

Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação

Potential changes in health practices: the perception of workers of a Rehabilitation Network in (trans)formation

Posibles cambios en las prácticas de salud: la percepción de los trabajadores de una Red de Rehabilitación en (trans)formación

Maria Angélica Alves¹, Fabiane Ferreira Ribeiro², Rosana Ferreira Sampaio³

RESUMO | A saúde da pessoa com deficiência alcançou prioridade na agenda do governo brasileiro, resultando na formulação de políticas específicas para esses usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). A criação de uma rede de cuidados à pessoa com deficiência e o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) estão entre as normativas recentemente publicadas. Esta pesquisa qualitativa examinou uma proposta de capacitação articulada entre Universidade Federal de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde, concebida para auxiliar a reorientação da Rede de Reabilitação de Belo Horizonte a partir do modelo da CIF. Teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais sobre suas experiências nos cenários do SUS à luz dos conhecimentos adquiridos sobre o modelo da CIF, e este como potencial de mudança das práticas cotidianas de trabalho e construção da Rede de Saúde. Utilizou-se análise documental, observação não participante e grupos focais. A análise de conteúdo permitiu identificar dois eixos temáticos: consonância entre trabalho e formação profissional e potência do modelo biopsicossocial para a organização da reabilitação. Os resultados revelaram distanciamento entre formação acadêmica e realidade de trabalho e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da forma de conceber constructos importantes para a reorientação

da reabilitação, como funcionalidade, contexto e a relação entre eles. O modelo assistencial vigente ainda encontra inconformidades para a coordenação integral do cuidado, mas motivação, conhecimento das políticas públicas e mudanças na formação de profissionais para o SUS podem facilitar a comunicação entre atores e serviços, favorecendo o trabalho em rede.

Descritores | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Educação Continuada; Centros de Reabilitação; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT | The health of disabled people reached a priority in the Brazilian government's agenda resulting in the formulation of specific policies for these users in the Brazilian Unified Health System (SUS). The creation of a care network for disabled people and the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) are among the regulations recently published. This qualitative study examined a proposal for coordinated training between the Federal University of Minas Gerais and the Municipal Secretariat of Health, designed to assist the reorientation of Belo Horizonte's Rehabilitation Network based on the ICF model. The study aimed at understanding the perception of health professionals regarding their experiences in SUS scenarios in the light of the knowledge

Estudo desenvolvido na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹Terapeuta Ocupacional, Mestre em Ciências da Reabilitação, Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Fisioterapeuta, Doutora em Saúde Pública Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Doutora em Saúde Pública Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

acquired about ICF, as a change in potential of the daily working practices and the construction of the Health Network. For such results, we used document analysis, non-participant observation and focus groups. Content analysis allowed identifying two main themes: harmony between work and professional development and power of the bio psychosocial model for the organization of rehabilitation. The results revealed a gap between academic professional development and the reality of work and, at the same time, a process of transformation in the way important constructs for the reorientation of rehabilitation are conceived, such as functionality, context and the relation between them. The current health care model still meets with non-conformities to the full coordination of care, however, motivation, knowledge of public policies and changes in the professional development of SUS can favor communication between agents and services, thus fostering networking.

Keywords | International Classification of Functioning, Disability and Health; Education, Continuing; Rehabilitation Centers; Integrality in Health.

RESUMEN | La salud de las personas con discapacidad fue prioridad en la agenda del gobierno brasileño resultando en la formulación de políticas específicas para estos usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). La creación de una red de atención a personas con discapacidad y el uso de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se encuentran entre las normativas recién

