

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Amanda Neves Cruz Coelho

**REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS DE BELO HORIZONTE: visão dos
profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço**

Belo Horizonte

2024

Amanda Neves Cruz Coelho

REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS DE BELO HORIZONTE: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Karla Rona da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira

Belo Horizonte

2024

C672r Coelho, Amanda Neves Cruz.
Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte [recurso eletrônico]:
visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação
do serviço. / Amanda Neves Cruz Coelho. - - Belo Horizonte: 2024.
156f.: il. Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Karla Rona da Silva.
Coorientador (a): Fabiane Ribeiro Ferreira.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.
1. Reabilitação. 2. Serviços de Reabilitação. 3. Fluxo de Trabalho. 4.
Gestão em Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Silva, Karla Rona da. II.
Ferreira, Fabiane Ribeiro. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WB 320

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697.



ESCOLA DE ENFERMAGEM - UFMG
COL. DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Sala 122 – B. Santa Efigênia – B.Hte/MG- Brasil
CEP: 30130-100 - Telefone: 3409-9878 email: colposgss@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 115 (CENTO E QUINZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA AMANDA NEVES CRUZ COELHO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e quatro, às 16:00 (dezesesseis horas), realizou-se no Auditório Laís Netto na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação “REDE DE REABILITAÇÃO DO SUS DE BELO HORIZONTE: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço”, da aluna *Amanda Neves Cruz Coelho*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Prof^ª. Karla Rona da Silva, Prof^ª. Fabiane Ribeiro Ferreira, Prof^ª. Vanessa de Almeida e Amanda Elias Arruda, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADA;
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 21 de agosto de 2024.

Prof^ª. Dr^ª. Karla Rona da Silva
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Fabiane Ribeiro Ferreira
Membro Titular - Coorientadora (UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Vanessa de Almeida
Membro Titular (UFMG)

Dr^ª. Amanda Elias Arruda
Membro Titular (PBH)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação

Dedico este trabalho aos profissionais da Rede de Reabilitação de Belo Horizonte que lutam diariamente por um SUS de qualidade e que merecem ser ouvidos e valorizados.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela dádiva da vida, por me conceder saúde e sabedoria para que eu realizasse meu sonho e por guiar os meus caminhos e escolhas.

Aos meus pais, Elaine e Flávio, pelo amor incondicional, apoio, incentivo, por acreditarem e sempre investirem na minha formação. À minha irmã e melhor amiga, Isabella, pela cumplicidade, parceria e todo encorajamento, principalmente diante dos momentos de dificuldades. Gratidão e muito amor por vocês!

Aos demais familiares, pela torcida manifestada em todas as minhas conquistas pessoais e profissionais.

Às minhas queridas orientadoras Professoras Karla Rona e Fabiane Ribeiro, pela excelência no processo de orientação, pelo aprendizado, e principalmente por toda dedicação, estímulo e confiança. Obrigada por me guiarem ao longo desses dois anos. Vocês são inspiração para mim!

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, pela anuência da pesquisa, aos gestores e profissionais dos serviços que aceitaram participar, pela disponibilidade e solicitude.

À Universidade Federal de Minas Gerais, corpo docente e discente do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, pelo valioso espaço de aprendizado e crescimento.

Aos meus amigos pelo apoio, incentivo e paciência durante esse período. Em especial à Fernanda, Keile e Ruani por todo acolhimento e por dividirem comigo, de forma mais próxima, os momentos de alegrias e angústias desse processo.

E, finalmente, aos meus colegas da turma V do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, pela convivência, trocas de conhecimentos, experiências e amizade que construímos ao longo destes dois anos. Com vocês a jornada se tornou mais amena e produtiva.

Sem o apoio e contribuição de todos vocês, este trabalho não seria possível. Muito obrigada por fazerem parte deste importante momento da minha vida.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

RESUMO

COELHO, Amanda Neves Cruz. **Rede de reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço.** 2024. 156 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2024.

Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de expansão dos serviços de reabilitação devido ao aumento da demanda de pessoas com dificuldades funcionais. No Brasil, o acesso à reabilitação passou a ser universal com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos serviços ofertados em rede nos seus três níveis de atenção à saúde: a Atenção Primária, a Média e a Alta Complexidade. Apesar dos avanços ao longo dos anos, estudos mostram que a assistência em rede ainda apresenta fragilidades e dificuldades de articulação. Considerando que a eficácia de uma Rede de Atenção à Saúde está intrinsecamente ligada à forma como os profissionais compreendem a dinâmica dos serviços, o objetivo deste estudo foi conhecer a Rede de Reabilitação da SMSA-BH e seus aspectos organizacionais através do ponto de vista e concepções dos profissionais que nela atuam. Trata-se de uma pesquisa exploratória de metodologia qualitativa, definida como um estudo de caso. Foram realizadas entrevistas online, utilizando-se um roteiro semiestruturado, com 33 gestores e profissionais da assistência que atuam na reabilitação nos três níveis de atenção. Os resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin e cinco categorias foram construídas: A Rede de Reabilitação: conectando nós; O processo de trabalho: entrelaçando fios; Compartilhamento de informações: aproximando nós; Estratégias e Inovação: fortalecendo fios; e Bases normativas: esforços para configurações convergentes. O estudo revelou que os participantes apresentam o reconhecimento teórico adequado sobre os componentes dessa Rede, porém são as dificuldades operacionais que impactam no processo de trabalho causando fragilidades nos serviços. Os principais desafios percebidos, em consonância com a literatura, foram a alta demanda de trabalho, a carga horária reduzida, a alta rotatividade dos profissionais e a insuficiência de serviços de reabilitação. Dificuldades adicionais, ainda pouco exploradas na literatura, envolvem divergências no processo de trabalho entre os serviços, o distanciamento entre coordenações e a falta de integração entre os serviços próprios da Rede e os serviços contratados e conveniados. Entre os fatores que impulsionam o trabalho foram mencionados o trabalho em equipe, a qualidade dos recursos humanos e das relações interpessoais, a disponibilidade para articulação e o apoio gerencial. A principal dificuldade de operacionalização da Rede se encontra na comunicação. Foi revelado o desejo de uma gestão compartilhada pelos participantes, através de uma maior aproximação com os serviços conveniados e contratados e participação mais dialógica nos fóruns de reabilitação, assim como na elaboração dos documentos norteadores das práticas dos serviços. A necessidade de um aprimoramento do processo de trabalho também foi abordada, principalmente através da organização da informação. Ações de Educação Permanente, mudanças no formato dos fóruns e na estratégia de compartilhamento das informações, pelas coordenações (envio dos e-mails), foram sugeridas pelos participantes com o objetivo de aprimorar a integração

da Rede. Espera-se que o Relatório técnico destinado à PBH, produto técnico deste estudo, possa ser profícuo como ferramenta avaliativa do serviço e colabore para a gestão e organização do trabalho em Rede no município.

Palavras-chave: reabilitação; serviços de reabilitação; fluxo de trabalho; gestão em saúde.

ABSTRACT

COELHO, Amanda Neves Cruz. **Belo Horizonte SUS rehabilitation network: health professionals' view on work management for service provision.** 2024. 156 p. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Services Management) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2024.

Global health trends indicate the need for expanding rehabilitation services due to the increasing demand from people with functional difficulties. In Brazil, access to rehabilitation became universal with the creation of the Sistema Único de Saúde (SUS) through the services offered in a network at its three levels of health care: Primary Care, Medium Complexity, and High Complexity. Despite the progress over the years, studies show that networked care still presents weaknesses and challenges in coordination. Considering that the effectiveness of a Health Care Network is intrinsically linked to how professionals understand the dynamics of the services, the objective of this study was to understand the Rehabilitation Network of SMSA-BH and its organizational aspects from the perspectives and concepts of the professionals working within it. This is an exploratory study using a qualitative methodology, defined as a case study. Online interviews were conducted with 33 managers and professionals involved in rehabilitation across the three levels of care, using a semi-structured interview guide. The results were analyzed through content analysis proposed by Bardin, and five categories were developed: The Rehabilitation Network: Connecting Nodes; The Work Process: Intertwining Threads; Information Sharing: Bringing Nodes Closer; Strategies and Innovation: Strengthening Threads; and Normative Bases: Efforts for Convergent Configurations. The study revealed that participants have adequate theoretical recognition of the components of this Network, but it is the operational difficulties that impact the work process, causing weaknesses in the services. The main challenges identified, in line with the literature, were high workload, reduced working hours, high staff turnover, and insufficient rehabilitation services. Additional difficulties, less explored in the literature, involve divergences in the work process between services, distance between coordinations, and lack of integration between the Network's own services and contracted or convened services. Among the factors driving the work, teamwork, the quality of human resources and interpersonal relationships, availability for coordination, and managerial support were mentioned. The primary difficulty in operationalizing the Network lies in communication. Participants expressed a desire for shared management through greater engagement with contracted and convened services and more dialogical participation in rehabilitation forums, as well as in the development of guiding documents for service practices. The need for improving the work process was also addressed, particularly through better organization of information. Actions such as Continuing Education, changes in forum formats, and strategies for information sharing by coordinations (e.g., sending emails) were suggested by participants to enhance network integration. It is hoped that the technical report intended for PBH, a technical product of this study, will serve as a valuable evaluative tool for the service and contribute to the management and organization of network work in the municipality.

Keywords: rehabilitation; rehabilitation services; work flow; health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regionais de saúde do município	36
Figura 2 – Distribuição dos participantes por regionais de saúde	47

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Elementos do processo de trabalho da Rede de Reabilitação do SUS- BH e suas articulações.....	34
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização dos serviços de saúde do município	38
Quadro 2 – Categorias.....	43
Quadro 3 – Organização dos cargos dos participantes	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes	49
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GEAUD	Gerência de Auditoria
GTPS	Grupo de Trabalho da Promoção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NIR	Núcleos Intersetoriais Regionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHROAMA	Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RT	Referência Técnica
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1	O modelo de Redes de Atenção à Saúde	24
3.2	O Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH: uma visão geral	29
3.3	Gestão do trabalho em saúde	31
4	MÉTODO	35
4.1	Desenho de estudo	35
4.2	Cenário	35
4.3	Participantes	38
4.3.1	<i>Critérios de inclusão</i>	39
4.3.2	<i>Critérios de exclusão</i>	39
4.4	Coleta dos dados	40
4.5	Análise dos dados	42
4.6	Aspectos éticos	43
4.7	Riscos	44
4.8	Benefícios	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
5.1	Caracterização dos participantes	46
5.2	A Rede de Reabilitação: conectando nós	50
5.3	O Processo de trabalho: entrelaçando fios	54
5.4	Compartilhamento de informações: aproximando nós	72
5.5	Estratégias e inovação: fortalecendo os fios	83
5.6	Bases normativas: esforços por configurações convergentes	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	108
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO (APRESENTAÇÃO DE TRABALHO)	113
	APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO (RELATÓRIO TÉCNICO PARA A PBH)	114
	ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	137
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG	138
	ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PBH	147

APRESENTAÇÃO

Há seis anos e meio me formei em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Desde a graduação venho nutrindo grande entusiasmo pela área da Saúde Pública, fomentado pelas experiências vividas por meio de Projetos de iniciação científica, Monitoria e Estágio Curricular. No último período do curso, ao finalizar o estágio na Atenção Primária à Saúde (APS), tive a certeza do caminho profissional que iria seguir, mas ainda apresentava inseguranças em relação aos conhecimentos necessários para a prática do fisioterapeuta dentro da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de Belo Horizonte (BH).

Nesse sentido, busquei por uma especialização que pudesse, além de fornecer ferramentas teóricas para o meu processo de trabalho, me proporcionar experiência prática. Logo após a integralização do curso, participei, com sucesso, do processo seletivo para a Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). Os dois anos de residência asseguraram a experiência prática como fisioterapeuta na APS que eu almejava, e, principalmente, possibilitaram o desenvolvimento de competências para a articulação entre ensino, serviço e gestão na Rede SUS-BH. Concluí a residência em março de 2020 e logo em seguida fui contratada pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) para trabalhar como fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) em dois CS's da Regional Leste. Ao longo dos quatro anos seguintes ampliei a minha experiência na APS trabalhando também em outros CS's da Regional Nordeste do município, onde me encontro até os dias de hoje.

Ainda no âmbito do trabalho, possuo atuação enquanto preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família da SMSA e do estágio curricular na APS do curso de Graduação em Fisioterapia da UFMG. Tais atividades me permitem compartilhar conhecimentos, vivências e trocas de experiência com residentes e alunos da graduação, contribuindo para o aprimoramento das práticas profissionais e para a formação de futuros profissionais capacitados e engajados para trabalhar no SUS.

Diante de toda essa vivência, tive a oportunidade de aprofundar minhas habilidades na prática clínica, além de participar ativamente de ações interdisciplinares e de gestão que visam a melhoria contínua da qualidade dos

serviços de saúde. A minha atuação na APS me permitiu não só contribuir para a saúde da comunidade, como também expandir meu conhecimento sobre os desafios e as necessidades específicas da população atendida.

Nesse sentido, o desejo em realizar o mestrado surgiu da minha inquietação ao observar diferenças nas condutas entre profissionais de um mesmo serviço e desafios na articulação com outros pontos de atenção da Rede. Esse cenário me levou a indagar sobre a compreensão que esses profissionais têm sobre a gestão do trabalho dentro da Rede de reabilitação. Ao procurar estudos que pudessem responder a essas questões, encontrei uma lacuna na literatura que se apresentou como a principal motivação para a realização desta pesquisa, que visa contribuir para a compreensão e aprimoramento das práticas de gestão em saúde.

Enquanto motivação pessoal e profissional, o interesse em realizar o mestrado veio da possibilidade de adquirir novos conhecimentos e ferramentas para o meu trabalho através das disciplinas ofertadas, discussões e interação com os colegas e professores do curso. Por último, mas não menos importante, desenvolver experiência na área da gestão, que tanto admiro, para futuramente ser capaz de assumir um cargo de liderança no SUS e ter competência para promover mudanças e melhorias que beneficiarão o Sistema, os profissionais e os usuários.

1 INTRODUÇÃO

Rede, em sua essência, remete a uma teia, um entrelaçamento de fios, interligados, que em conjunto formam um tecido com certo padrão e características. A palavra rede vem sendo utilizada para representar os processos que envolvem conexão e evidenciam a interdependência de elementos, de coisas, de pessoas. Dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas para a gestão. Quando se trata do sistema de saúde, esta representação, segundo o sanitário Eugênio Vilaça, atende a necessidade de ultrapassar um delineamento fragmentado do cuidado, que traz como consequência uma menor eficácia para atender as demandas das populações e diminuir a segurança do usuário nos processos de decisão clínica (Fleury; Ouverney, 2007; Benelli; Ferri; Ferreira Junior, 2015).

A eficácia de uma Rede de Atenção à Saúde está intrinsecamente ligada à forma como os profissionais envolvidos compreendem a dinâmica dos serviços e interagem entre si. Uma rede integrada é capaz de alcançar maior qualidade dos serviços ofertados, satisfação dos usuários e resultados desejados. No âmbito da reabilitação, essa articulação entre instituições e profissionais se faz ainda mais necessária para atender às necessidades complexas e multifatoriais dos pacientes em processo de recuperação (Costa, 2019; Goulart; Anderle, 2019).

Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência, Reabilitação consiste em “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (Organização Mundial da Saúde, 2012, p.100). As deficiências podem ser definidas como temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; e intermitentes ou contínuas (Brasil, 2012a).

Reabilitar deve ter como objetivo principal a funcionalidade do indivíduo e sua inserção com o seu contexto através de ações e da utilização de ferramentas e equipamentos. Como exemplos, temos a intervenção precoce e multiprofissional, o uso adequado de recursos tecnológicos, e diferentes modalidades de atendimentos (atendimentos individuais, compartilhados e coletivos) que, de forma integrada, visam a melhoria ou manutenção da qualidade de vida do paciente (Ribeiro *et al.*, 2010).

Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de uma expansão significativa dos serviços de reabilitação devido ao aumento da demanda de

indivíduos com dificuldades funcionais, como consequência de um processo de envelhecimento com maior expectativa de vida e prevalência de condições crônicas não transmissíveis (Goulart; Anderle, 2019; Heinemann *et al.*, 2020). No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a iniciativa “Reabilitação 2030: um apelo à ação”, e identificou dez áreas de concentração para fortalecimento e expansão dos serviços de reabilitação, sendo uma delas: “melhorar a integração da reabilitação no setor da saúde e fortalecer os vínculos intersetoriais para atender com eficácia e eficiência às necessidades da população” (World Health Organization, 2019, p. 11).

A Pandemia da COVID-19 (2020-2023) reforçou ainda mais essa necessidade, trazendo grandes desafios para a saúde pública e os serviços de reabilitação. O adoecimento psicológico e a agudização das doenças crônicas, somados ao acometimento físico tanto das pessoas que contraíram a doença, quanto daquelas que foram afetadas pela inatividade física, fruto do distanciamento social, tornaram-se a maior demanda de atenção à saúde na atualidade (Mendes, 2020; Qian *et al.*, 2020).

A OMS refere a importância da reabilitação como uma forma de investimento social, com benefícios de saúde, sociais e econômicos, na medida em que possibilita o aumento da funcionalidade, permitindo aos indivíduos a manutenção da participação em sociedade e colaborando com o aumento da sua produtividade (World Health Organization, 2019). Além da implementação e expansão dos serviços, o Relatório Mundial e outros estudos reforçam a importância do desenvolvimento e monitoramento de políticas de reabilitação e ações regulatórias específicas com o objetivo de prevenir fragilidades e a descontinuidade dos processos (Organização Mundial da Saúde, 2012; Alves; Ribeiro; Sampaio, 2016; Souza *et al.*, 2016; World Health Organization, 2019).

No Brasil, o acesso à reabilitação foi ampliado após a criação do SUS, com a promulgação da Constituição de 1988. Anteriormente, a assistência era fornecida somente à categoria dos trabalhadores, através da previdência social. Contudo, esse cenário se alterou após o surgimento do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa *Portadora* de Deficiência, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1993, com a ampliação da assistência às pessoas que apresentavam outras deficiências, que não apenas as decorrentes de acidentes de trabalho. Com o aumento dessa demanda, houve a necessidade da criação, pelo SUS, de Centros de Reabilitação Especializados e Multiprofissionais, assim como a idealização e realização de ações

de promoção à saúde voltadas para a inclusão social (Ribeiro *et al.*, 2010; Caetano, 2018).

Embora não tenha alcançado a condição de uma política específica com aparatos próprios, a reabilitação ganhou espaço pontualmente em algumas políticas, como a de Saúde do Idoso e a do Trabalhador. Porém, foi na Política Nacional da Pessoa com Deficiência, instituída em 5 de junho de 2002, que ela se estabeleceu e está ancorada até os dias de hoje (Brasil, 2010a). Dez anos depois, a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, uma das redes temáticas prioritárias do SUS, vem reforçar a necessidade de ações e serviços integrados, para garantir a qualidade, a continuidade e a integralidade das abordagens do cuidado.

A Portaria nº 793, datada de 24 de abril de 2012, apresenta os objetivos da Rede, os quais abrangem a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade do atendimento às pessoas com deficiência no âmbito do SUS; a promoção da vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração desses pontos de atenção, qualificando o cuidado (Brasil, 2012a).

Com a finalidade de atender a esses objetivos e aos princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos os componentes dessa Rede, que devem ser responsáveis pela elaboração de ações e estratégias para favorecer o cuidado em saúde das pessoas com deficiência, sendo eles: a APS, por meio da equipe multiprofissional do NASF-AB e a atenção odontológica; a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, através dos Centros Especializados em Reabilitação (CER's) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (Brasil, 2012a).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS's), também reconhecidas como Centros de Saúde (CS's), são estabelecimentos da APS que se caracterizam como a porta de entrada preferencial dos usuários ao SUS. O município de BH conta atualmente com 152 CS para atendimento à população, distribuídos de forma equânime entre os nove distritos sanitários: Leste, Oeste, Centro-Sul, Norte, Nordeste, Noroeste, Pampulha, Barreiro e Venda-Nova (Belo Horizonte, 2018).

