurgery service at Hospital de Base do Distrito Federal (Brasília, Brazil). *Arquivos Brasileiros de Neurologia*, 35(1), 1-7.

Tavares, C. B., Sousa, E. B., Borges, I. G. C., Godinho, A. A., Jr. & Freire, N. G., Neto. (2016). Epidemiological profile of patients with cervical spine fractures treated surgically in the neurosurgery service at Hospital de Base do Distrito Federal (Brasília, Brazil). *Arquivos Brasileiros de Neurologia*, 35(1), 1-7.

Torrvalho, F. A. P. & Juliani, C. M. C. M. (2016). The system of reference and counter reference in attending teenagers: reality x completeness. *Rev. Enferm UFPE.*, 10(3), 1016-1021.

Vasco, C. C. & Franco, M. H. P. (2017). Individuos parapléjicos y el significado construido para la lesión medular en sus vidas. *Psicol. Cienc. Prof.*, 37(1), 119-131.

Vaz, E. M. C., Brito, T. S., Santos, M. C. S., Lima, P. M. V. M., Pimenta, E. A. G. & Collet, N. (2020). Referral and counter-referral of children condition: perception of mothers and secondary care professionals. *Rev enferm UERJ*, 2020, 28:e51186, 1-7.

Veras, R. P., Caldas, C. P., Motta, L. B., Lima, K. C., Siqueira, R. C., Rodrigues, R. T. S. V. *et al.* (2014). Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. *Rev. Saúde Pública*, 48(2), 1-8.