publicadas. Este estudio cualitativo examinó una propuesta de formación coordinada entre la Universidade Federal de Minas Gerais y la Secretaria Municipal de Salud, diseñada para ayudar a la reorientación de la Red de Rehabilitación de Belo Horizonte, Brasil, partiendo del modelo CIF. El objetivo fue conocer la percepción de los profesionales de salud con respecto a sus experiencias en los escenarios del SUS, en vista de los conocimientos adquiridos acerca del CIF como un posible cambio de las prácticas de trabajo diarias y la construcción de la Red de Salud. Se utilizó el análisis de documentos, la observación no participante y grupos de enfoque. El análisis de contenido nos permitió identificar dos ejes temáticos: la armonía entre el trabajo y la formación profesional, y la potencia del modelo biopsicosocial para la organización de la rehabilitación. Los resultados revelaron una brecha entre la formación académica y la realidad del trabajo y un proceso de transformación en la manera de concebir constructos importantes para la reorientación de la rehabilitación, como la funcionalidad, el contexto y la relación entre los mismos. El modelo de atención actual sigue deficiente para la plena coordinación de la atención, sin embargo, la motivación, el conocimiento de las políticas públicas y los cambios en la formación de profesionales para el SUS pueden facilitar la comunicación entre los agentes y servicios, favoreciendo el trabajo en red.

Palabras clave | Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; Educación Continua; Centros de Rehabilitación; Integralidad en Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde da pessoa com deficiência alcançou prioridade nos últimos anos, o que resultou em políticas visando à construção de serviços coerentes com as doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2012 foram publicadas as portarias nº 793¹, que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e nº 835², que institui regras de financiamento para estruturar serviços e capacitar profissionais. No mesmo ano foi publicada a Resolução nº 452³, instituindo o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS. Essas normativas certificam iniciativas que fortalecem os princípios de Universalidade e Integralidade, ampliando o direito ao cuidado do usuário com deficiência, reorganizando esse cuidado e propondo um modelo biopsicossocial para nortear essas mudanças.

Nessa lógica, os Centros de Reabilitação (CER) passam a ser espaços de articulação com outros pontos de atenção do SUS⁴. Essa reorientação da prática precisa ultrapassar questões organizacionais e atingir os profissionais no que se refere às concepções coletivas do processo saúde-doença⁵ e do conceito de deficiência. Nesses aspectos, a CIF pode contribuir singularmente.

O modelo teórico da CIF⁶ concebe a saúde e a funcionalidade humana como o resultado de uma interação complexa e dinâmica envolvendo indivíduo e contexto, não se restringindo às questões biológicas. Indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem apresentar níveis de funcionalidade distintos, enquanto outros, com o mesmo nível de funcionalidade, podem não compartilhar o mesmo diagnóstico^{7,8}. Assim, vários são os domínios da vida que influenciam a funcionalidade, o que faz da Rede uma alternativa promissora para a integralidade da atenção.

Nesse sentido, a política do Ministério da Saúde (MS) voltada para a inclusão no SUS das pessoas com deficiência define abordagens que vão da prevenção à proteção da saúde, passando pela reabilitação⁹. Apesar dos avanços, a assistência em reabilitação no país apresenta fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações. São adotadas diferentes concepções de constructos fundamentais que geram normas distintas e sobrepostas para o funcionamento dos serviços¹⁰.

Em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte (BH) deu início à integração dos serviços de reabilitação¹¹, organizando a informação e qualificando os trabalhadores¹². Atualmente, conta com 557 trabalhadores, organizados em equipes nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e CER. A rede incorpora serviços privados e o Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB). Apesar de legalmente integrados, esses serviços e seus profissionais têm encontrado dificuldades de comunicação, comprometendo a consolidação da rede.

Assim, por iniciativa da Coordenação de Reabilitação, em parceria com o Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho da Universidade Federal de Minas Gerais (NEPIT/UFMG), foi proposta a capacitação “Reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH, com base na CIF”¹². Sua elaboração esteve ancorada no entendimento de que, para a reorientação do modelo assistencial de forma a contemplar a integralidade, era imprescindível o alinhamento de conceitos fundamentais entre os profissionais de reabilitação, além do desenvolvimento de habilidades que estimulassem novas formas de conceber a funcionalidade humana e que pudessem ser concretizadas no cotidiano dos serviços.

Diante dessa perspectiva, o objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção de profissionais sobre suas experiências nos cenários do SUS à luz dos conhecimentos adquiridos sobre o modelo da CIF, e sobre este como potencial de mudança das práticas cotidianas de trabalho e construção da Rede de Saúde.