Grande parte dos usuários acompanhados na APS exigem atenção multiprofissional, demandando que seus casos sejam compartilhados com a equipe do NASF-AB, que atualmente são 82 no município. As práticas de reabilitação nesse

componente da Rede são operacionalizadas a partir da tecnologia de gestão denominada apoio matricial, com foco no cuidado do indivíduo, da família e da comunidade, considerando suas necessidades e contexto ambiental (Belo Horizonte, 2018, 2019).

Os profissionais do NASF-AB utilizam diversas ferramentas de trabalho para realizar os atendimentos aos usuários, dentre elas: consultas individuais e compartilhadas, visitas domiciliares e grupos operativos. E, para além das ações assistenciais, a equipe também exerce um importante papel micro regulador por meio da articulação e qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de maior complexidade da Rede (Brasil, 2017a).

Os CER e os hospitais, são equipamentos integrantes, respectivamente, da Média e Alta Complexidade que realizam atendimentos aos usuários com quadros agudos, com maior comprometimento funcional e/ou que possuem perspectivas de recuperação numa abordagem de maior frequência e densidade tecnológica. O município de BH possui cinco Centros Especializados, localizados nas regionais Leste, Noroeste, Centro-Sul, Venda Nova e Barreiro, que são referências para os nove distritos sanitários, e um hospital de reabilitação (Caetano, 2018; Belo Horizonte, 2019, 2022a).

A organização dos serviços de reabilitação do município segue os objetivos e diretrizes dispostos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e foi formalizada em um documento, criado e publicado em 2022, denominado Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH (Belo Horizonte, 2022aa). Este documento apresenta um breve histórico introdutório sobre a Rede de Reabilitação, bem como descreve cada um de seus componentes, trazendo, de forma aprofundada, as atribuições referentes a cada eixo de trabalho. Constam ainda no documento, seções sobre: os princípios norteadores da Rede; o processo de reabilitação; o funcionamento da regulação dos serviços; os fluxogramas de acesso à reabilitação; e, ao final, formulários de uso dos profissionais (Belo Horizonte, 2022aa).

Em estudos já realizados sobre a Rede de Reabilitação do município, foi evidenciado que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, a assistência em Rede ainda apresenta fragilidades e necessidade de maior articulação. Embora os princípios, diretrizes e a forma de organização estejam bem delineados nas políticas e documentos que embasam as ações e serviços, os profissionais ainda encontram dificuldades operacionais, relacionadas a gestão do trabalho, resultando

em uma Rede fragmentada e pouco resolutiva (Alves, 2016; Souza, 2016; Rodes *et al.*, 2017; Caetano, 2018).

Outros estudos, realizados em diferentes estados, mostraram que esses problemas não são exclusivos de BH, pois também foram detectados na Bahia, no Rio de Janeiro, em São Paulo e Santa Catarina. Questões relacionadas à qualidade dos encaminhamentos, alta demanda dos serviços, carência de qualificação e capacitação dos profissionais envolvidos na Rede, assim como alta rotatividade, foram as fragilidades mais presentes nestes estudos (Spedo; Pinto; Tanaka, 2010; Erdmann *et al.*, 2013; Ferrer *et al.*, 2015). Costa (2019) trouxe como conclusão da sua pesquisa bibliográfica que as maiores dificuldades encontradas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são operacionais, e não teóricas, enfatizando a necessidade de mudança na gestão do trabalho a partir do conhecimento do olhar dos atores envolvidos nesses processos.

É importante destacar ainda que esses achados vão ao encontro da experiência profissional atual da mestranda, proponente desse estudo, que desenvolve suas atividades laborais como fisioterapeuta na APS do município há seis anos, e detém grande interesse pelo tema. Ao longo dessa trajetória, foi oportuna a vivência no processo de trabalho da Média Complexidade e da Coordenação da Reabilitação, localizada na SMSA, ampliando a visão de funcionamento da Rede.

Nesse período, foi possível observar diferenças nas condutas entre profissionais de um mesmo serviço e dificuldades na articulação com outros pontos de atenção da Rede. Conjectura-se que potenciais imprecisões na compreensão dos profissionais sobre a gestão do trabalho podem dificultar o acesso aos recursos disponíveis para os cuidados em saúde dos usuários. Além disso, pode gerar duplicidade de ações e encaminhamentos inadequados e/ou desnecessários entre os diferentes níveis de atenção, causando um desgaste de e entre profissionais e usuários, e a fragmentação da Rede, comprometendo sua capacidade de articulação e resolutividade.

Partindo do princípio de que a organização do serviço, com definição clara do processo de trabalho e integração entre seus componentes, está intimamente relacionada com sua qualidade, justifica-se a relevância de uma investigação sobre a Rede de Reabilitação estabelecida em BH com foco na visão da vivência e conhecimento dos atores envolvidos nesta prestação de serviço. Entende-se que as respostas às indagações relativas à gestão do trabalho, considerando a estrutura

dessa Rede e de seu funcionamento, podem ser alcançadas através do desvelamento das compreensões dos diferentes profissionais atuantes nos seus equipamentos integrantes.

Considera-se ainda, os resultados deste estudo como potencial ferramenta avaliativa do serviço, através do Relatório Técnico que será entregue à SMSA, dispositivo importante nas práticas da gestão, que tem por finalidade e contribuição a busca pelo aperfeiçoamento de ações, assim como possível reorientação e recondução do trabalho desenvolvido na Rede de reabilitação. A OMS e outros estudos destacam que existe uma forte recomendação sobre a necessidade de integração entre os serviços de reabilitação nos níveis primário, secundário e terciário dos sistemas de saúde, porém, ainda são poucas as pesquisas publicadas sobre a temática do ponto de vista operacional, a partir da visão dos profissionais atuantes nesses equipamentos (Fonseca; Mendonça, 2014; Silva *et al.*, 2016; Costa, 2019; World Health Organization, 2019).

Nessa perspectiva, emerge a seguinte pergunta: como os profissionais de saúde que atuam na Rede de Reabilitação de BH compreendem a sua estrutura e vivenciam a gestão do trabalho para a prestação do serviço?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a Rede de Reabilitação da SMSA-BH e seus aspectos organizacionais através do ponto de vista e concepções dos profissionais que nela atuam.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a composição e a organização da Rede de Reabilitação a partir da perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos;
- Comparar a Rede de Reabilitação descrita por esses profissionais de saúde, com as diretrizes presentes nos documentos oficiais norteadores do funcionamento do serviço;
- Conhecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na Rede de Reabilitação;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho desses profissionais de saúde, que influenciam o alinhamento da prática realizada com as diretrizes propostas pela gestão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O modelo de Redes de Atenção à Saúde

A organização de sistemas de saúde abrange uma ampla gama de possibilidades, que vão desde uma estrutura fragmentada até uma total integração entre os seus componentes. Ao abordar a gestão de um sistema de saúde, é fundamental compreender que ele transcende a organização de recursos e demandas, mas também manifesta os valores de uma sociedade em relação à saúde (Freitas; Araújo, 2018; Peiter, 2019).

Conforme definido pela OMS, os sistemas de atenção à saúde são estruturas organizadas que visam promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Consistem em um conjunto de atividades e serviços coordenados, desenvolvidos com o propósito de atender as demandas de saúde de uma população, considerando fatores como a epidemiologia, recursos disponíveis, financiamento, infraestrutura, e políticas públicas de saúde (Mendes, 2010, 2019).

O surgimento da ideia de estruturação dos sistemas de saúde em Rede ocorreu na década de 1920, no Reino Unido, com a elaboração do Relatório Dawson, após a 1ª Guerra Mundial. Esse documento propôs a organização de sistemas regionalizados de saúde, com o objetivo de oferecer serviços mais eficazes e acessíveis a toda população. Porém, o debate sobre a reestruturação dos sistemas no mundo foi enfatizado somente a partir da Conferência Mundial de Alma Ata, em 1978, que apresentou como elemento central “a saúde como direito de todos e dever do Estado” (Oliveira *et al.*, 2016; Costa 2019).

No Brasil, a promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu o direito à saúde de forma abrangente e inclusiva com a criação do SUS. Anteriormente, a abordagem da saúde pública no país tinha o seu foco principal no tratamento das doenças transmissíveis, com ênfase em uma assistência curativista e hospitalocêntrica, sendo o acesso aos serviços limitado aos trabalhadores formais (Freitas; Araújo, 2018; Costa, 2019).

O SUS é fundamentado em princípios doutrinários e organizativos, guiado tanto pelos preceitos constitucionais, quanto pelo conceito ampliado de saúde, estabelecido pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Um sistema complexo, encarregado de articular e coordenar, com qualidade, as iniciativas

de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como as ações de tratamento e reabilitação (Freitas; Araújo, 2018; Peiter, 2019).

Uma atenção à saúde de qualidade refere-se à capacidade de um sistema em identificar e compreender as necessidades de saúde de uma população específica sob sua responsabilidade. Isso implica em analisar os riscos e desafios enfrentados por essa população, além de implementar e avaliar intervenções sanitárias relevantes para atender às suas necessidades. Ademais, é essencial que o sistema de saúde seja capaz de oferecer abordagens contextualizadas, levando em consideração a cultura e as preferências das pessoas, proporcionando um ambiente de cuidado que respeite e se adeque ao contexto social e cultural em que os indivíduos estão inseridos (Mendes, 2010; Freitas; Araújo, 2018).

Nas décadas seguintes à criação do SUS, o Brasil vivenciou uma mudança significativa na situação de saúde da população, devido a transições demográficas, epidemiológicas e tecnológicas. Essas transformações resultaram em um perfil de saúde de uma tripla carga de doenças, caracterizada pela presença simultânea de condições crônicas e agudas, juntamente dos impactos negativos decorrentes de causas externas. Foi nesse contexto, de demanda de ação frente aos novos desafios e maior integração entre os serviços de saúde, que surgiu a necessidade de uma reestruturação organizacional no modelo de atenção à saúde (Mendes, 2010; Freitas; Araújo, 2018; Peiter, 2019).

Em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS's) no âmbito do SUS, seguindo o modelo das Redes Integradas de Serviços de Saúde preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Esse novo modelo foi apresentado como uma alternativa à fragmentação do sistema, visando promover uma abordagem mais integrada e coordenada no atendimento à saúde da população, tendo a seguinte conceituação: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 10).

Um sistema hierárquico, onde a organização ocorria em níveis de complexidade crescente, estabelecendo relações de ordem e importância entre eles, foi substituído por um modelo poliárquico, caracterizado por um sistema em rede com interações horizontais entre todos os componentes. As RAS's trouxeram como

objetivo primordial: promover a cooperação e interdependência entre os diversos atores envolvidos, visando mudanças no modo de cuidar através de uma atenção contínua e integral a uma determinada população (Mendes, 2010; Peiter, 2019; Tofani, 2021).

Foram constituídas com base em três elementos essenciais: a população atendida, a estrutura operacional e os modelos de atenção. Esses componentes foram pensados de forma a não somente garantir uma resposta ágil a eventos agudos, como também abordar efetivamente as condições crônicas (Mendes, 2010).

A razão da existência das Redes de Atenção à Saúde, é a população, residindo em áreas geográficas específicas, e sendo classificada e registrada em subpopulações de acordo com os riscos sócios sanitários. Essa segmentação possibilita uma abordagem direcionada e personalizada no cuidado à saúde, visando atender às necessidades específicas de cada grupo dentro da população atendida (Mendes, 2010; Brasil, 2014).

A estrutura operacional, como o segundo elemento das RAS, é composta pelos pontos de atendimento e pelas conexões que integram esses diversos serviços. Ela engloba cinco componentes essenciais: um centro de comunicação, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de governança. Esses elementos são fundamentais para garantir o funcionamento eficiente, de forma integrada e colaborativa (Mendes, 2010; Brasil, 2014).

De acordo com Mendes (2010), o centro de comunicação das RAS é representado pela APS, como o “nó intercambiador”, responsável pela coordenação do cuidado e a organização das redes, por meio da articulação dos fluxos e contrafluxos. O objetivo principal é fornecer ações e serviços de saúde, de forma contínua e coordenada, para uma população territorialmente definida com o potencial de reduzir a necessidade de procedimentos especializados, apresentando uma taxa de resolutividade esperada de 80% dos casos (Freitas; Araújo, 2018; Mendes, 2010; Tofani, 2021).

Os pontos de atenção secundários e terciários desempenham um papel de apoio à APS, oferecendo serviços especializados – média e alta complexidade, respectivamente - com diferentes níveis de densidade tecnológica. Os serviços terciários apresentam-se tecnologicamente mais densos quando comparados aos serviços secundários e, por isso, tendem a estarem mais concentrados

especialmente. Os sistemas de apoio são instituições dentro das RAS que fornecem serviços essenciais a todos os pontos de atenção que abrangem áreas referentes à assistência farmacêutica, diagnóstico e tratamento e sistemas de informação em saúde. A APS em conjunto com os serviços secundários e terciários e os sistemas de apoio compõem os “nós” das Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2010; Oliveira, *et al.*, 2016).

Os sistemas logísticos e de governança formam as ligações de comunicação entre esses diferentes “nós”. O primeiro refere-se a soluções tecnológicas baseadas em tecnologia da informação que garantem uma organização eficiente dos fluxos de informações, produtos e pessoas entre os diferentes pontos de atendimento e sistemas de apoio das RAS's. Os principais sistemas logísticos incluem o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à saúde e os sistemas de transporte.

A governança das RAS refere-se à estrutura organizacional que permite a gestão de todos os seus componentes, com o envolvimento de diferentes atores, estratégias e procedimentos para administrar as relações de forma compartilhada e colaborativa. O objetivo é promover maior interdependência e alcançar resultados sanitários e econômicos mais eficazes. No contexto do SUS, a governança é realizada por meio das Comissões Intergestores, como a Tripartite em nível federal, a Bipartite em nível estadual e nas regiões de saúde, as Regionais. Essas comissões têm a responsabilidade de estabelecer arranjos interfederativos em conformidade com o federalismo cooperativo praticado no Brasil (Damaceno, 2020; Mendes, 2010; Oliveira, *et al.*, 2016).

O terceiro e último elemento das RAS's são os modelos de atenção à saúde, que podem ser entendidos como sistemas ou abordagens conceituais que organizam o funcionamento dos serviços de saúde, estabelecendo como ocorre a interação entre a população, suas necessidades de saúde, as estratégias de intervenção e os recursos disponíveis. Esses modelos buscam articular de maneira integrada e coerente os diferentes aspectos da atenção à saúde, levando em consideração a visão predominante sobre o que é saúde, as características demográficas e epidemiológicas da população e os determinantes sociais que influenciam a saúde em um determinado contexto temporal e social (Damaceno, 2020; Mendes, 2010; Oliveira, *et al.*, 2016).

Com o intuito de garantir a integralidade do cuidado e melhores resultados em saúde, durante os anos de 2011 e 2012, foram implementadas cinco redes temáticas para priorização da atenção em saúde, entre elas está, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 793 em 24 de abril de 2012 e atualizada pela Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2014; Tofani, 2021). Esses documentos fornecem diretrizes e normativas para a criação, ampliação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2012a, 2017a).

O artigo 11º, em seu parágrafo único, dispõe que:

Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam:

I - acessibilidade;

II - comunicação;

III - manejo clínico;

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual (Brasil, 2012a).

A APS em conjunto com os serviços secundários e terciários formam os componentes dessa Rede, responsáveis pelos cuidados em saúde das pessoas com deficiência, e apresentam atribuições específicas.

Nas UBS's são priorizadas ações multiprofissionais para ampliação do acesso e da qualificação da atenção por meio de estratégias como o acompanhamento longitudinal, a educação em saúde, o apoio e orientação às famílias, entre outras (Brasil, 2012a).

Os CER's, equipamentos integrantes da Média Complexidade, são pontos de atenção especializada responsáveis pela realização de diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva às pessoas com deficiência. A proposta dos serviços é oferecer assistência integrada, em um único local, às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências (Belo Horizonte, 2022aa; Brasil, 2017a).

Esses serviços são classificados de acordo com o número de modalidades de deficiência atendidas, sendo elas: física, auditiva, intelectual e visual. Os CER's

habilitados como I, II, III e IV atendem, respectivamente, a uma, duas, três, quatro ou mais modalidades. O município de Belo Horizonte possui quatro serviços especializados de reabilitação, localizados nas regionais Leste, Noroeste, Centro-Sul e Venda Nova, que são referências para as nove regionais de saúde. Desses, apenas o CER Noroeste foi habilitado pelo MS como CER IV, em 2016, tornando-se um modelo para o município. Os demais oferecem atendimento nas modalidades física e intelectual, sendo habilitados como CER II. Recentemente, o atendimento à modalidade auditiva foi incluído no serviço de Venda Nova, que ainda aguarda pela habilitação para tornar-se CER III. A determinação das modalidades para cada serviço ocorre com base na identificação das necessidades e no perfil epidemiológico das populações (Belo Horizonte, 2019, 2022; Brasil, 2017a; Caetano, 2018).

A atenção terciária, representada pelos serviços hospitalares, também apresentam responsabilidades de garantia de acesso ao atendimento das pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências, dentro da especificidade de urgência e emergência. Segundo a Portaria nº 793/2012, os serviços devem possuir equipes de referência em reabilitação e devem se responsabilizar pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado desses indivíduos (Brasil, 2012a).

3.2 O Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH: uma visão geral

Este documento foi elaborado a partir de reuniões técnicas de um grupo de trabalho constituído por gestores e profissionais, da SMSA-BH, da Gerência da Rede Ambulatorial Especializada, através da Coordenação de Reabilitação e Centros de Referência em Reabilitação; Gerência de Auditoria (GEAUD); Coordenação do NASF-AB e Referências Técnicas do Controle e Avaliação (Belo Horizonte, 2022aa).

O Guia teve como propósito apresentar a RCPD no SUS-BH e fornecer aos profissionais de saúde um conhecimento detalhado sobre a estrutura da rede de reabilitação no município, através do compartilhamento de informações sobre o processo de trabalho e os fluxos existentes. Ao disponibilizar essas informações, objetivou-se que os profissionais de saúde tivessem uma melhor compreensão de como a rede de reabilitação está organizada em Belo Horizonte, permitindo uma maior organização e articulação entre os serviços, com garantia de qualidade e

resolubilidade das demandas das pessoas com deficiência atendidas pelo SUS (Belo Horizonte, 2022aa).

Inicialmente, em seu primeiro capítulo, o documento faz um breve histórico sobre a Rede de Reabilitação do município, com início na década de 1990, e a organização dos serviços antes e após a implantação da RCPD, baseado no arcabouço legal. Nos três capítulos subsequentes, os autores abordam sobre os componentes dessa Rede, suas missões, visões e valores, além das atribuições de cada eixo de trabalho (Belo Horizonte, 2022aa).

O quinto capítulo do documento é destinado aos princípios norteadores da Rede de Reabilitação no qual é discutido sobre o modelo biopsicossocial, abordando sobre a importância de se reconhecer a interação entre as dimensões da saúde e os fatores contextuais dos indivíduos. Como modelo para uniformização da linguagem no processo de reabilitação e base para avaliação e tratamento das pessoas com deficiência, essa seção apresenta a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF). No sexto capítulo os autores dão continuidade ao assunto trazendo as etapas do processo de reabilitação, enfatizando a necessidade de construção de um projeto terapêutico e a avaliação dos resultados (Belo Horizonte, 2022aa).

O capítulo sete foi destinado à regulação da reabilitação, que é o processo de monitoramento, gerenciamento, controle e avaliação para priorização do acesso por meio dos princípios do SUS. A seção aborda as atribuições de cada uma das modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) em seus respectivos eixos de trabalho (Belo Horizonte, 2022aa).

O oitavo e último capítulo contempla o núcleo central do documento, que é composto pelos fluxogramas de acesso aos serviços de reabilitação do município, em todas as suas modalidades, descrevendo o passo a passo de referenciamento dos usuários e critérios de elegibilidade. E por fim, após as referências, o Guia traz apêndices com formulários de encaminhamentos e outros fluxos para consulta dos profissionais (Belo Horizonte, 2022aa).

O objetivo da construção deste guia foi reunir as diretrizes e fluxos para a reabilitação em um único documento que favorecesse a gestão do trabalho realizada pelos profissionais dos serviços. Nesse estudo, ele será utilizado como referencial teórico para análise da descrição da composição e dos fluxos da Rede de Reabilitação a partir da perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos.

