

## **A EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM REABILITAÇÃO COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL.**

Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Christianny Maria de Lima França, Gabriela Jacarandá Alves, Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo, Maria Katallini Alves Costa, Michelline Ribeiro Rodriguez, Sabrina Goursand de Freitas, Sandra Duarte Nobre Mauch, Sonia Regina Varela, Vaneide Teixeira de Luna

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir o processo de organização da rede de atenção em reabilitação do Distrito Federal que vem sendo proposta por um grupo de trabalho instituído no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do DF, e que tem como diretriz central a ênfase na Atenção Primária. Surgiu a partir da necessidade de se discutir a garantia do acesso da população a profissionais e serviços de saúde voltados à habilitação/reabilitação em todos os níveis de atenção e de se qualificar os serviços de atenção primária em saúde para o atendimento da pessoa com deficiência considerando sua singularidade, de modo a se afirmar os princípios constitucionais do SUS.

Diante do desafio, construiu-se um acúmulo de reflexões e práticas que permitiu identificar fragilidades e potencialidades deste processo, embasando a decisão de compartilhá-lo com vistas à ampliação do debate e, sobretudo, à conformação de ações que fortaleçam o SUS e a Atenção Primária. Apresenta-se neste trabalho um breve relato de como tem sido a experiência vivenciada pelo grupo, apoiado em bases teóricas norteadoras desta práxis.

Identificando esta experiência como inovadora no DF, busca-se contribuir para a produção do cuidado em saúde e o estabelecimento de redes de atenção em reabilitação, uma vez que estas encontram-se desarticuladas e precarizadas, dificultando portanto a construção da integralidade do cuidado, e, por conseguinte o papel da Saúde enquanto promotora de cidadania e inclusão social. Por fim, assume-se a intencionalidade deste grupo em transformar práticas hegemônicas, tanto no âmbito da gestão e da organização quanto no cotidiano das relações estabelecidas entre profissionais e a população, tendo a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção a ser potencializado.

## **Caracterização do problema**

Percebe-se que no DF, os serviços de reabilitação historicamente não configuram prioridade nas políticas de saúde. Embora existam serviços de referência de média e alta complexidade, de forma geral estes não conseguem garantir acesso à grande demanda da população, devido tanto à escassez de serviços e de profissionais, quanto à concentração em algumas regionais de saúde e total desassistência em outras. A falta de um plano gestor para a área demonstra como as ações carecem de planejamento, o que demanda um diagnóstico situacional apurado, bem como estabelecimento de critérios para monitoramento e avaliação constante dos serviços. Estas ações acabam por ser elaboradas isoladamente pelas unidades de saúde, dificultando o fluxo e a construção de informação em reabilitação, limitando a comunicação entre estes serviços, e principalmente com a Atenção Primária.

Considerando este nível de atenção, percebe-se que ações de reabilitação raramente são estruturadas no cotidiano dos profissionais dos Centros de Saúde ou mesmo das equipes de Saúde da Família. Esta constatação representou importante questão problematizadora para o grupo, que percebeu a necessidade de discutir concepção de saúde e de integralidade, e quais as bases sustentariam o estabelecimento de ações de reabilitação na Atenção Primária, considerando que esta deve ser responsável por cerca de 85% dos problemas de saúde, demandando sobretudo ações voltadas para a prevenção e a promoção da saúde.

Este debate permitiu o entendimento de que a concepção de reabilitação construída não se limitava à recuperação de problemas de saúde já instalados, mas também à garantia da qualidade de vida e à idéia de habilitação, caracterizando o que o grupo entende por cidadania.

Ainda em relação ao objeto do grupo, houve uma responsabilização pelas necessidades de saúde da pessoa com deficiência, e toda a complexidade envolvida no estabelecimento de ações e serviços de saúde a esta população vulnerável, que historicamente tem dificuldades de acesso ao cuidado em saúde no SUS. Com a criação da área técnica voltada para a atenção às populações em situação de vulnerabilidade, no

âmbito da atenção primária, criou-se um olhar diferenciado para as questões específicas da pessoa com deficiência.

Dessa forma, ao se identificar essa desigualdade no acesso à Atenção Primária, busca-se construir elementos que possam viabilizar a mudança desta realidade, no âmbito da gestão e da atenção à saúde. Neste sentido, a proposta de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF – no Distrito Federal foi entendida como uma ação estratégica para ampliar a abrangência e o escopo das ações na Atenção Primária, fortalecendo deste modo a Estratégia Saúde da Família – ESF, promovendo nesta a inserção de ações de reabilitação.