METODOLOGIA

Delimitação da unidade-caso

Um estudo de caso de abordagem qualitativa foi desenvolvido com um grupo de profissionais de saúde que representavam os trabalhadores da Rede de

Reabilitação de BH. Esses profissionais haviam passado por uma capacitação cujo objetivo foi propiciar a reflexão crítica do modelo assistencial da reabilitação, alterando o foco do cuidado da doença para a funcionalidade, buscando a integralidade da atenção.

A capacitação

O eixo orientador desse processo de formação, realizado no período de março a novembro de 2012, esteve ancorado nas premissas que norteiam a reabilitação na rede pública e no modelo biopsicossocial da CIF.

Participaram 61 profissionais (multiplicadores) dos vários serviços que compõem a rede, indicados pela coordenação de reabilitação. Os conteúdos foram discutidos em oito oficinas presenciais, ensino a distância e consultoria no ambiente de trabalho, e foram replicados pelos multiplicadores em seus serviços para os profissionais que não participaram presencialmente das oficinas.

Amostragem, coleta e tratamento dos dados

Amostragem intencional foi realizada a partir do universo de trabalhadores da Rede de Reabilitação de BH, com a seleção de 21 profissionais para este estudo. Foram incluídos tanto multiplicadores quanto profissionais que não participaram presencialmente das oficinas.

Os dados foram coletados entre março de 2012 e novembro de 2013, utilizando-se estudo documental, observação não participante e grupos focais. O primeiro incluiu relatórios, registros das oficinas, reuniões de trabalho da equipe e avaliação das atividades, e auxiliou na identificação das políticas/legislação relativas à reabilitação e dos modelos assistenciais adotados.

A observação não participante¹³ foi realizada durante os encontros presenciais e favoreceu a aproximação do pesquisador com o contexto de aprendizagem ao longo do processo de capacitação. Os três grupos focais foram realizados com sete, nove e cinco participantes, respectivamente. Cada grupo, com duração de duas horas, foi formado por profissionais de um CER, os NASF de referência e um membro do HMOB. Foram coordenados por um sociólogo, auxiliado por três observadores, responsáveis pela relatoria e pelo monitoramento dos equipamentos utilizados na coleta. A condução dos grupos focais se deu a partir de três itens-âncora: realidade de trabalho

e formação; conceitos de rede integrada de assistência e a Rede de Reabilitação em BH; e potencialidades da CIF para a implantação do modelo biopsicossocial no município.

Após a transcrição das gravações, utilizou-se análise de conteúdo¹⁴ para identificar categorias pertinentes.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética da UFMG e da SMSA/BH, pareceres nº 399.328 e 408.479.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 21 profissionais que compuseram os grupos focais, 90,5% eram mulheres, com idade entre 29 e 54 anos e tempo médio de trabalho na SMSA de seis anos. A maioria desenvolvia suas atividades nos NASF (57,1%) e CER (28,6%). A distribuição por ocupação foi: dez fisioterapeutas, quatro fonoaudiólogos, quatro terapeutas ocupacionais, um assistente social, um psicólogo e um farmacêutico. O tempo médio decorrido desde a conclusão da graduação foi de 14 anos, e mais da metade (66,7%) relatou ter pós-graduação em Saúde Pública.

Reabilitação em rede: desafios em duas temáticas

A análise de conteúdo permitiu identificar dois eixos temáticos apresentados a seguir. A identificação das narrativas será feita pela especificação do grupo focal do qual foram retiradas (GF1, GF2 ou GF3).

Tema 1 – Consonância entre trabalho e formação profissional: o contexto da reabilitação

Foram reveladas situações que ajudam a contextualizar a reabilitação em BH, evidenciando pontos positivos e vivências bastante desafiadoras. As discussões destacaram potencialidades e o alcance do trabalho no SUS, qualificando as atividades como diversificadas, dinâmicas e criativas.