3.3 Gestão do trabalho em saúde

O trabalho, segundo Marx (1983), é um processo pelo qual os seres humanos interagem com a natureza para transformá-la e criar produtos úteis à vida humana, utilizando suas capacidades físicas e mentais para se envolverem em atividades produtivas. Para Faria *et al.* (2009), essa interação acontece entre ser humano e objeto por meios de produção cuja transformação faz emergir um produto específico que possui alguma finalidade.

Objetos, meios, agentes e finalidade são elementos fundamentais do processo de trabalho. O objeto refere-se ao elemento sobre o qual ocorre a ação transformadora. É aquilo que é trabalhado, modificado ou manipulado durante o processo produtivo e pode assumir diferentes formas e naturezas, dependendo do tipo de trabalho. Os meios são os recursos, o ambiente, as ferramentas, os conhecimentos e as condições necessárias que permitem a realização do trabalho. Eles são utilizados pelo(s) agente(s) do trabalho, que são os indivíduos ou grupos responsáveis por executar as ações e estabelecer as relações entre os meios e os objetivos. Por último, a finalidade é o propósito ou resultado final buscado pelo processo de trabalho. Ela direciona e serve como critério para a realização do processo, definindo os parâmetros a serem alcançados (Faria *et al.*, 2009).

No âmbito da saúde, o processo de trabalho se refere à dimensão específica do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no contexto da produção e consumo de serviços de saúde. É a prática diária desses trabalhadores, envolvendo a interação direta com os pacientes, a aplicação de conhecimentos técnicos e científicos, o uso de tecnologias e a gestão dos recursos disponíveis (Fischborn, Cadoná, 2018). A fim de promover uma potencialização do trabalho em saúde, é fundamental compreender e reconhecer que ele é realizado por um coletivo de trabalhadores e que suas relações contribuem para a gestão organizacional e, conseqüentemente, para atingir a finalidade desse trabalho que é o cuidado.

Como destacado por Franco e Merhy (2013), nenhum profissional de saúde é capaz de lidar sozinho com todas as necessidades de saúde existentes, uma vez que o objeto real do trabalho em saúde abrange uma ampla gama de demandas que requer a colaboração e a interdependência entre os diversos profissionais envolvidos. É por meio do trabalho conjunto e articulado que as necessidades de saúde dos indivíduos podem ser adequadamente atendidas.

O encontro entre profissionais e usuários é considerado o "trabalho vivo em ato" e envolve duas dimensões principais. A primeira diz respeito à elaboração de uma finalidade para os produtos do trabalho em saúde, onde o foco é a produção de resultados que promovam o cuidado e o bem-estar dos usuários. A segunda dimensão está relacionada aos próprios trabalhadores em saúde e suas interações no contexto de trabalho. Isso inclui as relações com o trabalho em si, com outros profissionais de saúde e com os próprios usuários dos serviços. A integração e coordenação dessas diferentes ações são essenciais para proporcionar a efetividade e qualidade dos serviços de saúde. Por meio da articulação de saberes e práticas específicas, os profissionais de saúde trabalham em conjunto para garantir um atendimento integral e resolutivo aos pacientes (Malta; Merhy, 2003; Franco; Merhy, 2013; Fischborn; Cadoná, 2018).

No contexto do trabalho em saúde, as relações estabelecidas entre os profissionais e com os usuários são denominadas "tecnologias leves". Essas tecnologias são consideradas leves devido ao seu caráter relacional, enfatizando a interação entre os sujeitos envolvidos. Elas são entendidas como formas de ação que ocorrem entre os trabalhadores da saúde e os usuários, tanto em nível individual quanto coletivo. As tecnologias "leve-duras" são uma combinação entre conhecimentos técnicos estruturados e a maneira como esses conhecimentos são aplicados na prática do cuidado em saúde. Por outro lado, os instrumentos, equipamentos, ferramentas e procedimentos utilizados pelos serviços são denominados "tecnologias duras" (Malta; Merhy, 2003; Franco; Merhy, 2013).

O cuidado efetivo na área da saúde requer a gestão adequada dessas tecnologias: das relações interpessoais e interprofissionais, das informações, organização da agenda, aplicação precisa de protocolos e diretrizes, planejamento, monitoramento e avaliação das intervenções. Esse conjunto de ações e estratégias que abrangem todos os aspectos relacionados à atividade laboral é denominado gestão do trabalho. O conceito engloba os atores envolvidos no trabalho, suas relações interpessoais e considera não apenas os aspectos técnicos, mas também as mudanças decorrentes dessas relações. Isso inclui transformações nos processos de execução das atividades em si, nas ações dos profissionais envolvidos e, especialmente, nas pessoas atendidas pelo sistema de saúde. A gestão do trabalho em saúde visa promover uma abordagem integrada que valorize não apenas o desempenho técnico, mas também a qualidade das relações humanas, o bem-estar

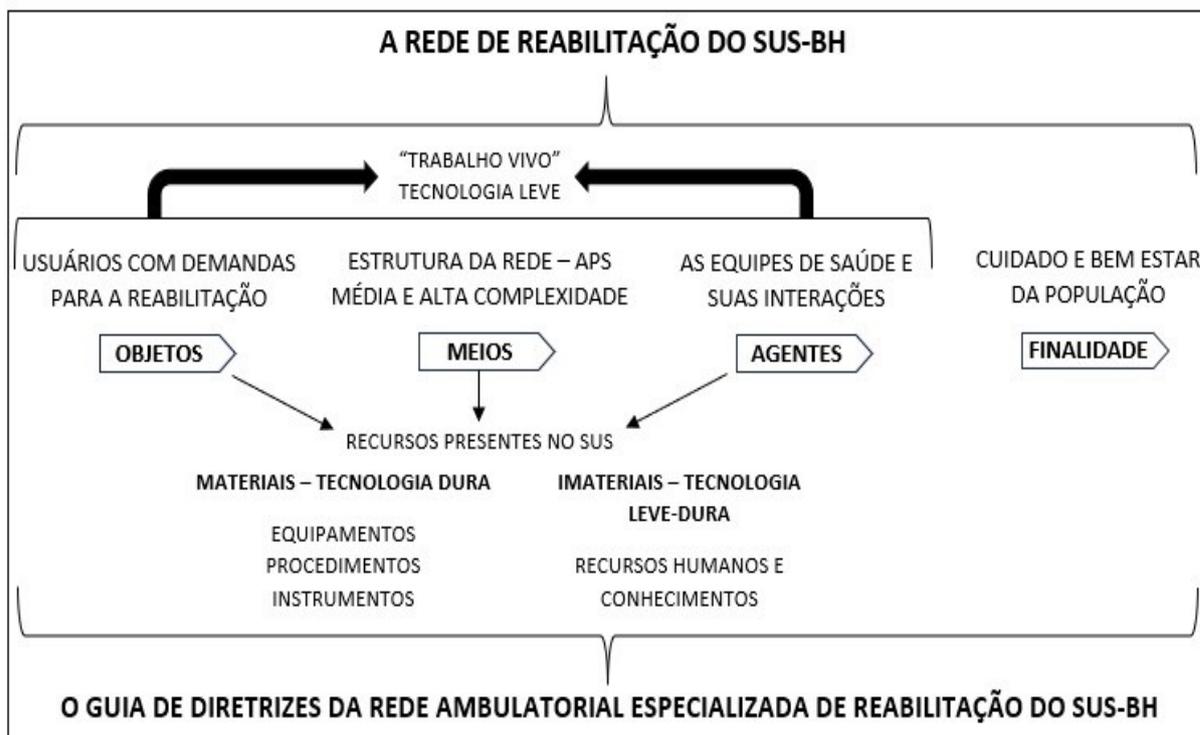
dos profissionais e o impacto positivo nos serviços de saúde e nos indivíduos que recebem os cuidados (Viana; Martins Frazão, 2017).

Na gestão do trabalho, é essencial identificar as capacidades dos trabalhadores em influenciar e transformar o ambiente em que atuam, valorizando a sua expertise, ideias e habilidades. Considera-se a produção de saúde como um campo social complexo, influenciado por forças institucionais e caracterizado por um jogo de tensões e possibilidades. Ao reconhecer o conhecimento e a compreensão que os trabalhadores têm das demandas e desafios enfrentados em seu cotidiano de práticas, promove-se uma gestão mais inclusiva e efetiva do trabalho (Franco; Merhy, 2013; Fischborn; Cadoná, 2018; Viana; Martins; Frazão, 2017). Além disso, pode-se afirmar que o entendimento e a caracterização da gestão do trabalho e suas consequências é de fundamental importância para os profissionais e gestores em saúde, pois apresenta influência direta na qualidade dos serviços prestados à população.

Nesta perspectiva, a Rede de Reabilitação do SUS-BH apresenta como elementos do processo de trabalho: os usuários com suas demandas para a reabilitação (objetos); a estrutura, tanto física quanto de recursos humanos, presentes em seus níveis de atenção: Atenção Primária, Média e Alta Complexidade (meios); as equipes de saúde e suas interações (agentes); e o cuidado e bem estar da população (finalidade). O Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação propõe-se a definir diretrizes para articulação desta rede em BH, que podem ser reconhecidas com base em elementos fundamentais do processo de trabalho (Belo Horizonte, 2022aa).

Com base no referencial descrito e os objetivos do estudo aqui proposto, apresenta-se a seguir um fluxograma síntese dos elementos do processo de trabalho da Rede de Reabilitação do SUS-BH (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Elementos do processo de trabalho da Rede de Reabilitação do SUS-BH e suas articulações



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A partir do modelo de redes com seus elementos (logística, governança e modelos de atenção) e seus nós (APS, Média e Alta Complexidade e Sistema de apoio), da proposta de Rede de Reabilitação que o município em questão materializa por meio de seu guia de diretrizes, e dos conceitos de processo de trabalho, explorou-se, a partir da visão de seus agentes, o serviço em rede oferecido para a reabilitação da população de BH no SUS.

4 MÉTODO

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso exploratório, cujo método foi escolhido por ser adequado ao propósito de compreender como profissionais que atuam na Rede de Reabilitação da SMSA-BH presenciam e interpretam questões organizacionais do trabalho em rede.

A abordagem qualitativa se caracteriza pelo contato direto do pesquisador com a unidade de estudo e tem como foco as experiências vivenciadas pelos sujeitos, por meio da análise de suas relações e percepções (Minayo, 2010). Segundo Triviños (1987), ela apresenta uma forte característica de se preocupar principalmente com o processo, utilizando desse método com o intuito de não apenas relatar a aparência de um fenômeno, como também buscando explicar a sua essência. Como uma vantagem que viabiliza esse estudo, temos a possibilidade de compreender múltiplos aspectos de programas e/ou serviços de maneira mais aprofundada.

O delineamento utilizado foi o estudo de caso, por se tratar de uma investigação que possibilita o entendimento profundo e significativo do comportamento dos processos organizacionais e gerenciais, contribuindo para a compreensão de um fenômeno específico (Yin, 2010). Esse estudo apresentou como unidade de análise a visão dos profissionais que atuam na Rede de Reabilitação da SMSA-BH sobre as questões organizacionais do trabalho em rede. A modalidade que melhor se aplica a essa pesquisa é a exploratória, por se tratar de uma temática ainda pouco conhecida e estudada em sua profundidade (Gomes, 2014).

4.2 Cenário

O estudo foi realizado no município de BH que apresenta extensão de 330,95km², com cerca de 7.647 habitantes/km² e população total de 2.530.701 habitantes (Belo Horizonte, 2022ac). No último censo, realizado pelo IBGE em 2010, BH apresentou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), parâmetro utilizado para avaliação de qualidade de vida, de 0,810, considerado “Muito Alto” (valor próximo a 1,0).

Os serviços e Unidades de saúde estão distribuídos territorialmente, com divisão em nove áreas administrativas, também denominadas regionais de saúde, para melhor gestão e planejamento de acordo com suas necessidades locais, sendo eles: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (Belo Horizonte, 2018) (Figura 1).

Figura 1 – Regionais de saúde do município



Fonte: Belo Horizonte (2018).

A APS do município é coordenada por uma Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS), localizada na SMSA. Com a finalidade de aproximar a gestão dos serviços ofertados no território, seguindo o princípio da descentralização, cada regional dispõe de uma Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE), com um profissional em cargo de Referência Técnica (RT) para a coordenação das equipes de NASF-AB.

A APS caracteriza-se como a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema de saúde, e possui papel fundamental na reabilitação dos indivíduos através do trabalho interprofissional desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família e as

equipes de NASF-AB, estas compostas por: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Cabe ressaltar que a disposição de cada equipe é fundamentada a partir das demandas territoriais de cada regional de saúde, podendo as Unidades não apresentarem essa configuração completa (Belo Horizonte, 2019, 2020).

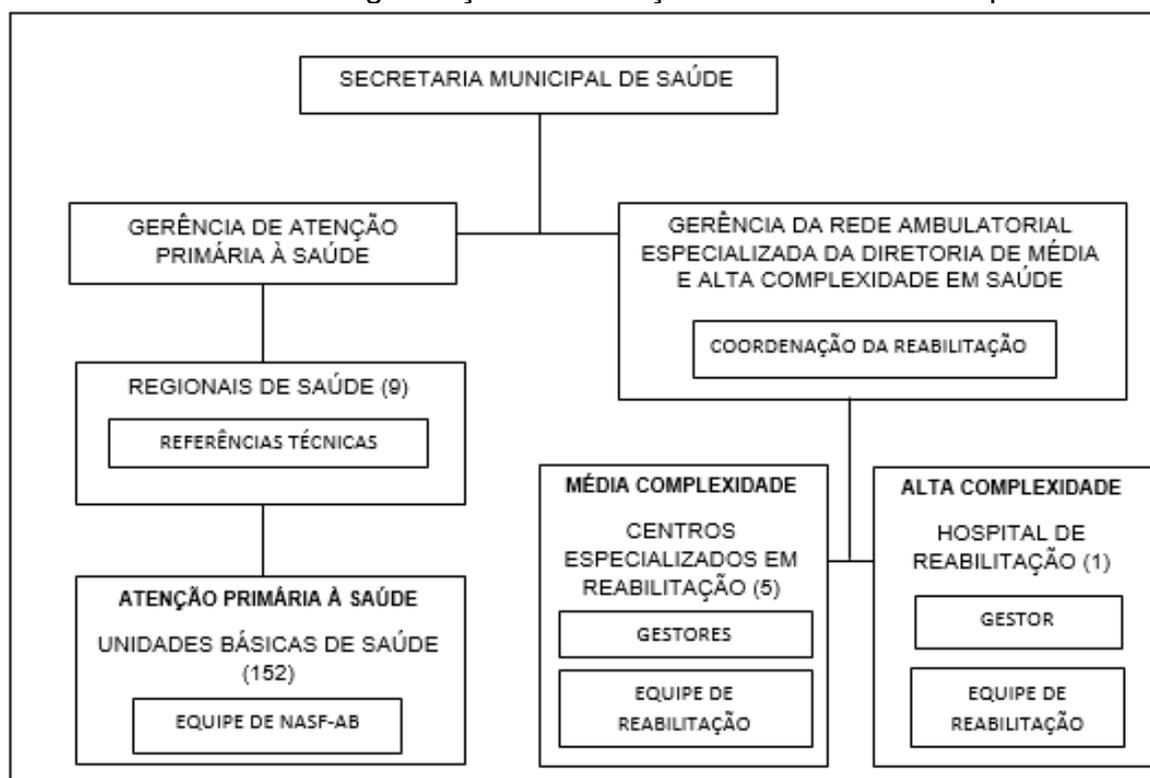
Os serviços de reabilitação da Média e Alta Complexidade de todo o município são orientados sob a organização e planejamento da Coordenação da Reabilitação, que é parte integrante da Gerência da Rede Ambulatorial Especializada da Diretoria de Média e Alta Complexidade em Saúde, localizada na SMSA.

Como referências para a reabilitação na Média Complexidade (MC), o município conta com quatro CER's para atendimentos das demandas de todo o território, dispostos no seguinte arranjo organizacional: o CER Centro-sul atende as regionais Centro-sul e Pampulha; o Leste as regionais Leste e Nordeste; o Noroeste as regionais Noroeste e Oeste; o Venda-Nova a regional Norte e Venda-Nova; e o Barreiro apenas a regional do Barreiro (Belo Horizonte, 2022aa).

Essas Unidades de Saúde contam com um gestor local e a seguinte composição nas equipes: assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos (acupunturista, antroposófico, fisiatra, ortopedista, oftalmologista, neurologista e otorrinolaringologista), nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Importante destacar que as especialidades médicas não estão disponíveis em todas as unidades citadas, sendo algumas delas referência para o atendimento dos usuários de todas as regionais de saúde (Belo Horizonte, 2019, 2022).

No que diz respeito a Alta Complexidade, o município conta com um Hospital de reabilitação para atendimento à população. O serviço é restrito ao atendimento de usuários com demanda para a modalidade de reabilitação física, em caráter de internação, e a equipe responsável por esse atendimento é composta por profissionais de saúde das seguintes categorias: fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (Belo Horizonte, 2022aa).

Neste estudo foram incluídos participantes de forma a contemplar os serviços dos três pontos de atenção da Rede nas nove regionais de saúde, considerando a estrutura organizacional do município descrita no quadro abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 – Organização dos serviços de saúde do município

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

4.3 Participantes

Os participantes do estudo (N=33) foram selecionados intencionalmente, iniciando-se pelos profissionais de saúde que compõem os cargos de gestão na Rede de Reabilitação, que totalizam 16, sendo: Coordenador(a) da Reabilitação (n = 1), Gestores dos quatro CER's (n = 5), RT do Hospital de Reabilitação (n = 1) e as Referências Técnicas das regionais de saúde (n = 9).

A escolha por esses profissionais fundamenta-se em uma atribuição do trabalho comum a todos os gestores: a de promover a articulação e integração entre os serviços especializados de reabilitação e a APS (Belo Horizonte, 2021, 2022a).

O contato com os profissionais foi realizado, via e-mail e aplicativo de mensagens, pela própria pesquisadora através de um convite onde foram mencionados os objetivos do estudo e aspectos éticos a serem respeitados. No final das entrevistas foi solicitado a esses gestores indicarem profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais da assistência, e estes foram convidados a comporem a amostra do estudo. A eleição dessas classes de profissionais, atuantes nos CER's, nas equipes de NASF-AB e no Hospital de Reabilitação, justifica-se por

serem considerados como referências para o atendimento às quatro modalidades de reabilitação.

Essa técnica de amostragem para seleção dos profissionais da assistência é denominada “bola de neve” e caracteriza-se pela identificação de informantes-chaves para a pesquisa, nomeados “sementes”, que indicaram outros possíveis participantes, de acordo com os critérios solicitados. O uso da técnica encontra-se adequado ao estudo por ser útil ao acesso de uma população específica em que não há precisão sobre sua quantidade (Vinuto, 2014).

Para determinação do quantitativo de profissionais da assistência foi utilizada a técnica de saturação, que consiste no fechamento amostral a partir do momento em que não se identificam novas informações para a pesquisa durante a coleta de dados (Barcellos; Fontanella; Turato, 2008). De acordo com Minayo (2017), cabe ao pesquisador identificar o aprofundamento, a abrangência e a diversidade nas conexões e interconexões do seu objeto de estudo e, assim, definir em qual momento será interrompida a seleção de novos componentes para as entrevistas.

4.3.1 Critérios de inclusão

Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação de BH, em cargo de gestão ou assistencial, com tempo de trabalho igual ou superior a seis meses, tempo este justificado pela necessidade de uma atuação mínima para conhecimento dos serviços, fluxos e encaminhamentos específicos.

4.3.2 Critérios de exclusão

Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação de BH, em cargo de gestão ou assistencial, que estivessem fora de suas atividades laborais no momento da coleta de dados, devido a férias e/ou de licença saúde ou maternidade, ou que tivessem menos de seis meses de trabalho no serviço, bem como aqueles que se recusassem a participar do estudo.

4.4 Coleta dos dados

Segundo Yin (2010), as principais fontes de evidência em um estudo de caso advêm de documentos, entrevistas, arquivos, observação e de artefatos físicos.

A técnica escolhida para a coleta de dados, de acordo com os objetivos do estudo, foi a entrevista individual utilizando-se de um roteiro semiestruturado. Esse modelo apresenta um certo grau de flexibilidade ao possibilitar que o pesquisador realize interferências e novos questionamentos conforme as informações surgem ao longo da entrevista (Belei *et al.*, 2008).