Buscou-se assim, afirmar os atributos da Atenção Primária, aproximando-a a atenção especializada, em busca da integração, imprescindível para que se alcance a assistência qualificada e apta para atuar na melhoria da qualidade de vida da população. O olhar ampliado que este tipo de atenção à saúde requer propicia o planejamento de ações desde a promoção da saúde e prevenção de agravos – que se inicia no pré-natal e parto, acompanhando o indivíduo ao longo de sua vida – até o tratamento reabilitador propriamente dito.

### **Descrição da experiência**

Foram estruturados encontros periódicos entre os membros do grupo de trabalho, de forma a compartilhar realidades e debater diferentes idéias. Este GT foi idealizado no segundo semestre de 2009 pela Gerência de Atenção à Saúde de populações em situação vulnerável. Também integram a Gerência de Gestão da Atenção Primária, Coordenação de Fonoaudiologia, Coordenação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Coordenação da Pessoa com deficiência, profissionais dos serviços e docentes. Inicialmente foi realizado um breve levantamento de como estavam organizados os serviços de referência em reabilitação, bem como as principais dificuldades e potencialidades identificadas pelas diversas áreas.

Iniciou-se o levantamento de referenciais teóricos que pudessem embasar o trabalho do grupo. Neste movimento, houve uma aproximação ao conceito de Reabilitação Baseada na Comunidade, a RBC, que promove a elaboração de ações com a participação de lideranças comunitárias, pessoas com deficiência, suas famílias e

outros cidadãos, na garantia da igualdade de oportunidades a todas as pessoas com deficiência da comunidade. A RBC está diretamente relacionada à idéia de integralidade, que quando associada ao cuidado, demanda a revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho historicamente desenvolvidos nos serviços de saúde. A noção de cuidado é uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como o direito de ser, que concebe o sofrimento como fruto da fragilidade social do ser humano. Neste sentido, a integralidade é também vista em sua dimensão política enquanto dispositivo de crítica de saberes e poderes instituídos, num cenário de disputa política em defesa da saúde como direito de cidadania de todos.

### **Efeitos alcançados**

A inserção do debate acerca da reabilitação e das necessidades de saúde da pessoa com deficiência na agenda da gestão do SUS e no campo das reflexões dos profissionais de saúde representa um importante efeito da ação deste GT. Ademais, aproximar as universidades deste processo permitiu não apenas qualificar o debate e a reflexão sobre a prática, como também fez com que a academia inserisse em seu projeto político pedagógico a proposta de educação pelo trabalho na Atenção Primária, o que certamente promoverá reflexos importantes na formação dos futuros profissionais. A problematização do que se entende por reabilitação neste nível de atenção é fruto desta aproximação, o que nos levou a adotar a idéia de Saúde Funcional, representando um rompimento com a lógica hegemônica da doença e da debilidade, consolidando assim nossa proposta de integralidade do cuidado.

Percebeu-se também a valorização da proposta de implantação dos NASF no Distrito Federal. Uma vez reconhecidas como estratégicas na construção de ações de Reabilitação/Saúde Funcional na ESF, estas equipes passaram a ser referência neste debate, exercendo um importante papel no fortalecimento das equipes de Saúde da Família.

Neste momento, a construção de protocolos de atenção e o estabelecimento de fluxos têm sido pensados, já que desenvolver ações na Atenção Primária demanda novos arranjos organizacionais orientados por novos paradigmas de atuação. Para tanto,

uma proposta de capacitação das equipes de saúde da família, bem como dos profissionais dos NASF, foi elaborada, devendo ser iniciada a partir do segundo semestre de 2010.

### **Recomendações**

A partir dessa experiência, reconhece-se a importância de se pautar o debate da reabilitação e da Saúde Funcional no campo da gestão da Saúde. Tendo em vista que essa proposta está voltada para o estabelecimento de ações de cuidado integral na Atenção Primária, há que se fazer uma análise crítica acerca da estruturação da rede de cuidados em todos os níveis de atenção. E deste modo, a gestão se articula diretamente com a produção do cuidado existente nas práticas de atenção, uma vez que não apenas a organização dos serviços deve ser frequentemente repensada, como também a formação dos profissionais. Neste sentido, a educação permanente é importante referencial para se atingir o propósito de transformar a realidade sanitária da população em seu território.

### **Bibliografia consultada**

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria GM nº 154, de 24 de jan. 2008.
2. CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, nº2, Fev. 2007.
3. MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS, ABRASCO, 2005. p. 33-46.
4. OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C.de; TISSI, M. C.; CASTRO, L. H.; FORMAGIO, S. Reabilitação baseada na Comunidade - discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 1999.

5. PINHEIRO, R & MATTOS, R.A. **Cuidado em Saúde: as fronteiras da integralidade**. CEPESC/ABRASCO/IMS-UERJ. Rio de Janeiro.3ª edição. 2005.
6. SOUSA, M. F. **Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.
7. SOUSA MF; HAMANN EM. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.
8. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.