Os trabalhadores dos NASF ressaltaram as características das atividades cotidianas que possibilitam trabalhos interdisciplinares, visitas domiciliares, atendimentos individuais e em grupos. Assim, o prazer da criatividade no trabalho se apresenta pela possibilidade de realizar as tarefas com liberdade, sem deixar de cumprir os compromissos, inovando e transformando a

“maneira de fazer”: “*Eu acho sensacional essa questão de ser dinâmico o trabalho, de mudar o tempo todo, cada vez tá em um lugar fazendo uma coisa, conhecendo pessoas*” (GF3).

A organização dos processos de trabalho na atenção básica tem como eixo a integralidade, com ampla variedade de ações¹⁵. O prazer na troca de experiências gera uma aprendizagem constante e foi bastante valorizado, reafirmando a potência do trabalho em pares e com outros profissionais, compartilhando dificuldades e ajuda mútua.

Os trabalhadores dos CER, por sua vez, destacaram a autonomia na gestão e na assistência, e o fato de serem servidores públicos:

Eu gosto de trabalhar no serviço público porque eu acho muito dinâmico, me dá muita possibilidade de fazer coisas diferentes, de sair daquela rotina. [...] eu trabalho há 30 anos num lugar só e é como se eu trabalhasse em vários lugares diferentes (GF2).

Foram identificados aspectos desafiadores no trabalho, como a falta de infraestrutura física, que representa um problema no conforto pessoal e uma barreira para a execução de atividades. A estrutura física, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, é bastante distinta, coexistindo espaços em prédios adaptados e construções novas. Foram mencionados problemas como a falta de espaço para acomodar a equipe de reabilitação e para os acolhimentos e atendimentos em grupos e, ainda, a escassez de transporte para as visitas domiciliares: “*Muitas vezes, eu tenho um centro de saúde que tem uma demanda enorme e eu não consigo avaliar porque não tem sala [...] visita domiciliar mais longe, se eu ficar dependendo do carro, é muito complicado*” (GF1).

O número de profissionais na atenção básica cresceu com o Programa de Saúde da Família (PSF) e as equipes de NASF, o que tem suscitado dificuldades estruturais para alocação dos profissionais. Os trabalhadores revelaram que problemas dessa ordem contaminam o cotidiano de trabalho, provocando conflitos e insatisfação: “*eu acho que são coisas que vêm de política, que é avanço, mas os recursos materiais, a questão de espaço físico, ela não está acompanhando*” (GF2).

A alta rotatividade de profissionais nas equipes foi citada como “*dificultadora*” por fragilizar vínculos, o que pode refletir negativamente nas ações para a comunidade e nos trabalhos em equipe. De acordo com dados de pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego no PSF, 60% dos médicos,

por exemplo, ficam menos de dois anos no posto de trabalho¹⁶. Além disso, outros profissionais que ingressam no setor público com vínculo de contrato aprendem todo o processo de trabalho, permanecem por curto período e são substituídos por profissionais sem experiência no SUS:

A gente tem um grande problema que é a questão da rotatividade na rede. Você faz o processo, cria o vínculo, uma rede e aí muda médico, enfermeiro, todo o Centro de Saúde e tem que recomeçar tudo de novo. Chega a ser cansativo! Ficar falando de novo: NASF é isso, matriciamento é isso, aí a pessoa fica dois meses e sai [...], e você recomeça o trabalho (GF3).

A descontinuidade da gestão também gera insatisfação. É desafiador desenvolver ações que são apresentadas como importantes e, repentinamente, modificam-se devido à mudança do gestor, ocasionando descontinuidade da assistência e descrédito dos usuários:

Muda a gestão, vai mudar tudo, e a gente vai ter que fazer outra coisa. Vai aparecer um novo projeto, eles vão jogar na gente, e a gente vai ter que começar a trabalhar com outra coisa. Então esse sentimento. Começam-se as coisas na prefeitura e elas não têm continuidade (GF3).

A gente está sempre “trocando pneu com o carro andando” (GF2).