Triviños (1987), destaca que o uso dessa técnica valoriza a presença do pesquisador e a possibilidade de comunicação com os participantes. A temática em estudo é enriquecida pela participação efetiva dos atores na elaboração do conteúdo da pesquisa, permitindo a exploração de novas abordagens no decorrer das entrevistas.

Um roteiro semiestruturado (Apêndice A) foi elaborado a partir dos documentos norteadores das práticas de reabilitação do município. Esse instrumento apresentou como objetivo: identificar o ponto de vista e concepções dos participantes sobre a Rede de Reabilitação; compreender sobre o seu processo de trabalho e fluxos envolvidos; identificar fatores facilitadores e dificultadores, assim como a proposição de possíveis estratégias e/ou melhorias; e verificar o conhecimento no que tange o Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação (Belo Horizonte, 2022aa).

Previamente ao início da coleta de dados, em novembro de 2023, foram realizadas três entrevistas piloto em formato virtual, com profissionais que já atuaram na Rede de Reabilitação do município, em cargo de gestão e assistencial. Esses testes tiveram como objetivo avaliar o uso do roteiro, identificando possíveis problemas e necessidades de ajustes, assim como verificar questões técnicas relacionadas ao uso da plataforma escolhida, Microsoft Teams, e a média de tempo gasto nas entrevistas. Após a realização dos testes não foi constatada necessidade de mudanças no roteiro e o programa escolhido foi reconhecido como adequado para o início da coleta de dados.

O contato para início das entrevistas foi realizado primeiramente com os profissionais em cargos de gestão, por terem sido selecionados de forma intencional. É importante reiterar que os convites para participação foram enviados por e-mail pela

pesquisadora, contendo um breve resumo da pesquisa, seus objetivos, informações detalhadas sobre a plataforma utilizada e a média de tempo gasto. Para o acesso aos profissionais em cargo de RT foram enviados e-mails para os Núcleos de Educação Permanente de cada regional de saúde, que redirecionaram aos respectivos profissionais. Os profissionais que responderam ao convite de forma afirmativa enviaram suas disponibilidades de dias e horários para o agendamento da entrevista.

Os profissionais da assistência foram indicados tanto pelos gestores quanto pelos próprios colegas. O contato via aplicativo de mensagens, nesse caso, mostrou-se mais eficiente, facilitando uma comunicação rápida com os profissionais. No entanto, todos que concordaram em participar da pesquisa receberam um e-mail formalizando o convite. Nessa categoria houve uma maior dificuldade de acesso aos profissionais, com algumas ausências de respostas aos convites. Dessa forma, fez-se necessário a realização de novos contatos e solicitação de outras indicações para alcançar mais profissionais, o que foi concluído com êxito.

Em relação aos profissionais do Hospital de Reabilitação, foram realizados vários contatos, desde o envio de e-mails e telefonemas direcionados ao setor de Regulação de Casos que é responsável pela articulação com a PBH, até o convite direto aos profissionais indicados. Nesse cenário, um profissional em cargo de RT se disponibilizou a participar da pesquisa.

As entrevistas foram conduzidas pela própria pesquisadora no período de novembro de 2023 a março de 2024, com uma duração média de 35 minutos, totalizando 33 participantes. O formato escolhido foi o virtual, via plataforma Microsoft Teams, a fim de oportunizar a participação de todos os entrevistados e garantir um ambiente seguro e confortável para a coleta de informações. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, transcritas pela própria plataforma e, posteriormente, passaram pela verificação da pesquisadora para ajustes necessários.

Com o objetivo de garantir a fidedignidade das falas, as transcrições foram enviadas aos participantes, via e-mail, para aprovação, com possibilidade de acréscimo ou supressão de informações. Foi estabelecido o prazo de uma semana para análise e retorno do material enviado, sendo considerada a ausência de resposta como anuência para continuidade das etapas da pesquisa. Dos 33 entrevistados, 10 responderam ao e-mail aprovando a transcrição e/ou sugerindo alguns ajustes pontuais para melhor compreensão da sua fala.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados por meio das entrevistas virtuais foram transcritos e submetidos a Análise de conteúdo, técnica cujo objetivo é descrever as características de um texto que auxiliará na investigação do problema de pesquisa (Franco, 2008). Segundo Bardin (2016), caracteriza-se pela análise das comunicações que descreve o conteúdo das mensagens utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos, permitindo a inferência sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio, sobre um grupo, fatos e acontecimentos.

A realização dessa técnica é sugerida em três etapas cronológicas: a primeira é a de organização, que compreende uma pré análise dos dados; a segunda se refere à codificação, que consiste na exploração do material coletado; e a terceira à categorização, onde esses dados serão tratados e interpretados (Bardin, 2016).

Na pré análise, primeiramente foi realizada a preparação do material com padronização da fonte e o tamanho em todas as transcrições, que tiveram em média 8 páginas. Em seguida estabeleceu-se um contato inicial com o material por meio do processo de leitura flutuante, para identificação das primeiras impressões, iniciando-se pelas entrevistas dos gestores seguido dos profissionais da assistência. Nas etapas de codificação e categorização, para a elaboração das categorias pré-analíticas, optou-se pelo método dedutivo tomando como base as perguntas formuladas para o roteiro semiestruturado e o referencial teórico deste estudo. Após a identificação das possíveis categorias foi realizada uma nova leitura das transcrições para marcação dos trechos que correspondiam a essas categorias temáticas.

As falas destacadas foram dispostas em uma planilha no programa Microsoft Excel® para melhor visualização e exploração, sendo os entrevistados identificados com a letra “P” e um número correspondente, variando de 1 a 33. A partir da análise dos dados coletados foram construídas cinco categorias, cujos nomes fazem referência ao termo “nós” utilizado por Mendes (2010) para falar de Rede (Quadro 2):

Quadro 2 – Categorias

	Categorias	Descrição
1	A Rede de Reabilitação: conectando nós	- Descrição e compreensão da estrutura e funcionamento da Rede de Reabilitação, bem como os papéis dos serviços envolvidos;
2	O processo de trabalho: entrelaçando fios	- Descrição dos procedimentos e atividades envolvidas no processo de trabalho e identificação dos fatores facilitadores e dos desafios enfrentados pelos profissionais para a execução do trabalho.
3	Compartilhamento de informações: aproximando nós	- Percepção sobre a comunicação e troca de informações entre os serviços dentro da Rede de Reabilitação e sobre a eficácia das práticas de compartilhamento de informações existentes.
4	Estratégias e Inovação: fortalecendo os fios	- Proposição de abordagens, técnicas ou métodos para melhorar o processo de trabalho e a eficácia da Rede de Reabilitação.
5	Bases normativas: esforços por configurações convergentes	- Percepção sobre os documentos norteadores, como protocolos e diretrizes, dentro da Rede de Reabilitação; Identificação da influência desses documentos na prática profissional e prestação de serviços dentro da Rede.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

4.6 Aspectos éticos

O estudo respeitou os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b).

Os convites foram enviados aos participantes por e-mail de forma individual, constando apenas um destinatário, evitando assim uma possível identificação. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram informados a respeito dos seus objetivos, assim como riscos e benefícios, que foram formalizados em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

Para a realização das entrevistas, o documento TCLE, já assinado pelas pesquisadoras, foi enviado ao participante por e-mail, com cerca de dois dias de antecedência. O participante foi orientado a realizar a leitura, caso tivesse dúvidas, reportar a pesquisadora e ao aceitar participar deveria assinar e encaminhar via e-mail o arquivo à pesquisadora, além de também armazenar uma via. Os documentos

foram arquivados em “nuvem eletrônica” com os demais documentos da pesquisa, sob a guarda da mestrandia, e permanecerão por um período de cinco anos onde serão, posteriormente, deletados. Antes do início das entrevistas eles foram informados de que as mesmas seriam gravadas para posterior transcrição após sua permissão, e que suas imagens não seriam utilizadas e/ou divulgadas.

O projeto de pesquisa foi apresentado à Assessoria de Educação em Saúde, da SMSA (instituição coparticipante) do município, para obtenção do Termo de Anuência Institucional (Anexo A). Em seguida, encaminhado para aprovação do Departamento de Gestão em Saúde da Escola de Enfermagem da UFMG. Após parecer favorável, foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da SMSA para análise. As atividades foram iniciadas somente após as aprovações que se apresentaram sob os pareceres de número 6.325.409 e 6.516.040 (Anexo B e Anexo C).

4.7 Riscos

A pesquisa ofereceu riscos de possíveis desconfortos relacionados ao receio e constrangimento pelas informações compartilhadas, assim como pelo tempo dispensado para entrevista. Diante dos objetivos desta pesquisa, buscou-se minimizar esses riscos através da garantia do acesso a um ambiente que proporcionasse privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Além disso, foi reforçado que a obtenção de informações dizia respeito apenas àquelas necessárias para a pesquisa, e o participante poderia se recusar a continuar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízos para o mesmo. Os participantes foram informados desde o início sobre a previsão de tempo gasto para a entrevista para que pudessem se organizar. Não foi relatado nenhum desconforto por parte dos participantes durante as entrevistas.

Por se tratar de uma coleta de dados com a utilização de ambiente virtual, também houve riscos relacionados ao uso da tecnologia, que foram minimizados pela pesquisadora através do envio de orientações de ingresso na plataforma através do mesmo e-mail de divulgação do link.

Dentro dessas orientações também foi abordado sobre uma possível remarcação em caso de problemas com a rede de internet. Dois participantes enfrentaram dificuldades dessa natureza, resultando no adiamento de suas

entrevistas. As remarcações foram realizadas de acordo com a disponibilidade na agenda de cada participante, garantindo que nenhum deles fosse prejudicado. Parte superior do formulário

Por último, é importante ressaltar as limitações da pesquisadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação, em função do ambiente virtual.

4.8 Benefícios

O benefício direto desta pesquisa foi a disponibilização de informações sobre o ponto de vista dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação do município, sobre a gestão do trabalho. Espera-se que o produto tecnológico elaborado (Apêndice D) a partir deste estudo auxilie na discussão e melhoria do processo de trabalho, garantindo maior qualidade e resolutividade nos serviços ofertados à população.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

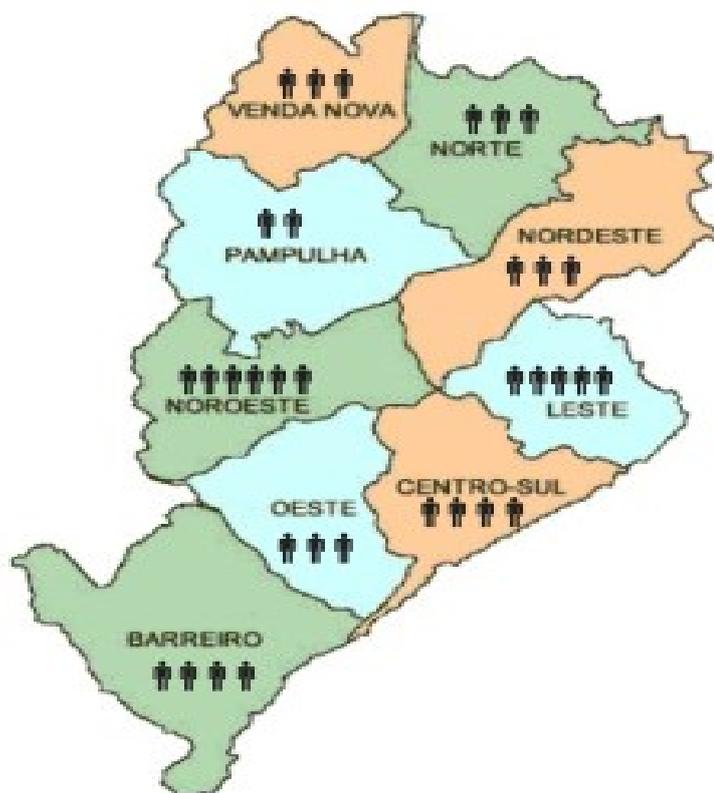
Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados e à discussão referente à visão dos profissionais que atuam na Rede de Reabilitação de BH sobre os aspectos organizacionais do trabalho em Rede, coletadas por meio das entrevistas e considerando o objetivo geral deste estudo.

Inicialmente, serão abordados alguns aspectos relativos às características dos participantes deste estudo, com o objetivo de buscar estabelecer possíveis influências sobre o ponto de vista dos profissionais. Em seguida, serão apresentadas as categorias temáticas analisadas e interpretadas a partir das entrevistas realizadas.

5.1 Caracterização dos participantes

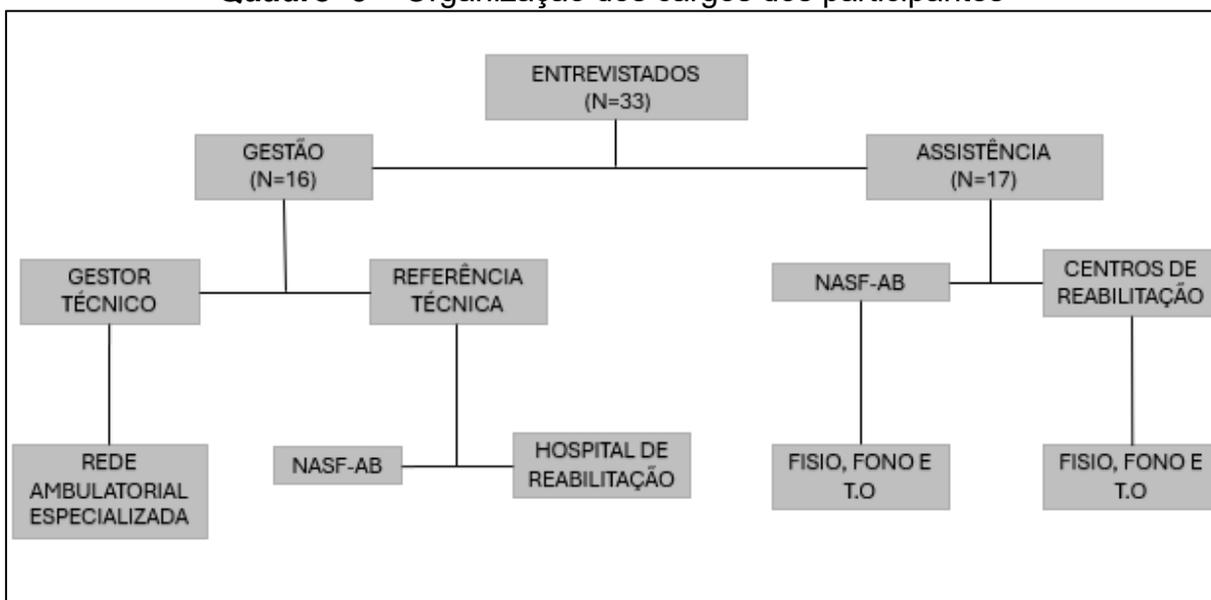
O estudo contou com a participação de 33 profissionais da Rede de Reabilitação do SUS de BH, dos quais 16 ocupavam cargos de gestão e 17 cargos assistenciais. A maioria dos participantes era do sexo feminino, totalizando 94%, com idade média de 41 anos e tempo de serviço na PBH com variação de 6 meses a 31 anos. Em relação à formação profissional, cerca de metade da amostra eram fisioterapeutas (48,5%), seguidos por terapeutas ocupacionais (24,2%), fonoaudiólogos e nutricionistas (9,1% cada), enfermeiros (6,1%) e profissionais de educação física (3%). A distribuição dos profissionais por regionais do município está ilustrada na figura abaixo (Figura 2):

Figura 2 – Distribuição dos participantes por regionais de saúde



Fonte: Adaptado pela autora de Belo Horizonte (2021).

Com base nos objetivos traçados, os participantes da pesquisa foram profissionais que atuam na Rede de Reabilitação do SUS-BH, organizados em dois grandes grupos, gestores e profissionais da assistência, como representado no quadro a seguir (Quadro 3):

Quadro 3 – Organização dos cargos dos participantes

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Os 33 entrevistados foram numerados de acordo com a ordem em que suas entrevistas foram realizadas e analisadas, seguindo a organização por cargos. A sequência iniciou-se com os gestores técnicos, seguidos pelas Referências Técnicas (RT) e pelos profissionais da assistência (Assistencial), conforme demonstrado na tabela abaixo (Tabela 1):

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Nº dos participantes	Função	Tempo na Unidade (anos)
P1	Gestor técnico	5
P2	Gestor técnico	1,5
P3	Gestor técnico	6
P4	Gestor técnico	0,7
P5	Gestor técnico	7
P6	Gestor técnico	3
P7	Gestor técnico	5,5
P8	RT	0,7
P9	RT	6
P10	RT	1,8
P11	RT	5
P12	RT	14
P13	RT	1,3
P14	RT	0,6
P15	RT	17
P16	RT	1,5
P17	Assistencial	2
P18	Assistencial	0,7
P19	Assistencial	4,5
P20	Assistencial	5
P21	Assistencial	0,5
P22	Assistencial	2
P23	Assistencial	4
P24	Assistencial	13
P25	Assistencial	11
P26	Assistencial	0,6
P27	Assistencial	18
P28	Assistencial	0,5
P29	Assistencial	10
P30	Assistencial	0,6
P31	Assistencial	31
P32	Assistencial	2,5
P33	Assistencial	13

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

5.2 A Rede de Reabilitação: conectando nós

Nesta categoria de análise abordaremos a descrição e compreensão da estrutura e do funcionamento da Rede de Reabilitação, bem como os papéis dos serviços envolvidos. Os relatos dos profissionais revelaram existir um consenso entre a maioria dos participantes no entendimento de que a Rede de Reabilitação é composta por serviços de saúde ofertados nos três níveis de atenção: Atenção Primária, Secundária e Terciária. Por outro lado, a forma como descreveram o funcionamento da Rede de Reabilitação do Município reflete o cenário e contexto de atuação em que estão inseridos profissionalmente. Os gestores técnicos, membros da Rede Ambulatorial Especializada, apresentaram uma descrição mais detalhada acerca dos Centros de Reabilitação (Média Complexidade), fornecendo, inclusive, informações sobre as habilitações concedidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com as quatro modalidades de reabilitação ofertadas, embora compreendam a Atenção Primária como porta de entrada:

A rede de reabilitação hoje está associada à Atenção Primária, por meio do NASF-AB. E temos a Atenção Especializada que é formada por cinco CREAB's, né? Quatro são habilitados pelo Ministério da saúde como Centros Especializados em Reabilitação, sendo o CREAB Noroeste o CER 4, onde atende todas as modalidades. O CREAB Venda Nova, como um CER 3, que atende a (reabilitação) física, a intelectual e a auditiva e os CREAB's Leste e Centro-sul são habilitados como CER 2 atendendo a (reabilitação) intelectual e a física. O CREAB Barreiro não tem nenhuma habilitação ainda e lá atualmente estão atendendo a reabilitação física e intelectual, né? [...] A gente conta com clínicas conveniadas de reabilitação, de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. E a gente tem um hospital terciário, que é o Paulo de Tarso, que a regulação de acesso vai se dar pelo CREAB (P5).

Em Belo Horizonte nós temos a rede de reabilitação composta nos 3 níveis de atenção, o nível primário, secundário e o terciário [...] A porta de entrada é pela APS, que é a Atenção Primária à Saúde, né? Ele (o usuário) é encaminhado, então o CREAB não é um serviço de porta aberta, é um serviço que funciona a partir do referenciamento da atenção primária ou da terciária, né? (P6).

Os profissionais que ocupam os cargos de RT e Assistencial, por sua vez, enfatizaram em suas falas, além do papel da APS como porta de entrada preferencial para os usuários aos serviços de reabilitação do SUS, a sua função enquanto coordenadora e ordenadora da Rede:

Bom, o usuário que necessita de reabilitação tem várias possibilidades na rede. A porta de entrada é sempre a Atenção Primária, mas dependendo da situação clínica dele, ele pode ser diretamente absorvido pela Atenção Secundária. Então, muitas vezes, apesar de ser um usuário para Atenção Secundária, ou também para (Atenção)Terciária, ele vai passar por uma avaliação da equipe de NASF, que é a equipe de referência para reabilitação na Atenção Primária. Então, a gente tem essa porta de entrada e o usuário vai acessar a reabilitação conforme a necessidade dele (P13).