Apesar de terem apontado muitos desafios e dificuldades, os trabalhadores ressaltaram avanços nos processos de trabalho a partir da criação do NASF. Esse fato tem permitido maior articulação entre as equipes de saúde da família e de reabilitação, compreensão das ações e definição de papéis, propiciando aos profissionais um sentimento de pertencimento, valorização e reconhecimento, tanto pela comunidade como pela equipe de saúde:

A criação do NASF foi um grande avanço pra reabilitação, porque levou esse profissional para a atenção básica. A gente não é visto mais como uma equipe de fora, mas como parte daquela equipe, como parte do cuidado do usuário, como coordenador do cuidado. Consigo perceber que a equipe tem uma compreensão melhor que a gente tá lá como parceiro e busca a gente pra discutir os casos, pra fazer, planejar, fazer plano terapêutico do paciente. (GF2)

Em BH, a reabilitação já se estrutura em rede, combinando as ações de seus serviços nos vários níveis de atenção, tendo a integralidade como meta. Porém, foram apontadas lacunas que têm impactado a consolidação da rede, como o fato dos profissionais estarem pouco familiarizados com o sistema local de saúde. Esses trabalhadores concluem a graduação, supostamente aptos a atender a uma diversidade de casos e a desenvolver atividades multidisciplinares no serviço público. No entanto, observaram-se imprecisões conceituais, simplificação do entendimento da organização do trabalho e conhecimento restrito sobre o SUS, o que faz que o profissional compreenda as demandas do usuário apenas no contexto de sua profissão: “o reconhecimento das políticas vai muito do esforço pessoal. Entra um novato e não é trabalhado a fundo as políticas... é uma repetição sem reflexão” (GF3).

Segundo Filho¹⁷, são necessários novos modelos de formação que empoderem os sujeitos para além de suas competências tecnológicas. O profissional precisa ter a oportunidade de desenvolver sua criatividade, autonomia e habilidades que o capacitem a trabalhar em equipe de forma resolutiva e engajada na promoção da saúde, uma vez que o atual modelo, descontextualizado das questões epidemiológicas e demográficas, não atende às necessidades das pessoas, nem ao processo de trabalho em saúde¹⁸. Nesse sentido, vêm sendo propostas novas estruturas curriculares na graduação das diferentes profissões da saúde, residência multiprofissional no âmbito do SUS e cursos de pós-graduação, o que poderá repercutir positivamente no problema¹⁹.

Constatada a necessidade de mudança na formação profissional, evidencia-se que os serviços quase sempre precisam adequar os trabalhadores à lógica de organização do trabalho e sensibilizá-los quanto às políticas institucionais e locais. Nesse sentido, foi destacada a importância e a fragilidade do treinamento ao ingressarem no serviço público em BH. Para alguns, as informações que recebem no serviço acabam sendo a primeira aproximação com as políticas públicas, programas e projetos em andamento no município:

Quando as pessoas entram e tem o momento de capacitação, um encontro de sensibilização, de capacitação do serviço inicial, as coisas são colocadas, mas isso não é trabalhado muitas vezes a fundo, fica de cada um levar aquele material, ler e pesquisar (GF3).

Ainda que esses treinamentos tenham sido percebidos positivamente pelos profissionais, eles representam uma tentativa de suprir lacunas na formação profissional, o que significa repassar ao município atribuições das instituições formadoras.

Dessa forma, embora motivados para o trabalho, problemas de ordem estrutural e organizacional dificultam o funcionamento da rede. Além disso, a formação de profissionais de reabilitação com habilidades insuficientes para atuar no SUS parece impactar a comunicação em seu sentido mais amplo.

Tema 2 – Potência do modelo biopsicossocial para a organização da rede: ativação de mudanças

A proposição de uma pauta de prioridades na atenção básica em prol da construção do trabalho em redes de atenção à saúde vem se mostrando um desafio para os municípios brasileiros. Em BH, os serviços de reabilitação vêm tentando superar dilemas operacionais para avançar. Os trabalhadores percebem de forma positiva a estratégia do cuidado em rede, sendo possível identificar uma construção conceitual em relação ao tema:

A rede não é um organograma, é um organismo vivo, depende das pessoas. Rede é intersetorial para garantir o conceito amplo de saúde. Sua construção é um avanço. [...] fazer a rede é um desafio (GF2).