Então, eu entendo que a reabilitação ela vai atravessar os diferentes níveis de atenção, um dos pontos seria a Atenção Primária, na qual eu atuo, então o NASF seria uma ponta da rede de reabilitação do município [...] E aí quando a gente entende que os nossos recursos são insuficientes, que as condições são mais complexas do que a gente dá conta de alcançar, a gente encaminha para outros níveis de atenção. O nosso grande apoiador seria o CREAB, que é o Centro de Reabilitação [...] E num terceiro nível, seria a reabilitação hospitalar, né? Que eu tenho pouco contato (P19).

Os entrevistados compartilham uma visão comum sobre a organização dos serviços de reabilitação a partir da APS. Nesse contexto, o encaminhamento dos usuários para os outros pontos da Rede é baseado em uma avaliação realizada pelos profissionais do NASF-AB, que desempenham o papel de microrreguladores nesse fluxo de cuidado. Eles atuam como facilitadores no direcionamento dos usuários aos serviços especializados conforme suas demandas e necessidades individuais, garantindo uma abordagem integral. Esse papel estratégico do NASF-AB é fundamental para fortalecer a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e otimizar os recursos disponíveis no sistema de saúde:

Eu acredito que o funcionamento da reabilitação em BH tem que estar vinculado à Atenção Primária. É a Atenção Primária que gerencia o cuidado, e essa Atenção Primária é que deve solicitar quando acontece a necessidade de uma intervenção da Atenção Secundária. Em princípio os pacientes com menor complexidade têm que ser atendidos na Atenção Primária, tá? [...] a não ser que ele tenha uma grande limitação funcional. Alguns casos, como uma limitação funcional moderada, podem ser atendidos nas clínicas conveniadas. Agora, aqueles pacientes que têm uma limitação funcional mais elevada [...] são perfil de atendimento no CREAB (P31).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 21 de setembro de 2017, a Atenção Primária compreende uma ampla gama de ações de saúde que incluem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para os indivíduos e seus familiares dentro de um território específico. Em uma de suas disposições, a Política também reafirma a APS como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, além de destacar a sua função enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado e das ações e serviços ofertados na Rede (Brasil, 2017b):

[...] o principal nosso lá, na APS, e que ninguém vê, que eu acho que é o mais complexo, é que nós somos o coordenador do cuidado. Isso não é nada simples, você acolher um usuário, entender todo o contexto que ele está inserido, o que é que ele tem. A gente é quem faz essa avaliação, essa triagem inicial, porque a partir dessa avaliação é que nós vamos direcionar para qual serviço dessa rede complexa que ele vai (P25).

O conceito de coordenação do cuidado implica na gestão eficaz das diversas ações e serviços de saúde, tanto horizontalmente (dentro do mesmo nível de atenção) quanto verticalmente (entre diferentes níveis), utilizando mecanismos e instrumentos específicos para o seu planejamento, definição de fluxos, comunicação e integração. A APS deve ser capaz de elaborar, organizar e acompanhar o itinerário terapêutico dos usuários dentro da Rede, através do compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes pontos de atenção, com o objetivo de reduzir as barreiras de acesso, assegurando uma oferta de cuidados adequados às necessidades da população (Almeida *et al.*, 2018; Mesquita *et al.*, 2023).

Os relatos dos participantes evidenciaram uma visão coerente sobre a Rede de Reabilitação no que diz respeito aos seus três componentes principais. Nota-se que, ao explicar o funcionamento da Rede, mencionaram que o trabalho da Atenção Primária envolve uma baixa densidade tecnológica e os demais pontos, Atenção Secundária e Terciária, oferecem uma assistência mais especializada. A APS exerce sua característica principal de “nó intercambiador”, como descrito por Mendes (2010), por meio da identificação das demandas de saúde da população e tomada de decisão baseada no conhecimento dos serviços ofertados:

Então tem a Atenção Primária, onde tem os processos de reabilitação com os profissionais da fisioterapia, da terapia ocupacional e da fonoaudiologia, apoiados pelo restante da equipe multidisciplinar. Nos momentos em que há necessidade, esse paciente passa pelo eixo de reabilitação a nível secundário, quando precisa de uma expertise maior para o seu tratamento. Então aí ele circula pelos CREAB's. E existem alguns momentos em que alguns pacientes específicos precisam de tratamentos mais intensivos, onde eles vão para o nível terciário (P21).

Normalmente o usuário faz a entrada pela Atenção Primária, que é a porta de entrada, e vai ser avaliado se o atendimento de reabilitação dele poderia ser feito na Atenção Primária ou ele seria encaminhado para a Atenção Secundária, né? Pros Centros de Referência em Reabilitação. Essa indicação vai depender do caso do paciente e dos critérios, que já estão predefinidos na rede. Na Atenção Primária normalmente ficam os casos mais crônicos e na Atenção Secundária aqueles casos mais agudos (P28).

A Atenção Primária, Secundária e Terciária caracterizam-se como componentes essenciais dentro da Estrutura Operacional, um dos três elementos que compõem as Redes de Atenção à Saúde. Em articulação com os sistemas de apoio, logísticos e de governança, são fundamentais para garantir uma atenção integral e resolutiva aos usuários do sistema de saúde (Mendes, 2010).

Na organização da saúde, é esperado que a APS consiga solucionar aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população por meio da utilização de recursos de tecnologias leves e leve-duras. Usuários que demandem atendimentos especializados devem ser encaminhados aos pontos de atenção de maior tecnologia, Atenção Secundária e Terciária. Esses níveis de atenção oferecem diagnósticos e tratamentos mais complexos, com capacidade para lidar com condições que exigem o uso de recursos tecnológicos avançados. A oferta de um cuidado integral depende de um percurso que seja facilitado pelos serviços da Rede existentes no território. Nesse sentido, a integração é fundamental para atender às diversas necessidades dos usuários, considerando os recursos e procedimentos tecnológicos disponíveis em cada ponto de atenção (Portela, 2017; Ferrer *et al.*, 2015).

No contexto da reabilitação, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento sobre os serviços da Rede e os critérios para acessá-los, a fim de oportunizar uma assistência resolutiva e de qualidade aos usuários. A APS, por meio dos profissionais do NASF-AB, visa facilitar o início precoce das ações de reabilitação das condições subagudas com limitação funcional leve ou moderada ou condições que se apresentam crônicas. Os CER's se constituem como serviços secundários de referência no atendimento aos usuários que apresentem graves limitações funcionais, com comorbidades associadas, e indicação de iniciar o tratamento o mais rápido possível, evitando complicações ou incapacidades. Já na Atenção Terciária, a reabilitação em regime de internação é direcionada a pacientes em fase aguda de problemas neurológicos ou ortopédicos, com boas perspectivas de melhora funcional, que apresentam suporte familiar adequado (Belo Horizonte, 2019, 2022a).

Os resultados apresentados nesta categoria evidenciam que os participantes reconhecem os componentes da Rede de Reabilitação do município e seus nós principais, competência esta importante para garantir seu funcionamento. A identificação da APS enquanto porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado foi enfatizada por participantes de todos os cargos, gestores e assistenciais, destacando a sua consolidação no cenário da saúde pública de Belo Horizonte. É

oportuno sinalizar a importância do fortalecimento técnico contínuo para os profissionais ingressantes na Rede, de maneira a garantir a continuidade do potencial de integração e articulação dos serviços que a compõem a partir da qualificação de seu recurso humano.

Nas categorias subsequentes serão explorados os aspectos relacionados à compreensão das formas de integração dessa Rede.

5.3 O Processo de trabalho: entrelaçando fios

Nesta categoria apresentaremos as particularidades dos processos de trabalho dos gestores e profissionais da assistência que atuam na Rede de Reabilitação de BH, bem como fatores que foram considerados pelos participantes como facilitadores e desafios para o desenvolvimento das suas atividades laborais.

As entrevistas dos gestores técnicos revelaram que grande parte de suas atividades laborais envolvem o gerenciamento interno da Unidade em que são responsáveis, principalmente no controle das agendas de atendimento, da verificação dos e-mails, dos recursos humanos (RH), materiais e equipamentos disponíveis:

A gente também cuida da parte técnica da unidade [...] eu faço uma análise dos e-mails recebidos [...] A gente também faz a leitura e a resposta de ouvidoria, que a gente precisa responder dentro das necessidades que os usuários colocam para a gente [...] liberação de vaga, agendamento de paciente por diferentes setores [...] monitoramento de fila de espera [...] A gente também faz a distribuição das vagas de alguns serviços que têm as vagas ofertadas para nós[...] a gente cuida também das questões de manutenção da unidade, do gerenciamento de equipamentos, que às vezes dão problema (P2).

Dentro da minha rotina, hoje, o que tem me desgastado e ocupado muito o meu tempo é a parte administrativa que o gerente é responsável. Então a questão do RH [...] se um servidor pediu transferência ou é um contrato que saiu, eu tenho que fazer essa solicitação da reposição de vaga. Eu faço acompanhamento da carga horária, então a gente tem um ponto eletrônico, eu acompanho se o servidor tá cumprindo (P3).

Então, é um dia que eu chego com demandas para resolver, mas que surgem outras. Isso é a vida do gerente de uma maneira geral, né? O planejamento, a organização do serviço, eu tenho que dar conta desde equipamento funcionando adequadamente até as questões básicas de uma gestão, por exemplo, de quadro de RH. Além disso tem os insumos e junto com isso, eu tenho que pensar no planejamento, né? [...] Então o dia inteiro também eu lido com e-mails que eles me mandam, telefonemas... (P7).

O acompanhamento e a orientação do trabalho das equipes das Unidades, assim como a articulação com outros pontos de atenção da Rede também foram mencionados pelos gestores técnicos enquanto parte integrante do processo de trabalho:

Eu acho que o meu papel de gestora é acompanhar o trabalho da unidade, né? Então é verificar como está o atendimento do usuário, acompanhar a demanda [...] Eu estou ali sempre para ajudar o meu servidor, tanto administrativo quanto assistencial, a dar essa resposta para o usuário. E, além disso, eu acompanho o trabalho das equipes. Eu funciono aqui com coordenação de equipe, tá? Então eu tenho um encontro semanal com alguns coordenadores e a gente conversa sobre as principais demandas das equipes e eu também levo para eles as diretrizes que eu recebo (P3).

Eu visitei os Centros de Saúde (da Regional) para conversar com os médicos e os enfermeiros das equipes e os ACS. Então a gente fez uma roda de conversa para entender o que eles entendiam por CREAB, quais eram as dificuldades do encaminhamento. Justamente uma aproximação para a gente poder estreitar um pouco esses laços, sabe? Fortalecer os canais de comunicação, porque eu acho que esse é um caminho para a gente começar (P4).

A gente tem algumas articulações que são mais da nossa rotina, por exemplo, com o NASF na Atenção Primária, que os próprios profissionais conseguem fazer isso. Mas às vezes é preciso articular com o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental), por exemplo, que é um serviço que não é da nossa rotina, então eu tenho que intermediar [...] As reuniões com o NASF que a gente faz mensal, eu articulo também, organizo o calendário e a programação (P6).

Os gerentes técnicos desempenham um papel crucial na direção das Unidades, garantindo a qualidade dos serviços prestados e coordenando as atividades necessárias para o seu funcionamento. A Lei Municipal nº 6.794, de 19 de dezembro de 1994 define o papel do gerente de Unidade de Saúde em BH, que envolve: dirigir a Unidade, zelando pela qualidade dos serviços prestados; a programação da Unidade ao Distrito Sanitário de referência; a coordenação de atividades necessárias ao funcionamento da Unidade; a promoção de reuniões de trabalho com o objetivo de integrar e articular as equipes; a promoção da coleta, sistematização e análise das informações de saúde da Unidade para serem enviadas ao Distrito; a administração de pessoal, recursos materiais, manutenção de equipamentos, instrumental e zeladoria das instalações; e gerenciais os recursos financeiros alocados na Unidade (Belo Horizonte, 2022b).

Já os profissionais em cargo de RT têm como cenário de trabalho a GAERE, localizada nas Regionais de Saúde ou “Distritos Sanitários”, como são mais

comumente chamados na Rede. Embora algumas falas tenham descrito o acompanhamento das equipes de NASF-AB e das Academias da Cidade como atribuições desses profissionais, os relatos em geral evidenciaram que a maioria das RTs possuem diversas outras frentes de trabalho, para além daquelas atribuições:

Hoje eu estou dentro de um núcleo, que é a GAERE. A gente tem um núcleo de epidemiologia, de regulação...E dentro desses núcleos temáticos, eu estou no de assistência, onde entra o NASF, as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e o PRHOAMA, que tem a homeopatia, acupuntura, o Lian Gong e agora as Hortas. Entra também o Programa de Tabagismo como estratégia de promoção à saúde e as Academias da Cidade. Se eu pudesse descrever a minha rotina de trabalho, é basicamente acompanhar essas frentes (P8).

Isso já foi redividido [...] Então essas outras frentes que elas (outras RTs) têm, eu já não tenho mais. Hoje eu estou só enquanto RT do NASF e Academias e na coordenação do núcleo de atenção psicossocial, promoção, prevenção e intersectorialidade. Então eu participo de todas as discussões das categorias que estão aqui dentro do núcleo (P11).

Enquanto funções e responsabilidades do cargo de RT do NASF-AB, os participantes apontaram principalmente o acompanhamento e suporte aos profissionais em seus processos de trabalho, a colaboração com os gestores dos CS's na organização das demandas institucionais, a articulação intersectorial e dentro da própria Rede de Reabilitação, além de promoverem reuniões, alinhamentos técnicos e capacitações junto à Secretaria de Saúde:

A gente, enquanto Referência Técnica, tem que estar junto dos profissionais. Você é acionado o tempo inteiro para esclarecimento de fluxo, para pensar em estratégias de cuidado, em propostas de grupo, sabe? E a gente acaba ajudando muito o gestor também a gerir o NASF, para pensar em dinâmica, em processo de trabalho, em logística de agenda mesmo, de organização de NASF e de Equipe de Saúde da Família. Como apoiador institucional, que aí vai para além de NASF, envolve toda uma dinâmica de organização do Centro de Saúde, de sala de espera, de recepção, de coleta de demanda espontânea (P10).

Eu conduzo as reuniões gerais (de NASF-AB) uma vez por mês. É uma oportunidade de estar todo mundo junto, dos diferentes polos [...] Não existe esse lugar de Referência Técnica de reabilitação, mas é um lugar que naturalmente acaba sendo ocupado pela RT do NASF. A coordenação da reabilitação tem feito um movimento da gente participar, pontualmente, de algumas reuniões com as gerentes de CREAB, para justamente alinhar essa parte (P9).

A gente faz articulações também com a rede intersectorial, então são muitas reuniões também de discussões de casos que perpassam pela política da educação, pela política da assistência social [...] Preciso articular agendamentos, inclusive com o secundário o tempo todo, né? Eu faço um contato muito direto por telefone com a gerente do CREAB; tem casos que

não foram resolvidos, que não podem esperar, eu mesma já faço essa articulação (P11) .

Faço uma organização de ações do NASF, né? [...] Eu sou a interlocução do NASF com a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde. Eu fico aí nessa ponte, buscando as informações da reabilitação, buscando informação de capacitação, de alinhamento junto com a coordenação e a diretoria regional aqui (P13).

Quanto à normatização do trabalho desse grupo, o documento denominado Guia de Atribuições dos Núcleos Temáticos – GAERE é considerado como o padrão de referência para a organização das ações das gerências nas nove Diretorias Regionais de Saúde do município. Nele constam as definições das atribuições dos núcleos temáticos da GAERE: vigilância epidemiológica e imunização; processos estratégicos, atenção especializada e regulação; coordenação do cuidado nos ciclos de vida; e atenção psicossocial, promoção, prevenção e intersetorialidade; bem como as atribuições comuns a todos os coordenadores e as Referências Técnicas da GAERE (Belo Horizonte, 2021).

Os profissionais em cargo de RT atuam principalmente no núcleo de Atenção Psicossocial, Promoção, Prevenção e Intersetorialidade, conforme informado pelos entrevistados, podendo colaborar com os demais. São estabelecidos no Guia, enquanto macroprocessos desse núcleo, as ações relacionadas à Rede de Saúde Mental, Arte da Saúde, População de Rua, Violências, Pessoas com Deficiência, NASF, Academia da Cidade, Lian Gong, Reabilitação, Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PHROAMA), Grupo de Trabalho da Promoção à Saúde (GTPS), Tabagismo, Núcleos Intersetoriais Regionais (NIR), Conselho Tutelar, dificuldade de aprendizagem e Programa Saúde na Escola (PSE). Dentre as atribuições comuns ao cargo de RT, em relação ao NASF-AB, há o acompanhamento das atividades dos profissionais e o apoio aos gerentes das Unidades de Saúde, assim como a criação, coordenação e fortalecimento de Colegiados Regionais (Belo Horizonte, 2021).

Com relação ao grupo dos profissionais em cargo assistencial, os relatos revelaram que os profissionais dos CER's seguem uma rotina de trabalho mais bem definida e estabelecida. Isso ocorre por estarem em um cenário de trabalho e atuarem de forma sistematizada por agendamento, e ao mesmo tempo com demandas direcionadas à sua especialidade:

Então, eu tenho atendimento em consultório, né? Ele é individual ou um atendimento compartilhado, geralmente com a terapia ocupacional. Eu sou reguladora, tenho um horário semanal de avaliação. A gente faz uma triagem [...] Eu sou acolhedora uma vez por semana, durante duas horas, de paciente geral (P27).

No Centro de Reabilitação durante a semana eu atendo 25 pacientes e normalmente esses pacientes ficam um período de 3 meses. São atendimentos individuais, com duração de 45 minutos. E a rotina em si, ela não muda muito, né? Os pacientes são específicos da minha área de atuação (P28).

Segundo o Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada, os CER's têm como principais atribuições a promoção da autonomia dos usuários através do desenvolvimento de suas potencialidades físicas, cognitivas, sensoriais e psicossociais (Belo Horizonte, 2022aa). Estas atribuições são praticadas por meio de planejamento e execução de ações terapêuticas específicas para os diferentes tipos de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual): avaliações, exames, prescrições e orientações sobre o uso de órteses, próteses e materiais especiais. Os profissionais devem participar ativamente na construção de linhas de cuidados do estabelecimento de parcerias na rede SUS/BH, assim como colaborar na padronização e implantação de protocolos assistenciais. Adicionalmente, devem promover a articulação de serviços através de fóruns de integração mensais e oferecer suporte técnico pedagógico por meio de matriciamento das equipes de reabilitação da rede própria e dos municípios (Belo Horizonte, 2022a).

Em contraste, os profissionais da Atenção Primária apresentam uma maior diversificação de ações e cenários em seu cotidiano de práticas. Os profissionais da APS em BH podem ser responsáveis pelo atendimento aos usuários de até três UBS's, com uma variedade maior de modalidades de atendimentos, evidenciando a necessidade do perfil generalista em todos os ciclos de vida:

Às segundas à tarde é um dia que eu tenho reunião de matriciamento em uma das Unidades e a gente tem uma reunião de Pólo, que é uma reunião onde a gente se reúne mensalmente para poder discutir os processos de trabalho do coletivo NASF. Algumas segundas também eu faço atendimentos agendados e posso fazer visitas [...] Às terças de manhã, eu fico no Centro de Saúde, aí eu divido o consultório com outro profissional e depois a gente tem dois grupos num espaço cedido que fica fora da Unidade [...] às quartas atualmente eu divido o consultório com outro profissional, e aí normalmente eu faço atendimentos individuais e visitas quando tem demanda [...] uma vez por mês à tarde, eu e uma colega do NASF estamos fazendo um grupo com as escolas lá da região [...] Aí, às quintas-feiras eu fico na Unidade e divido o consultório com uma outra profissional. Normalmente a gente faz visitas depois das 10h quando tem o transporte da coleta [...] E aí na sexta-feira de

manhã eu estou em um outro Centro de Saúde e aí eu divido o consultório e faço uma visita. E a gente tem um grupo de prevenção de quedas depois. E aí, depois do grupo, uma vez por mês, a gente tem a reunião geral do NASF (P19).

Eu sou profissional de 40 horas, né? Então eu tenho uma divisão, assim, 20 horas para cada unidade. Atualmente, essa divisão se dá em dias da semana e a gente reveza a sexta-feira entre as duas unidades (P29).

Nunca um dia é igual a outro, assim, no sentido até de agenda, né? Porque a gente tem uma agenda de organização de tarefas, mas ela é muito diversa. Então um dia típico, por exemplo, são atendimentos individuais, reuniões com as equipes de saúde da família e com a equipe NASF. Atendimentos coletivos, de grupos, tem as demandas administrativas, de prontuário, de encaminhamento, de papel, porque é papel que vai, papel que vem. A gente tem muita demanda espontânea, assim, das pessoas que chegam na unidade e nos procuram. E ainda tem um momento de conversa mesmo, de interação com as equipes, de tirar dúvida, de conversar sobre alguma situação, sobre algum paciente. É mais ou menos isso. Isso em 4 horas diárias, né? (P30).

O público é desde bebê até idosos. Hoje mesmo eu atendi um bebê de 7 meses, mas também atendi uma senhora de 71 anos. Então tem essa diversidade mesmo no ciclo de vida (P32).

Em termos normativos os profissionais do NASF-AB devem desempenhar diversas atribuições essenciais na APS que têm a sua essência em um conjunto de intervenções e atividades de saúde, em âmbito individual e coletivo, envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Na vertente clínico-assistencial eles devem oferecer atendimentos aos usuários em seus territórios, utilizando tecnologias leves para ações resolutivas e de qualidade. Suas atividades incluem o atendimento individual em consultório, atendimento domiciliar, abordagens para o coletivo (como mutirões, sala de espera e eventos), grupos operativos e oficinas de saúde, além de atendimentos compartilhados entre os profissionais da própria equipe e as Equipes de Saúde da Família (eSF). Os profissionais também devem realizar intervenções em espaços comunitários, participar na construção de Projetos Terapêuticos Singulares, e de reuniões de matriciamento com as eSF para discussão de casos e orientações técnicas. Além disso, devem promover articulações com diferentes serviços e setores da sociedade (articulações intersetoriais) para integrar ações e ampliar o cuidado integral à saúde dos usuários (Belo Horizonte, 2022a; Brasil, 2017b).

A vertente técnico-pedagógica do NASF-AB abrange diversas estratégias fundamentais para o fortalecimento da APS. Os profissionais devem oferecer suporte técnico-pedagógico às eSF, atuando como apoio matricial para capacitar e orientar sobre práticas integrativas em saúde. Eles devem qualificar os encaminhamentos para

outros pontos da Rede, assegurando uma assistência contínua e adequada aos usuários. Além disso, devem colaborar no mapeamento das pessoas com deficiência no território, garantindo uma abordagem inclusiva, e oferecer educação permanente para as equipes na área de reabilitação, promovendo a atualização constante dos conhecimentos e práticas. No apoio à regulação, devem realizar a microrregulação de casos junto às equipes da APS e revisar as filas de espera para a Rede Ambulatorial de Reabilitação, buscando otimizar o acesso e a eficiência dos serviços prestados (Belo Horizonte, 2022a).

Diante da reflexão sobre seus processos de trabalho, emergiram relatos sobre as dificuldades encontradas para o trabalho em Rede. Em relação aos gestores, de uma forma geral, a falta de integração entre os nós da Rede de Reabilitação foi a barreira mais citada. Os gestores técnicos observam divergências no processo de trabalho entre os CER's, destacando a falta de padronização dos serviços e de uma construção conjunta de "modos de fazer":

E aí uma coisa que dificulta muito na rede é que cada CREAB é um mundo diferente e funciona de um jeito. Então, depende muito da cabeça de quem está lá gerindo. É lógico que tem a diretriz e todo mundo segue, né? Mas o modo de fazer é um modo que cada um faz de um jeito. Isso é uma coisa que eu acho que dificulta, que aí é uma Rede que não está integrada, é a fragilidade da Rede. Se está frágil entre os CREABs, imagina entre os serviços que não são CREABs, né? (P4).

Embora as divergências entre os CER's citadas pelos participantes não tenham sido especificadas, foi mencionado que elas estão mais relacionadas à diferença de perfil dos gestores e suas abordagens, o que resulta em variações na condução dos serviços:

Eu acho que a gente precisa ainda construir um trabalho dos gestores dos CREABs, tá? Uma parceria maior. Eu sinto uma fragilidade nesse grupo, sinto que poderia ser mais parceiro, poderia construir mais junto e eu sinto, às vezes, uma diferença de condução, uma diferença de perfil de gestor, que não agrega, né? Porque a diferença existe. Eu acho bacana quando a gente consegue construir alguma coisa, mas eu tenho percebido que a gente não está conseguindo construir. Está faltando ali para mim algo que venha agregar para esse grupo, que eu acho que é um grupo bom, de bons gestores e que a gente pode crescer muito enquanto reabilitação, né? E que às vezes, as diferenças de valor, de pensamento, ao invés de agregar elas dividem esse grupo, então esse para mim é um ponto frágil (P3).

Apesar de se caracterizarem como o mesmo tipo de serviço, foi destacado que as Unidades apresentam diferenças na estrutura física, no quadro de funcionários,

nas modalidades de reabilitação e estão localizadas em regionais diferentes no município, o que pode justificar a diferença na condução:

[...] porque num certo momento cada CREAB atuava de uma forma. Hoje ainda tem coisas específicas de cada um, até porque temos modalidades diferentes ou temos serviços diferentes, às vezes realidade de territórios diferentes, mas é algo mais padronizado assim, mais parecido. Antigamente tinham mais coisas destoantes (P5).

No entanto, é fundamental garantir que não haja disparidades no acesso dos usuários aos serviços e que todos desempenhem as atribuições descritas nos documentos norteadores, como a Política Nacional de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o Guia de Diretrizes. Ao alinhar as práticas com as diretrizes estabelecidas pretende-se assegurar que todos os usuários tenham acesso equitativo a tratamentos e cuidados adequados, independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou outras variáveis.

O estabelecimento de uma linguagem comum e práticas alinhadas entre os gestores pode facilitar a colaboração interdisciplinar e o compartilhamento de melhores práticas, além de otimizar recursos. Isso não apenas fortalece a coesão entre os diferentes serviços, como também melhora a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, proporcionando uma experiência mais resolutiva e eficaz dentro da Rede de Saúde.

Quanto às Referências Técnicas, estas identificam um distanciamento importante entre as coordenações do NASF-AB e da Reabilitação, e reconhecem a necessidade de maior aproximação desses setores gestores para melhor compreensão dos serviços e compartilhamento de informações:

Mas eu também vejo que a gente precisa se aproximar de uma outra coordenação, e aí eu já te falo com olhar de Referência Técnica, que é a coordenação da reabilitação. Porque a gente precisa alinhar os processos, né? [...] A gente é RT de NASF, mas os processos da reabilitação perpassam pelas equipes de NASF. E, muitas vezes, a gente não está com todas essas informações alinhadas (P11).

[...] apesar de que eu acho que é um dificultador ainda a Secretaria entender a realidade do serviço. Ela ainda está um pouco distante, precisa estar mais próxima das Regionais para entender as diferentes realidades (P8).

No que tange à falta de integração entre a Coordenação da Reabilitação e as Regionais de Saúde, cabe sinalizar a necessidade de uma aproximação, uma vez que

as Referências Técnicas são profissionais que fazem a conexão entre o NASF-AB e a Secretaria, principalmente no compartilhamento das informações sobre a reabilitação. Nesse sentido, considerando os profissionais da APS enquanto o primeiro contato dos usuários com a Rede, a falta de alinhamento entre esses gestores pode resultar em ineficiência na comunicação sobre alterações de serviços e mudanças de fluxos de encaminhamentos, o que afeta diretamente o acesso dos usuários que necessitam de reabilitação, e gerar desgastes desnecessários para os profissionais da assistência.

A alta demanda dos serviços, com uma grande diversidade de atribuições, e a carga horária reduzida para a execução do trabalho foram dificuldades para o trabalho em Rede relatadas tanto pelos participantes em cargo de RT quanto Assistencial. A distribuição dos profissionais do NASF-AB para o atendimento de até três UBS's, segundo os entrevistados, resulta em um comprometimento da qualidade da assistência prestada aos usuários e contribui para o adoecimento dos profissionais:

Eu vou dizer pelas equipes NASF. Uma demanda enorme, avassaladora, para um profissional que às vezes tem uma carga horária de 20 horas para duas unidades. Pensar que o profissional fica 10 horas em cada unidade, na semana, isso é nada praticamente, né? Porque ele não está ali só para o atendimento. Ele está ali para as discussões, para as reuniões, evolução do sistema, para planejar as ações que ele vai executar. Então eu acho que é um tempo muito curto, sabe? Para uma dimensão de demandas que a gente tem hoje (P11).

Eu acho gerenciar essa agenda, dessa complexidade, uma das coisas mais difíceis do NASF até hoje, com essa demanda que só cresce. E aí a gente começa a ficar fazendo, fazendo, fazendo com pouca possibilidade de reflexão e de criar outras estratégias, né? Isso vai causando o nosso adoecimento, tem muitos colegas hoje que vem adoecendo (P19).

Nós temos um número grande de Equipes de Saúde da Família. Então você, infelizmente, não consegue fazer o trabalho que gostaria, por exemplo, os meus retornos de visita domiciliar. Eu não consigo fazer com 1 mês, de forma alguma, eu consigo fazer com 2-3 meses, dependendo do caso. Então se a gente tivesse um número menor de Equipes de Saúde da Família, porque a gente tem 11 equipes mais o baixo risco. Isso é algo que está fora do que é preconizado pela portaria da Secretaria de Saúde, que é de cinco a nove equipes. Então isso é um grande dificultador, porque você poderia estar desempenhando um trabalho melhor, mas você não consegue porque você tem um número grande de equipes (para atender) (P31).

A situação de sobrecarga de trabalho dos profissionais do NASF-AB é crônica e já descrita na literatura. Uma revisão integrativa realizada recentemente revelou a incorporação de atribuições por essas equipes que excedem o escopo recomendado. Esse excesso de demanda de trabalho foi identificado como fator colaborador para o

aumento de ações individuais em detrimento das coletivas, o que diverge dos propósitos da APS (Silva *et al.*, 2021). Esse fenômeno também foi mencionado por profissionais da assistência, como evidenciado a seguir:

Os dificultadores, eu acho que é a carga horária para a demanda de trabalho que a gente tem hoje, que é uma demanda absurda e isso compromete a assistência prestada, né? Tem comprometido a assistência no sentido, assim: o que é promoção, prevenção, reabilitação? E aí você vê o NASF fazendo de tudo um pouco, menos aquilo que ele deveria fazer, que é promoção e prevenção. Então, isso tem gerado um impacto gigante (P18).

Um estudo realizado no Rio de Janeiro sobre o processo de trabalho do NASF-AB identificou que grande parte dessas equipes está comprometida com a assistência especializada de usuários de mais de nove Equipes de Saúde da Família (eSF), o que está em desacordo com as recomendações estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Em levantamento realizado pelo autor, seis das oito equipes de NASF-AB da região estudada são responsáveis pelo acompanhamento de mais de uma Unidade Básica de Saúde, o que foi fator contribuinte para a sobrecarga de trabalho (Saporito *et al.*, 2022).

As dificuldades apresentadas pelos participantes indicam a necessidade urgente de uma revisão na alocação das equipes do NASF-AB no território, na distribuição de carga horária de trabalho e nas atribuições de cada cargo. Tais ajustes são essenciais e estão diretamente ligados à otimização do financiamento do sistema, viabilizando a contratação de novos profissionais e, conseqüentemente, elevando a qualidade da assistência prestada à população na atenção às demandas emergentes e na velocidade de respostas das equipes diante das necessidades dos serviços.

Os participantes em cargo de RT também mencionaram em suas entrevistas o excesso de atribuições enquanto um dificultador para o desenvolvimento do trabalho. Em seus relatos há destaque no sentido de que esses profissionais visualizam a necessidade de estarem mais próximos às equipes de NASF-AB no seu dia a dia:

É impossível eu chegar numa função com tantas frentes e dominar isso em pouco tempo, né? [...] Eu vou te dar um exemplo, eu estou tentando fazer um folder que explica para as pessoas o que a gente tem de oferta de homeopatia, da acupuntura e do Lian Gong e eu ainda não consegui sair com ele do papel. Então tudo é difícil porque a gente tem outras prioridades que são mais emergentes do que isso no momento, entende? [...] A gente precisa ampliar o nosso RH da rede como um todo, ele é muito enxuto para o tanto de frente e de demanda que a regional tem (P8).

É um desafio muito grande, porque se a gente ficasse só por conta (do NASF), eu acho que a gente conseguiria acompanhar muito mais de perto o processo. Mas aí a gente vira apoiador institucional, coordenador de núcleo, vai ganhando um tanto de função que acaba, às vezes, sobrepondo a agenda, sabe? [...] eu acho que é uma função que a gente deveria estar mais próximo, no sentido de estar no “chão de fábrica” mesmo, de ter uma frequência maior nos Centros de Saúde (P9).

A reflexão sobre RAS e os papéis profissionais descritos na seção anterior, desvelou que a maioria das Referências Técnicas assumem várias frentes de trabalho dentro da GAERE e que esses arranjos não são padronizados em todas as regionais, como mencionado por P11: *“Isso já foi redividido aqui dentro da GAERE, tá? Então essas outras frentes que elas (outras RTs) têm, eu já não tenho mais”*. Diante disso, emergiram questões: Como é realizado o processo de distribuição das frentes de trabalho para as Referências Técnicas? Quais são os critérios a serem analisados? E por que há diferenças nas atribuições entre as Regionais?

Essas indagações destacam a necessidade de estabelecer diretrizes claras e consistentes para a distribuição das atribuições entre as Referências Técnicas. A falta de padronização relatada pode resultar em desigualdades na assistência prestada às equipes de NASF-AB e às outras frentes de trabalho, aumentando as disparidades entre as Regionais do município.

Adicionalmente às dificuldades mencionadas em relação à alta demanda de trabalho e carga horária reduzida, os participantes de todos os cargos enfatizaram que outro grande desafio do processo de trabalho reside na alta rotatividade profissional dentro da Rede de Reabilitação. Essa situação pode estar relacionada à própria demanda de trabalho, como também aos salários pouco atrativos:

A gente tem uma rotatividade muito grande de profissional. Isso atrapalha no acompanhamento longitudinal do usuário e isso atrapalha também no projeto terapêutico que às vezes a gente cria ali para a unidade [...] Eu acho que alguns empecilhos do trabalho em rede é a troca contínua de profissional, justamente por questões de remuneração (P2).

Eu percebo que RT é uma função de alta rotatividade (P8).

A gente tem uma rotatividade de profissionais muito grande também na rede. Por ser uma rede grande isso é um problema para mim hoje, porque tudo o que é construído é perdido quando você perde o profissional, né? As articulações, todas as capacitações, os alinhamentos técnicos (P11).

Eu acho que o salário também é um dificultador, porque é isso que a gente está conversando, os profissionais acabam não permanecendo nos serviços (P18).

Eu acho que a gente não tem a remuneração justa e devida, isso é uma queixa geral [...] A gente devia ter melhores salários (P32).

A rotatividade dos profissionais no ambiente de trabalho é um fenômeno complexo influenciado por fatores econômicos, sociais e políticos, que frequentemente se entrelaçam. O descontentamento dos profissionais pode derivar de uma variedade de aspectos que compõem o ambiente de trabalho, como condições salariais, oportunidades de desenvolvimento profissional, cultura organizacional, carga de trabalho excessiva, falta de reconhecimento ou suporte insuficiente por parte da gestão. Esses elementos contribuem para um ambiente propenso à instabilidade e à perda de profissionais, afetando não apenas a continuidade operacional, mas também a qualidade dos serviços prestados (Lourenço *et al.*, 2021; Tonelli *et al.*, 2018).

No Ceará, um estudo desenvolvido com profissionais do NASF-AB, gestores e usuários abordou a alta rotatividade enquanto fator que compromete o princípio da longitudinalidade na Atenção Primária. Esse consiste no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, devido à quebra do vínculo estabelecido pelo profissional com os serviços de saúde (Araújo Neto *et al.*, 2018).

Além de impactar diretamente a continuidade do cuidado aos usuários do sistema, a rotatividade profissional gera impactos nas organizações de saúde pelos custos da reposição desses recursos humanos e da necessidade de novos treinamentos e capacitações. Em termos de Rede a intensidade desses impactos podem ser ainda maiores, pois implicam na perda dos processos de integração e articulação com os diferentes pontos de atenção, além do conhecimento sobre os serviços, fluxos e critérios de acesso. Nesse sentido, os usuários são os principais prejudicados, visto que o processo de reposição profissional pode se estender por um longo tempo e com isso dificultar o acesso ao processo de reabilitação, que deveria ocorrer precocemente.

Com o objetivo de reduzir a rotatividade profissional, as instituições de saúde devem adotar medidas proativas que promovam um ambiente positivo e estável para os trabalhadores. Isso inclui investir na melhoria das condições de trabalho, proporcionando infraestrutura adequada e recursos suficientes para a prática profissional. Além disso, é essencial valorizar os profissionais através de políticas claras de remuneração e benefícios, que reconheçam o seu papel fundamental na instituição. Oferecer oportunidades significativas de desenvolvimento profissional e

crescimento na carreira também é crucial, assim como incentivar uma cultura organizacional que promova o bem-estar e a gestão participativa (Giovani; Vieira, 2013).

Em consonância ao exposto em relação à insuficiência de recursos humanos, outro dificultador bastante mencionado pelos participantes de todos os cargos foi a insuficiência dos serviços de reabilitação para atender a demanda do município. Os relatos evidenciaram questões relacionadas à falta de serviços próprios da Rede, e à escassez de oferta de vagas pelos serviços contratados e conveniados, com consequente dificuldade de acesso e impacto na funcionalidade dos usuários:

A gente tem hoje as clínicas conveniadas e as faculdades que são de extrema importância para a Rede, porque o serviço próprio não consegue abarcar todo o público da reabilitação. Então a gente precisa desses serviços para conseguir dar vazão e é por isso que existem os critérios, para a gente colocar esse usuário no ponto mais adequado dele. Mas a gente percebe que há uma necessidade de um incremento dos serviços próprios de reabilitação, porque a gente tem vivido uma situação complexa dos serviços contratados, tendo em vista que são poucos serviços ofertando poucas vagas (P2).

Eu não tenho nenhum fisioterapeuta no CREAB que tenha habilidade de fazer a reabilitação gênito-urinária, mas em alguns CREABs têm. Aí a população que é assistida por ele tem o acesso porque lá tem aquele profissional. E aí, o que eu faço com os meus pacientes que têm a demanda? Eu vou colocar eles numa fila de espera para uma clínica de universidade que dá duas vagas por semestre [...] Então fico pensando que isso tinha que ser compartilhado, sabe? Essas ofertas que a gente tem, que são menores mesmo, mais complicadas, são mais específicas, que fosse uma oferta mais coletiva. Pensando na questão do acesso. “Ah, mas é muito longe”. Mas antes ser muito longe e ser ofertado para todo mundo do que pessoa nem ter direito a ter essa oferta. Então eu acho que isso tinha que ser uma coisa mais equânime assim, sabe? (P4).

Mas a gente vive uma realidade hoje difícil. A demanda está muito maior do que aquilo que a gente tem de oferta, tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Secundária. Então a gente tem tido importantes gargalos, que eu acho que tem impactado muito na vida funcional e na reabilitação dos usuários da rede, né? (P9).

Falta recurso, não tem vaga suficiente. O usuário não tem acesso ao tratamento, então acho que o maior dificultador é isso, é não ter recursos suficientes para a gente fazer o trabalho que é previsto em lei, que é direito do usuário, né? E isso gera um adoecimento às vezes dos funcionários [...] o ponto que está mais gritante hoje na rede de reabilitação é a insuficiência mesmo da oferta de serviços para demanda do SUS, né? (P25).

O relato específico sobre a reabilitação fisioterapêutica apresentado pelo gestor técnico (P4) reforça as discussões já abordadas nesta categoria acerca das discrepâncias entre as Regionais de Saúde do município. Embora o princípio organizativo da regionalização nos convide a considerar as características

demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas de cada região, existem demandas que são comuns. Essas desigualdades de acesso aos serviços de reabilitação encontram-se em desacordo com os princípios do SUS de Universalidade e Integralidade que buscam garantir, respectivamente, o acesso dos usuários aos serviços de saúde e o atendimento de acordo com as suas necessidades.