Na visão dos participantes, a rede de cuidados em reabilitação, embora frágil, já aponta uma nova forma de realizar ações nos serviços prestados:

À medida que a gente vai se deparando com as práticas, vai questionando o próprio modelo que a gente carrega e a política que ele tem, e vai tentando construir possibilidades (GF2).

E nós, no serviço, chegamos até determinado ponto e falamos: até aqui eu vou. Daqui eu tenho que me comunicar com outro serviço, com outro colega, e isso força esse movimento (GF1).

A capacitação aqui examinada criou espaços de discussões que permitiram aos profissionais rever e repensar o lugar da reabilitação na lógica da organização por complexidade do SUS, a relação estabelecida entre si e com os outros equipamentos de saúde e, ainda, os processos de trabalho e a comunicação entre os profissionais: “Rede não existe sem encontro; o encontro

fortalece a rede. Estamos caminhando para fortalecer a rede? Estamos nos encontrando de fato?” (GF2).

Conhecer as ações que são realizadas nos diferentes equipamentos de saúde, compreender o funcionamento de todos os “nós” da rede e a maneira como estes são potentes e resolutivos na mobilização do usuário em suas necessidades também foram objetos de reflexão nos grupos focais:

O usuário não está em um ponto só, compreender isto é muito importante. Existe uma frase bordão entre nós: “o usuário está perdido na rede”. Um não sabe receber, o outro não sabe encaminhar (GF2).

Eu acho a rede desconectada, mas entre CREAB e NASF melhorou muito o contato depois da capacitação (GF1).

Embora os profissionais se sintam mais qualificados após a capacitação e seja possível identificar e elencar avanços, muitos ainda resumem seu entendimento da rede a possibilidades de encaminhamento de usuários, sem que ninguém assuma a responsabilidade por sua assistência:

Temos alguns buracos também. Às vezes eu vejo chegando um paciente com determinada coisa e ninguém atende na rede: vai pra um, vai pra outro. Eu fico pensando: gente, como é que fica esse usuário? [...] O matriciamento é só passagem de caso, encaminhamento. O perfil dos profissionais é inadequado (GF1).

Essas questões nos remetem novamente à formação profissional, reforçando a constatação de que, historicamente, o modelo que acompanha esses profissionais traz características modeladoras de práticas, tais como: foco na doença; busca pela normalidade definida por parâmetros externos ao sujeito; ações fragmentadas e individualizadas; pouca experiência de trabalho em equipe e uma visão restrita do usuário em seu papel apenas de paciente¹⁹. Os grupos focais mostraram que essas premissas ainda exercem significativa influência no processo diário de trabalho e permeiam as normatizações definidas pela SMSA, que amarram e dificultam a concretização de mudanças.

A gente ainda trabalha com o modelo do diagnóstico. Pra eu encaminhar o paciente, não posso colocar o modelo de funcionalidade; preciso ter o diagnóstico. Tem que ser

o diagnóstico, é médico! [...] A lógica toda do sistema é voltada para atendimento médico, para número de consultas, para questão da cura (GF1).

Ao prover um marco teórico que busca identificar e entender as necessidades individuais de forma integral, a CIF aponta para o desenvolvimento de serviços mais completos e necessariamente interligados, o que faz da comunicação habilidade imprescindível, principalmente no que diz respeito ao modelo assistencial. Portanto, é desafiadora a constatação de que profissionais da ESF e mesmo usuários seguem demandando procedimentos tradicionais de reabilitação: “O desafio é compartilhar a visão de funcionalidade com outros profissionais, que estão presos ao modelo médico” (GF1). Se o modelo assistencial vigente ainda encontra inconformidades para a coordenação integral do cuidado e, conseqüentemente, ineficiência para a construção das redes de cuidado à pessoa com deficiência, qual seria então a alternativa^{1,7}? O modelo biopsicossocial seria uma estratégia para operacionalizar a rede^{6,8,20}? Assumir os pressupostos do modelo conceitual da CIF requer mudanças profundas dos processos de trabalho e compromisso dos profissionais com a proposta:

Mudança é uma sensibilização constante porque as pessoas mudam, mas mudar a forma de trabalhar é complicado (GF2).