Nesse sentido, é imprescindível a discussão entre os gestores dos CER's e a Coordenação da Reabilitação para criar estratégias de resolução do problema. Tais estratégias podem ser a solicitação de contratação de profissionais especializados para o atendimento das demandas específicas em todos os CER's, seja ofertando vagas em outras Regionais, para além das oferecidas pelas faculdades, a fim de oportunizar a reabilitação em tempo hábil para esses usuários.

A complementaridade do setor privado na saúde pública, por meio de contratação e convênios, é autorizada e regulamentada pelas leis orgânicas de saúde no Brasil. De acordo com a Lei nº 8.080/1990, que estabelece as diretrizes para a organização do SUS, o setor público pode recorrer à colaboração do setor privado quando seus recursos próprios não são suficientes para assegurar o atendimento integral à saúde da população. Essa parceria permite que o SUS contrate serviços de saúde privados para atender necessidades específicas, como no caso da reabilitação, quando a capacidade da rede pública é limitada. A colaboração é essencial para garantir aos usuários o acesso aos serviços de saúde, alinhando-se aos princípios fundamentais do sistema (Brasil, 1990).

Apesar das implicações positivas da complementaridade do setor privado, como a ampliação do acesso e redução de filas e tempo de espera, na prática, o que se evidencia nos relatos é uma falta de integração desses serviços contratados com a Rede de Reabilitação do município. Isso resulta em um processo de fragmentação, principalmente pela grande dificuldade de comunicação, comprometendo a articulação entre os serviços e a continuidade do cuidado aos usuários assistidos:

O fato deles não serem serviços próprios, isso dificulta muito a nossa articulação e aproximação. O serviço contratado e conveniado está fora da Rede, então é muito difícil essa conexão com o profissional de lá, pra gente discutir um caso é mais difícil [...] também o fato deles não usarem o mesmo sistema que a gente para evoluir (P2).

E com as clínicas (conveniadas) a gente não tem comunicação, encaminhou e ficam lá os casos. A gente não tem esse diálogo nem para saber da alta. Se o usuário não nos procurar de novo, a gente realmente fica sem saber como está o tratamento (P25).

Para além da dificuldade de coordenação, aparecem nas falas a dificuldade de integração e até mesmo o desconhecimento do ponto da Rede que está no nível terciário:

A gente fez uma reunião recente com a gerente do CREAB para ela falar dessas especificidades da Rede de Reabilitação e aí ela apresentou o (Hospital) Paulo de Tarso como uma opção de um atendimento mais complexo, terciário. E havia um desconhecimento geral do pessoal (profissionais do NASF) (P8).

Olha, o Paulo de Tarso até então, eu não tenho contato [...] E as clínicas conveniadas, que fazem parte dessa rede ambulatorial especializada, a gente realmente não tem contato. Eu, enquanto Referência Técnica, tenho contato com a equipe que regula essas clínicas, mas que a gente vive o mesmo problema, eles não têm telefone e aí lá eu não tenho WhatsApp de ninguém. Aí é tudo via e-mail mesmo (P10).

Tem gente que não sabe nem que existe o Paulo de Tarso, né? (P17).

De uma maneira geral, os relatos dos participantes revelaram os principais desafios da Rede de Reabilitação, no contexto dos serviços contratados e conveniados, que impactam diretamente a sua integração. Revisitando a discussão da primeira categoria, que abordou a compreensão dos componentes da Rede, é importante observar que apesar de haver um reconhecimento sobre os serviços enquanto parte constituinte da reabilitação, há uma falta de conhecimento sobre o funcionamento e ausência de articulação entre eles. E, apesar das dificuldades vivenciadas entre a APS e os CER's existe a percepção pelos profissionais de que a comunicação é facilitada e mais efetiva, por serem serviços próprios, como afirmou P2: *“Eu acho que o facilitador é o fato deles (serviços próprios) estarem dentro da rede e a gente conseguir conversar sobre o usuário dentro de um acompanhamento longitudinal.”*

A OMS e outros estudos destacam a necessidade urgente de ampliação e integração dos serviços de reabilitação nos níveis primário, secundário e terciário dos sistemas de saúde, devido à demanda crescente nas últimas décadas. Essa integração é crucial para garantir uma resposta eficaz às necessidades de saúde dos indivíduos e, para isso, os sistemas devem assegurar a disponibilidade dos serviços de reabilitação em cada nível, com mecanismos de coordenação, e,

consequentemente, comunicação bem estabelecidos (Goulart; Anderle, 2019; World Health Organization, 2019).

A falta de integração entre os serviços próprios e os contratados/conveniados da Rede de Reabilitação do município, destaca a necessidade improrrogável da implementação de estratégias de aproximação. Essa fragmentação resulta em consequências negativas para o sistema, usuários e profissionais, incluindo a descontinuidade do cuidado, atrasos no acesso aos serviços e duplicação de ações. É fundamental que os profissionais da assistência tenham uma comunicação facilitada com esses serviços a fim de conhecer o plano de tratamento e acompanhar o processo de reabilitação dos usuários. Como estratégias de melhorias pode ser proposto para o setor complementar a utilização de ferramentas para a gestão da qualidade dos serviços, como o desenvolvimento de protocolos comuns, planilhas de compartilhamento de informações, capacitação e educação permanente dos profissionais e reuniões periódicas para alinhamentos.

O trabalho em rede, portanto, é um desafio para todos os atores envolvidos, entretanto, o modelo específico de organização do trabalho pode conter elementos facilitadores para o trabalho integrado, como observado pelos participantes. Há um consenso entre eles no que se refere ao trabalho em equipe, à qualidade dos recursos humanos e de suas relações interpessoais, à disponibilidade para discussão e articulação como os principais fatores que favorecem o trabalho em Rede:

Eu acho que a equipe é um facilitador. São profissionais muito bons, muito capacitados e todo mundo é muito engajado para que o serviço funcione para garantir uma assistência de qualidade para os usuários. De um modo geral, eu percebo essa abertura, sabe? São equipes sensíveis às nossas opiniões (P18).

Olha, facilitador no meu processo de trabalho eu acho que é o perfil das equipes que eu trabalho. Uma equipe interdisciplinar, eu vou falar assim, porque realmente a gente constrói novos conhecimentos. Então, eu acho que facilitador é o perfil e habilidades dessas equipes no entendimento do que é que é o trabalho do NASF. Nós somos muito respeitados porque é uma equipe coesa e uma equipe madura mesmo, e nós temos uma sintonia muito boa (P23).

E no sentido mais amplo, pensando um pouquinho na Rede de Reabilitação, eu acho que a disponibilidade dos profissionais (é um facilitador do trabalho), né? Eu acho que isso é o ponto positivo. Como eu disse: “Ah, eu estou com uma dificuldade em um determinado caso, né? Vou pegar o telefone, eu vou mandar uma mensagem de WhatsApp, eu vou tentar um contato com alguém do serviço de reabilitação de referência pra discutir”. Então eu vejo que a disponibilidade dos profissionais é um ponto que facilita, sabe? (P29).

A equipe que eu tenho é muito boa. São meninos que vieram agora no concurso e estão com gás, sabe? Eles são empenhados, estão estudando e querendo mesmo resolver e são muito propositivos. Eles entregam o trabalho, são dedicados, então isso é uma coisa que facilita demais (P4).

O trabalho em equipe é caracterizado pela colaboração de indivíduos com habilidades complementares para alcançar um objetivo comum. No contexto da saúde, apresenta como finalidade a garantia do acesso e qualidade da atenção prestada aos usuários, com o potencial de produzir melhores resultados e promover maior satisfação dos profissionais envolvidos. No cotidiano de práticas, espera-se que esses trabalhadores compartilhem seus conhecimentos e desempenhem um trabalho integrado, considerando e respeitando as singularidades, de forma a construir uma atuação colaborativa (Silva, 2018; Peduzzi *et al.*, 2020).

A APS é considerada como um dos serviços de saúde que melhor se organizam no trabalho em equipe e prática colaborativa, sendo reconhecidos como modos de trabalho eficientes ao enfrentamento da fragmentação das ações (Peduzzi; Agreli, 2018). O cenário de trabalho na APS, com a presença de profissionais de diferentes especialidades e o incentivo ao compartilhamento de saberes e conhecimentos apresenta-se como um facilitador do desenvolvimento do trabalho em equipe, como reforça P25: *"A gente tem a possibilidade de diálogo, de trocas entre os profissionais. Então, se precisar de um suporte, a gente tem ali vários atores nesse cuidado que eu não vejo no sistema particular, onde o usuário é fragmentado, né?"*. Porém, é importante reforçar a necessidade de integração para além da APS, alcançando a colaboração entre as equipes dos demais serviços que constituem a Rede, justificado principalmente pela crescente demanda e complexidade do cuidado em saúde.

Outro fator reconhecido como facilitador para o desenvolvimento do trabalho é o apoio gerencial. Os participantes destacaram que a maneira como a gestão é conduzida tem um impacto positivo no trabalho, incluindo aspectos como disponibilidade, rapidez na troca de informações, suporte e liberdade na proposição de atividades:

Eu sou muito bem acolhida pelo distrito, tá? Então eu tenho um apoio muito grande do distrito, tanto da gestão de trabalho quanto do nosso diretor da regional. Eu acho que ele é uma pessoa que escuta muito e a forma dele trabalhar e conduzir é muito semelhante a tudo que eu acredito, então eu estou muito satisfeita de estar inserida dentro dessa regional. Eu acho que isso ajuda muito na condição de trabalho, esse apoio, essa forma dele conduzir, me motiva muito (P3).

E eu falo que até o momento eu tenho gestores que bancam o que eu me proponho a fazer, né? Então eu falo que um grande facilitador é ter o gestor que eu tenho hoje, que acredita no que eu faço, que sustenta (P19).

A gerente é muito acessível. Ela nos ouve, tudo chega de uma maneira muito rápida para a gente. Ela é muito acessível, por exemplo, na compreensão. Chega uma informação que às vezes a gente não compreende, ela nos dá total liberdade daquilo ser esclarecido, muito a tempo (P27).

É uma liberdade da gestão, no sentido da proposição de atividades, tarefas que a gente tem colocado. Tem uma integração (da equipe) muito positiva e aí quando é levado isso para a gestão eu estou percebendo que isto está tendo uma boa visibilidade, sabe? (P30).

Os elementos citados pelos participantes apresentam-se como fundamentais para criação de um ambiente de trabalho colaborativo e eficiente, em que os profissionais se sentem apoiados e motivados para contribuir de maneira significativa com os objetivos dos serviços de saúde.

É papel do gestor assumir responsabilidades que abrangem desde a administração da estrutura física da Unidade de Saúde até a integração e motivação entre as equipes, o acompanhamento e monitoramento das atividades desenvolvidas pelos profissionais (Paiva *et al.*, 2018). Walger (2014) ressalta que para que um indivíduo possa alcançar um desempenho compatível com suas habilidades e capacidades, é fundamental que ele tenha condições adequadas de suporte no trabalho. Isso inclui ter acesso a materiais adequados para realizar suas atividades, ter colegas colaborativos, acesso a informações suficientes para embasar suas decisões e tempo suficiente para agir de maneira eficaz. Essas condições são essenciais para que o profissional consiga trabalhar de forma produtiva e eficiente no contexto em que está inserido.

Em síntese, nesta categoria discutiu-se sobre as especificidades do processo de trabalho dos participantes desse estudo, em cargo de gestão e assistencial, assim como os fatores considerados por eles como dificultadores e facilitadores na Rede de Reabilitação. A descrição das atribuições e atividades pelos participantes revelou que parece haver uma conformidade com o que é preconizado pelas diretrizes estabelecidas pelo município.

No entanto, destacaram-se como principais dificuldades o excesso de atribuições, a alta demanda e a carga horária reduzida, evidenciando a necessidade de redistribuição de trabalho e contratação de mais profissionais. Questões relacionadas à insuficiência dos serviços de reabilitação e à falta de integração

também foram mencionadas enfatizando a necessidade de ampliação da Rede e aproximação entre os serviços, incluindo a rede complementar. Quanto aos fatores facilitadores, o trabalho em equipe e o apoio gerencial foram relatados pela grande maioria dos participantes como elementos que fortalecem o trabalho em Rede, alinhando-se com os resultados encontrados na literatura. Esses aspectos são fundamentais para aumentar a eficácia dos serviços, fornecendo melhores resultados para os usuários do sistema.

5.4 Compartilhamento de informações: aproximando nós

Na presente categoria iniciaremos a discussão a respeito das formas de integração entre os serviços da Rede de Reabilitação. Abordaremos sobre a percepção dos participantes em relação às ferramentas para a comunicação e troca de informações entre os serviços, assim como sobre a eficácia das práticas de compartilhamento existentes.

A estratégia organizacional de trabalho na APS denominada “Apoio Matricial” tem como objetivo oferecer retaguarda especializada para as equipes de referência nos CS’s. Refere-se ao momento de compartilhamento de informações, conhecimentos e construção conjunta, pelos profissionais do serviço, e de direcionamentos para as demandas apresentadas pelos indivíduos, principalmente através da qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de atenção da Rede e da realização da microrregulação de casos junto às equipes, atribuições essas preconizadas em documentos norteadores do trabalho na APS (Belo Horizonte, 2022aa; Cunha; Campos, 2011):

Esse acompanhamento na rede de reabilitação o ideal é que ele aconteça por meio do apoio matricial na Atenção Primária, né? E aí, de acordo com outras indicações, necessidades do paciente, ele vai ser direcionado para outros pontos da rede de atenção, como, por exemplo, a Atenção Secundária ou até mesmo a (Atenção)Terciária em alguns casos (P29).

Todas as sextas-feiras, invariavelmente, são as reuniões de matriciamento. Para facilitar o processo de trabalho, para facilitar com relação ao fluxo, eu montei um material informativo para as equipes e eu sentei com cada enfermeiro; além de eu descrever isso (critérios de encaminhamento) na reunião de matriciamento, para que os agentes comunitários identificassem quais são casos que vão para Atenção Secundária direto e quais são casos são para o NASF (P23).

Para que a APS possa desempenhar a sua função de coordenadora do cuidado e realizar um Apoio Matricial de qualidade, é fundamental que haja uma integração eficaz entre os pontos de atenção da Rede. Também é importante fortalecer o conhecimento, por parte dos profissionais atuantes, sobre os serviços ofertados, fluxos e critérios para o acesso dos usuários.

Os relatos dos entrevistados demonstraram que não há um consenso entre os profissionais sobre o entendimento a respeito das formas de integração entre os serviços que compõem a Rede de Reabilitação do município. Os mecanismos mais citados, em uma escala de maior para menor frequência, foram: *a integração via sistema eletrônico, discussão de casos entre os profissionais por e-mail ou contato telefônico e a realização de reuniões e fóruns entre os serviços.*

Os gestores indicaram a existência de uma articulação gerencial entre a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Primária por meio de reuniões quinzenais e mensais para a organização dos serviços. Além disso, foi mencionada a integração através das discussões de casos individuais, da formulação de documentos e diretrizes, e dos fóruns entre profissionais do NASF-AB e do CREAB, embora tenha sido considerada como frágil e com necessidade de estreitamento:

[...] essa integração acontece via sistema. É onde quando um profissional quer encaminhar para o Centro de Reabilitação, seja um profissional da Atenção Especializada, seja um profissional da Atenção Primária, então eles se integram ali via sistema. A gente se integra via reuniões de matriciamento da Atenção Especializada com a Atenção Primária, que são os nossos fóruns, né? Então a gente tem fóruns regionais, a gente tem fórum ampliado. Tem informações no site de fluxo também, e temos o documento, um documento específico de reabilitação ambulatorial (P1).

[...] (a articulação) é através do caso. Eu acho que a gente faz o cuidado centrado na pessoa. O que o usuário, na sua demanda ali, no seu projeto terapêutico, a gente percebe que ele tem necessidade de articular, aí a gente corre atrás, né? Fazer contato, conversar, discutir, marcar reunião com a equipe. Então eu entro nessas articulações[...] Agora alguns profissionais colocam os casos para a gente regular no sistema, né? A gente faz o uso do sistema para receber os casos, mas eu não considero isso trabalhar articulado não. É só uma forma de encaminhar, uma forma digital. O encaminhamento do sistema, para mim, não é a articulação necessária (P6).

"Eu vejo que há uma tentativa ainda de formar realmente uma rede interligada e integrada com os demais serviços [...] eu acho que isso melhorou bastante, os serviços de reabilitação estão conseguindo fazer os encontros, os fóruns, fórum intergestor, fórum geral, que tem uma boa participação dos profissionais, profissional do NASF junto com os profissionais dos CREABs [...] A gente fica lá trabalhando e não acha que as pessoas que estão no dia a dia têm tantas dúvidas. E tem muita, muita dúvida de entendimento de critérios, né? De por onde que o usuário deve entrar, do que isso faz, do que é o tratamento de reabilitação, né? Então, acho que falta muito uma

integração. Eu acho que melhorou muito, mas ainda falta uma integração maior entre os serviços, de troca de experiências mesmo (P7).

A integração dos serviços se dá de várias formas. Eu entendo que pelas definições, protocolos, reuniões de matricamento e discussões, os sistemas que a gente tem, um sistema integrado, né? E a gente tem várias notas técnicas, definições que já foram estabelecidas e que ainda precisam ser, e tem algumas que precisam ser criadas (P15).

Foi uma dificuldade comum entre os participantes, independente do cargo, indicar as formas de integração entre os serviços da rede. Alguns gestores conseguiram identificar múltiplas formas, considerando desde a criação de documentos norteadores até os encontros presenciais, no entanto a maioria dos entrevistados relatou apenas uma forma, sendo esta, principalmente o sistema de informação.

Os entrevistados se referiram aos fóruns como uma estratégia de integração entre os serviços da Rede. Esses são espaços de diálogos entre os profissionais que atuam nos CER's, as equipes de NASF-AB, responsáveis pelo atendimento às regionais de referência, e a gestão desses equipamentos. O Ministério da Saúde, em documento norteador das práticas na Atenção Primária, considera a promoção de eventos pontuais ou regulares (como fóruns de reabilitação) entre trabalhadores de diferentes serviços como uma das formas de integrar a Rede de Atenção (Brasil, 2017a). O Guia de Diretrizes, norteador das práticas de reabilitação do município, cita que a função de articulação desses fóruns compete aos CERs, dentro do eixo técnico-assistencial, e orienta que eles ocorram com uma frequência mensal (Belo Horizonte, 2022aa).

Cada um dos cinco CER's do município possui autonomia para determinar as características dos seus fóruns, como o formato, a temática abordada, periodicidade e profissionais e serviços convidados. Embora essa autonomia seja importante e justificada pelas diferenças territoriais e epidemiológicas de cada regional de saúde, na prática, observam-se fóruns muito distintos e com frequências variadas no município:

E a gente tem os fóruns de integração que estão bem diferentes do funcionamento pela cidade (P5).

Tem alguns fóruns onde participam profissionais tanto do CREAB quanto do NASF que se discute fluxos, mas não tem uma frequência certa. Desde que eu entrei eu acho que teve um fórum só (P22) .

No período de 2020 a 2022, o momento emergencial de saúde decretado pela Pandemia da COVID-19 trouxe inicialmente um cenário de suspensão dessas atividades. Posteriormente, houve a transição para o formato virtual, o que resultou em uma significativa diminuição da participação e transformou os encontros de integração em momentos de transmissão de informações da gestão para os profissionais da assistência:

A rede precisa retomar com os fóruns de reabilitação urgente. É algo que se perdeu na pandemia[...] na última reunião isso foi levantado. Elas (as gestoras) reconhecem a importância dos fóruns para aproximação da APS da reabilitação (P8).

Apesar do decreto do fim da Pandemia, os fóruns ainda não foram retomados em todas as regionais, conforme evidenciado nas entrevistas. Esses momentos de discussão foram considerados pelos entrevistados como de grande importância, visto que são uma ferramenta facilitadora do trabalho em rede:

Outro ponto facilitador que eu vejo são os fóruns onde convida tanto a gente que é da ponta quanto o setor secundário. Outro dia teve presença da Zoonoses, tem presença de outros setores, laboratório, coisas que nos esclarecem muito. É um ponto facilitador, pena que é raro acontecer (P33).

Eu acho que falta isso para reabilitação, ouvir os trabalhadores da ponta de todos os níveis de atenção para fazer fóruns que efetivamente vão discutir o que precisa ser discutido, né? (P9).