O perfil profissional é construído. Precisamos ser militantes dessa ideia! (GF1)

A efetiva aplicação da perspectiva teórica da CIF nos serviços de reabilitação pressupõe que os instrumentos e testes empregados pelos profissionais sejam capazes de fornecer informações sobre os componentes do modelo⁸. Entre os produtos dessa capacitação, cabe citar o Protocolo de Levantamento de Problemas em Reabilitação (PLPR)²¹, que será usado para sistematizar o acolhimento do usuário em todos os pontos da rede, e um caderno de apoio para os profissionais²². O PLPR ampara a demanda por um protocolo informatizado e coerente com o modelo da CIF, possibilitando a construção de bancos de dados funcionais, revelando a demanda do usuário e favorecendo a comunicação e interação dos profissionais, fator essencial para o trabalho em rede^{12,20}:

Eu acredito que esta seja a ferramenta [PLPR] que operacionaliza o modelo (GF2).

Acredito que o PLPR é um norteador desta visão para aqueles que não conseguem ver o ser biopsicossocial (GF1).

O fato de os participantes dos módulos presenciais terem sido indicados pela coordenação é uma possível limitação do estudo. Esses profissionais podem ter trazido um viés relacionado à maior experiência no serviço e em cargos de gerência, bem como na motivação para o trabalho em rede.

Reorientar o modelo de assistência da reabilitação em BH implica uma nova dinâmica dos serviços em seus níveis de complexidade, dentro de uma perspectiva de rede, recuperando o foco de seu objeto de intervenção, a funcionalidade humana, em uma visão ampliada e, portanto, contextualizada dos usuários e dos serviços que lhes são prestados, atendendo ao princípio da integralidade.

CONCLUSÕES

A reabilitação ancorada no modelo biopsicossocial pode representar um promissor espaço para se estabelecer novas práticas e combinações tecnológicas que incorporem contexto às noções de deficiência e limitações funcionais, e ainda, que propiciem melhor comunicação e funcionamento em rede.

Por sua vez, a rede de reabilitação promissora para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da atenção integral precisa contar com infraestrutura, profissionais motivados e com formação adequada, que compreendam as políticas que regem seu trabalho para que possam verdadeiramente repensar e modificar seus modos de fazer.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2012.
2. Brasil. Portaria GM/MS nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2012.

3. Brasil. Resolução CNS nº 452, de 10 de maio de 2012. Resolve que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília; 2012.
4. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*. 2015;19(52):207-10.
5. Paixão L, Tavares MFL. A construção do projeto “Apoio de rede” como estratégia institucional. *Interface*. 2014;18(Supl.1):845-58.
6. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp; 2003.
7. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPCD/OMS; 2011.
8. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):475-83.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília; 2010.
10. Cardoso LGRA. Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do estado do Rio de Janeiro [dissertação]. Brasília, DF: ENSP; 2004.
11. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Reabilitação. Diretrizes da Política de Reabilitação do SUS-BH. 2009. [documento interno]
12. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação de Reabilitação. Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS-BH: projeto piloto. 2011 [documento interno].
13. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. n. 39; v. 1.
16. Observatório de Recursos Humanos em Saúde NESCON/UFMG. Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família [Internet]. Belo Horizonte; 2007. [acesso em 3 mai 2014]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2464.pdf>
17. Filho NMA. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1677-82.
18. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
19. Nascimento MC, Sampaio RF, Salmela JH, Mancini MC, Figueiredo IM. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(2):241-7.
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
21. Souza MAP, Ferreira FR, César CC, Furtado SRC, Coster WJ, Mancini MC et al. Development of a first-contact protocol to guide assessment of adult patients in rehabilitation services networks. *Braz J Phys Ther*. 2016;20(2):148-57.
22. Sampaio RF, Ferreira FR, Souza MAP. Reorientação do modelo assistencial da rede de reabilitação SUS. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. Caderno de Apoio.