Possivelmente os profissionais em cargo de RT e Assistencial não identificam os fóruns como momentos de integração, mas enquanto uma ferramenta da gestão administrativa, uma vez que os percebem enquanto um momento de predomínio de fala da gestão. Essa percepção pode indicar a necessidade de uma revisão na comunicação e no propósito desses encontros para fortalecer a integração entre os serviços.

Estudos ressaltam que um dos principais pontos que contribuem para a fragilização e dificuldade de integração do trabalho em Rede é a ausência de reconhecimento e valorização dos atores envolvidos na assistência. Isso é corroborado pelas falas dos entrevistados que não se sente incluídos tanto em relação à realização dos fóruns, quanto à construção de documentos e diretrizes norteadoras do trabalho, embora tenham sido estas ações consideradas como instrumentos de integração pela gestão (Casanova, 2017; Santos; Andrade, 2011):

Um lugar que seria interessante são os fóruns de reabilitação, que eu acho que trazem algumas discussões importantes sim, mas é um espaço de pouca fala nossa, do trabalhador. Normalmente tem um expositor que vai discorrer sobre um tema que é importante [...] Eu acho que esses fóruns são gigantes, e não são espaços para a gente falar, são espaços, de fato, para a gente ouvir, né? E esse tipo de método atinge pouco (P19).

Um estudo realizado em São Paulo com gestores e profissionais da saúde da APS evidenciou que um dos desafios para a adesão às capacitações no serviço é a utilização de metodologias inadequadas, o que impacta diretamente o envolvimento e a satisfação do público-alvo. Os entrevistados apontaram que o modelo expositivo adotado não é eficaz, tornando os encontros exaustivos e improdutivos. Como sugestão, destacaram a implementação de um método misto, que combine o modelo expositivo com o participativo, para tornar os encontros mais dinâmicos, promovendo interações entre os profissionais, reflexões e construção coletiva (Silva, Ogata, Machado, 2007).

A necessidade de reformulação dos fóruns foi enfatizada pelos profissionais da assistência, com o objetivo de torná-los mais dialógicos e coletivos, além de mais atrativos para a participação, aproximando a gestão da Assistência no entendimento das necessidades de cada serviço. Durante as entrevistas surgiram falas propositivas como a realização de fórum específico por regional, participação dos gestores dos CS's, esta última já é preconizada no documento, envolvimento de outros equipamentos de assistência e a adoção de um formato híbrido (presencial e virtual) a fim de oportunizar a maior participação dos profissionais:

E aí eu sempre penso que números menores é melhor, né? Se a gente tivesse espaços menores de troca, eu acho que isso é uma coisa mais convidativa pra gente se colocar, pra gente construir. Então acho que se isso for construído com a gente tende a produzir resultados melhores (P19).

Eu acho que a retomada dos fóruns é um facilitador para a construção da rede, mas eles têm que ser mais atrativos (P24).

Eu acho que os fóruns, eles tinham que ser mais ampliados. Então, envolver, por exemplo, as clínicas, as equipes complementares de saúde mental, porque fica polarizado no NASF e no CREAB. E tem outros serviços de assistência que não são incluídos nesses espaços de diálogo. Eu acho que poderia trazer mais atores para discussão, inclusive os gerentes (locais), as equipes de saúde da família, porque eu acho que eles não têm a dimensão da problemática que o município vive. Pelo menos assim, da parte da reabilitação, total desconhecimento [...] eu vejo que a gente aqui é que passa para eles como funciona (P25).

Eu não sei... talvez estabelecer uma forma mista, de ser presencial e ao mesmo tempo de videoconferência. Talvez facilitasse mais para o profissional, porque às vezes ele está com a agenda muito cheia, ele até consegue aquele horário de reunião, mas muitas vezes, tem a questão do deslocamento, né? Então assim, talvez facilitasse e potencializasse esse momento de discussão, tá? (P31).

Os relatos acima reforçam o desejo e a necessidade de uma gestão mais dialógica com os profissionais da assistência, visto que estes vivenciam diariamente os desafios e as necessidades dos serviços de saúde, e podem retratar de forma pormenorizada o trabalho real. As sugestões trazidas nas falas oferecem insights valiosos para a reformulação dos fóruns com potencial para que se tornem mais eficazes e integradores.

A implementação de mudanças sugeridas pelos profissionais faz parte da estratégia de reconhecimento e valorização profissional, e pode resultar no aumento da participação e engajamento desses espaços, fortalecendo a sua capacidade em responder de maneira mais precisa às demandas da comunidade. É necessário assegurar que esses espaços sejam viabilizados e verdadeiramente produtivos contribuindo de maneira significativa para o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho.

Um outro ponto importante, manifestado principalmente pelos profissionais da assistência, foi a influência das relações interpessoais na integração entre os serviços. Narrativas revelaram que, para eles, a integração entre os serviços se torna mais efetiva através da comunicação direta entre colegas já conhecidos na Rede: *"É no sentido de que a Rede se faz mais das pessoas e não apenas dos equipamentos"* (P24). E, para isso, destacaram que o reconhecimento desses profissionais é viabilizado principalmente pelos momentos de encontros presenciais: *"Por isso que existem os fóruns, pra gente acabar vendo quem é quem, pra facilitar um pouco mais (a comunicação)"* (P33). Nesse sentido, também foi mencionado que os profissionais mais antigos apresentam uma vantagem em relação aos novos profissionais, por possuírem maior tempo de serviço e experiências de contato com outros colegas:

Eu acho que a gente peca muito por isso...a gente não tem muitos espaços de interlocução. Hoje em dia isso é muito de cada profissional. Eu tenho profissional no NASF que liga direto, conversa direto com o povo do CREAB, e eu tenho profissionais recém-chegados que não conhecem muito e não se sentem à vontade para fazer esse tipo de conversa (P9).

Então, por exemplo, eu tenho alguns contatos de profissionais que estão em cada local da rede, então eu tento essa comunicação direta. Ligo direto para alguém que está na regulação e converso ali para tentar ajudar, porque como os sistemas são diferentes [...] Então eu faço contato no CREAB, no pessoal das próteses e órteses, no EMAD também (P20).

Então, como eu tenho pouco tempo formada, como nós falamos no início (risos), tem gente que trabalha no CREAB que foi minha contemporânea de universidade e tem gente que foi minha aluna. Então tem uma boa articulação e a gente mantém um bom contato de encaminhamento e retornos de encaminhamento (P24).

Outra coisa que eu acho que deveria ter mais Fóruns entre os CREABs e as equipes do NASF, tá? Para que a gente possa conversar, conhecer os profissionais, eles fazem muita diferença. Quando você conhece quem trabalha no NASF, o que você tem de contato...e vice-versa, quando eles conhecem quem trabalha no CREAB a via de acesso a essa comunicação facilita muito, né? (P31).

A produção do cuidado em saúde deve ser uma iniciativa coletiva e cooperativa entre todos os atores envolvidos. Este processo ocorre através de um complexo “tecido” de relações que enfatiza o diálogo e a interação contínua. É através desta rede de interações que se promovem práticas de cuidado, corresponsabilização e autonomia (Santos, 2021). No cotidiano dos serviços de saúde, o trabalho que se desenvolve a partir das interações entre os profissionais, com compartilhamento de casos e construção coletivas de estratégias, apresenta o potencial de catalisar redes e fluxos assistenciais no contexto de atuação dessas equipes (Brasil, 2017a).

A colaboração entre profissionais deve ser fundamentada em uma interação comunicativa e horizontal, facilitando a troca de conhecimentos e a construção conjunta de soluções. É reconhecido que as relações interpessoais podem influenciar significativamente o ambiente de trabalho agregando valor à prática profissional, gerando satisfação e estimulando o desenvolvimento de novas competências (Nascimento; Moraes; Oliveira, 2019).

Nesse sentido, o estímulo ao desenvolvimento das boas relações interpessoais no contexto do ambiente de trabalho deve expandir as equipes que atuam no mesmo cenário e contemplar outros pontos de atenção. Dessa forma, os encontros entre profissionais nos fóruns de reabilitação possibilitam o compartilhamento de saberes,

experiências e construções coletivas e também a interação entre as pessoas, favorecendo a integração entre os serviços e o fortalecimento a Rede.

Com relação ao compartilhamento de informações nos serviços, os participantes de todos os cargos mencionaram que os principais canais de comunicação são o e-mail, considerado oficial, e o aplicativo de mensagens, Whatsapp®, muito utilizado pelo acesso fácil e rápido. A utilização da ferramenta Google Drive® foi relatada para a disponibilização de documentos oficiais, através de uma pasta oficial organizada pela Coordenação da APS. Os encontros presenciais em fóruns, reuniões internas de equipes, colegiado gestor, reunião geral do NASF e distrital também foram identificados enquanto momentos oportunos para o compartilhamento de informações da Rede:

A gente tem o WhatsApp e o e-mail. Então as informações de giro rápido, que são cruciais para o profissional saber dela na hora são pelo Whatsapp, reforçando o e-mail que é o canal oficial [...] O Drive (Plataforma Google) também é uma alternativa que a gente tem usado muito para fazer compartilhamento de documentos [...] A gente tem duas estratégias aqui no CREAB, muito bem estabelecidas, que são as reuniões de colegiado gestor e as reuniões de equipe dos setores [...] Os fóruns entre NASF-CREAB também são espaços de compartilhamento de informação [...] a gente também faz as reuniões com os gerentes distritais para fazer a divulgação desses fluxos e ter conhecimento de outros fluxos que vão ter alguma relação com a gente ou que vão poder auxiliar o usuário de alguma maneira também, tá? (P2).

Quando chegam fluxos novos, ou alteração de fluxo da Rede, eu faço o compartilhamento primeiramente por e-mail, e tenho visto que é importante também chegar pelo WhatsApp [...] a gente faz esse compartilhamento por e-mail não só com os profissionais, mas com os gestores porque eles também precisam saber (P11).

A gente tem algumas reuniões de fóruns que estão sendo utilizadas mais para esse alinhamento e troca de informações [...] Nas reuniões gerais de NASF, que são bimestrais, eu faço um compilado de tudo que já compartilhei e reforço (P13).

O compartilhamento de informações é por disparo de e-mails ou mensagens via WhatsApp, pelos grupos [...] Existe um drive que reúne todos esses documentos. Ele é uma fonte de informação e foi criado pela Coordenação da Atenção Primária. Você acessa lá e tem tudo que até hoje foi lançado (P21).

Os sistemas de comunicação eletrônica, como o e-mail e aplicativos de mensagens, são amplamente utilizados na atualidade enquanto facilitadores do processo de trabalho. O aplicativo WhatsApp® é reconhecido como um canal de comunicação eficaz por ser acessível, dinâmico e econômico. A ferramenta proporciona a transmissão de informações através do envio de mensagens

instantâneas em diferentes formatos: texto, vídeos, documentos, chamadas de voz e vídeo.

Atualmente o aplicativo tem sido muito utilizado por profissionais e serviços de saúde com o objetivo de satisfazer as necessidades de comunicação dentro das equipes e até mesmo entre profissionais e pacientes. A facilidade do acesso e a rapidez no compartilhamento de informações são considerados como fatores positivos para o uso da ferramenta no ambiente de trabalho, proporcionando, inclusive, momentos de trocas e discussões de casos entre os profissionais que não se encontram no mesmo ambiente (Santos *et al.*, 2021; Paulino *et al.*, 2018)

Apesar da praticidade do uso dessas ferramentas eletrônicas no ambiente de trabalho, os participantes em cargo Assistencial que atuam no NASF-AB enfatizaram que não consideram o uso do e-mail como uma forma de comunicação eficaz. O volume elevado de informações enviadas e a dificuldade de encontrar tempo para a leitura adequada foram os desafios mais relatados. Os participantes mencionaram ainda que sentem falta de momentos presenciais para alinhamentos técnicos sobre as informações compartilhadas:

Eu acho que as informações em relação ao gerente para os funcionários ela é bem feita [...] Agora, os e-mails vêm assim “Materiais NASF-AB número 50, número 90”. A gente já falou que se não modificar o título do e-mail de forma que a gente saiba do que se trata vão ser e-mails perdidos, porque a gente não consegue ficar lendo tanto e-mail que chega (P20).

A forma de compartilhamento eu considero muito ineficaz e falha no momento, simplesmente com disparo de e-mails ou mensagens via grupo de WhatsApp. Considero que são formas de alerta importantes e formais, principalmente o e-mail, porém não são formas que despertam, no profissional, o desejo e a importância de ter o conhecimento daquilo, sabe? Então assim, não existe um momento no trabalho que fala: “gente, olha só, saiu isso aqui e a gente precisa se orientar por meio disso (P21).

Eu acho o volume muito grande de informações, sem espaço para diálogo sobre esse volume compartilhado. A gente não tem tempo, na agenda assistencial, para tomar conhecimento desses materiais informativos e é assim, já está no e-mail 70 e tantos. Não tem como a gente ler tudo (P25).

Essa comunicação nem sempre funciona muito bem, né? Eu vou dar um exemplo: saiu agora o documento da atuação do NASF na disfunção do assoalho pélvico. Até agora eu não recebi esse documento de uma maneira formal. Eu encontrei ele em um grupo de profissionais do NASF no Whatsapp (P28).

Eu acho que o e-mail institucional é importante, mas eu acho que é um desafio o profissional conseguir acompanhar tudo isso pelo e-mail. É um recurso, mas eu acho que precisa de outros momentos, como reunião geral de NASF, reunião de categorias, para que tudo possa ser discutido e compartilhado de uma forma mais efetiva na rede (P29).

Os participantes dos CER's, por sua vez, destacaram que consideram o compartilhamento de informações é rápido e eficiente. Além da utilização das ferramentas eletrônicas, os encontros presenciais para atualizações e esclarecimentos das informações recebidas são recorrentes no cotidiano de práticas desses profissionais:

A informação chega de uma maneira muito rápida pra gente [...] O que chega para a gerente, o que ela tem acesso, nós profissionais também temos. Quando a informação chega, ela já esclareceu pra gente, fez uma reunião rápida de 15 minutos com todo mundo. E o colegiado gestor do CREAB funciona muito bem, tá? (P27).

Em relação a informações internas, eu acho que isso tem uma boa comunicação, através de grupos de WhatsApp da gerência com os profissionais (P28).

No CREAB essa comunicação é muito mais fácil porque a gerente está sempre aqui e a gente também. Mesmo assim, a gente continua utilizando também o WhatsApp e o e-mail como forma de comunicação, além da comunicação ao vivo, né? Aqui a gente não tem muito problema não, a gente consegue criar mecanismos para ter uma boa comunicação (P31).

Os relatos dos entrevistados revelaram diferenças na gestão e no compartilhamento de informações quando comparamos a Atenção Primária e os CER's. Essas diferenças estão intimamente relacionadas aos cenários e contextos de trabalho, como pontuado na categoria anterior.

Os profissionais do NASF-AB apontaram o elevado volume de informações recebidas por e-mail e a agenda assistencial diversificada e densa como dificultadora para o acompanhamento e troca das informações, o que nos remete à alta demanda e carga horária reduzida já pontuadas por eles. Já os profissionais dos CER's destacaram que o compartilhamento de informações acontece de forma positiva nesse serviço e atribuem esse fato à presença da gerente e à viabilidade de momentos de discussão presencial, mesmo de curto tempo. Essa configuração é facilitada pelo fato de estarem em um único local de trabalho, ao contrário dos profissionais do NASF-AB, que podem estar vinculados a até três unidades com gerentes distintos reduzindo a possibilidade dos momentos de alinhamento.

Em contraste com a percepção dos profissionais do NASF-AB sobre a ineficácia do compartilhamento de informações por e-mail, essa questão não foi mencionada pelo grupo dos CERs. É importante ressaltar que as gerências são distintas. A Coordenação da Reabilitação mantém contato direto com os gestores dos

CER's, enquanto a Gerência da Atenção Primária à Saúde (GEAPS) se comunica com as Referências Técnicas, responsáveis por encaminhar as informações aos profissionais do NASF-AB.

Com base nessas reflexões, parece ser importante pensar em estratégias de melhorias na forma de compartilhamento das informações de maneira a torná-las mais eficientes para os profissionais dos NASF-AB. Uma delas pode estar relacionada à mudança simples, como a especificação do assunto da mensagem de e-mail, de maneira a enunciar diretamente o conteúdo a ser tratado, como sugere o participante P20. Este procedimento ajudaria os destinatários a identificarem rapidamente a relevância da mensagem e a priorizar a sua leitura. Outras possíveis estratégias de enfrentamento dessas dificuldades foram mencionadas durante as entrevistas por profissionais da gestão como relatos de experiências positivas que adotaram em seus processos de trabalho em relação à comunicação:

Eu funciono aqui com coordenação de equipe, tá? Então eu tenho um encontro semanal com alguns coordenadores e a gente conversa sobre as principais demandas das equipes e eu também levo para eles as diretrizes que eu recebo (P3).

Recentemente eu criei um grupo que é de apoiadores dos profissionais das frentes que eu tenho. Quem é o apoiador vai pulverizar isso dentro da equipe. Ele recebe a informação, lê e pulveriza, ele tem essa responsabilidade de levar isso para a equipe ficar ciente também (P8).

As estratégias descritas acima oferecem um canal direto para a discussão e alinhamento de demandas, fomentando uma comunicação colaborativa entre as equipes. Além disso, promovem a distribuição responsável de informações, fortalecendo o engajamento e a responsabilidade compartilhada no ambiente de trabalho. Essas práticas têm o potencial de criar um ambiente organizacional mais produtivo e adaptável às necessidades específicas dos profissionais. Cabe destacar ainda que os fóruns, mencionados na categoria anterior, apresentam-se como um momento oportuno para além das discussões de questões assistenciais, mas também com possibilidade de troca de experiências da gestão do trabalho em todos os níveis de atenção.

Em suma, nesta categoria objetivou-se considerar as práticas de integração na Rede de Reabilitação com ênfase no compartilhamento de informações nos e entre os serviços. Fica em destaque que as ferramentas tecnológicas desempenham um papel crucial na comunicação dentro do ambiente de trabalho, bem como nas relações

interpessoais. No entanto, os profissionais do NASF-AB enfrentam desafios relacionados ao elevado volume de e-mails recebidos, à dificuldade de encontrar tempo para uma leitura adequada e à necessidade de alinhamentos presenciais para garantir que as informações sejam adequadamente transmitidas. Para lidar com essas dificuldades, foram discutidas possíveis estratégias, como questões de ordem prática na organização de mensagens, a designação de apoiadores e coordenadores de equipe para facilitar o compartilhamento eficiente de informações. Apesar da facilidade da comunicação instantânea via meios eletrônicos, os momentos de compartilhamento de informações presenciais devem ser mantidos e reforçados para garantir uma integração eficaz dessa Rede.

5.5 Estratégias e inovação: fortalecendo os fios

Nesta categoria aprofundaremos a discussão sobre as formas de integração da Rede de Reabilitação, explorando outras estratégias e inovações que apresentam como objetivo otimizar o processo de trabalho e aumentar a eficácia dos serviços.

O sistema logístico, um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde, foi mencionado pelos entrevistados de todos os cargos como sendo um dos elementos que contribui para a integração da Rede, como evidenciado na categoria anterior. Entretanto, os profissionais em cargos de Referências Técnicas e Assistencial relataram que os mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência, ainda são ineficientes e que faltam espaços de interlocução no cotidiano de práticas para além dos fóruns, que são encontros pontuais:

Eu vejo que o próprio SIGRAH, que é o novo sistema eletrônico, já tem isso em vista, né? Que é essa integração dos diferentes pontos [...] Mas realmente é algo que precisa avançar muito. Na prática a comunicação ainda é muito ineficiente e acaba ficando muito ainda na lógica do encaminhamento. Só o repasse de caso, o repasse de papel, a guia de encaminhamento (P10).

Então, a comunicação hoje é ou via sistema eletrônico, SIGRAH [...] ou eu comunico via malote, com envelopes que andam para lá e para cá via referência e contrarreferência, só. Mas não tem muito essa conversa, muito “tete a tete”, mais pessoal. Não existem esses momentos assim não. Tem os fóruns de reabilitação para discutir assuntos macro, né? Mas assim, discussão de caso e tudo é mais via sistema, malote, referência e contrarreferência, é papel mesmo (P21).

Em sua revisão integrativa da literatura, Ramos (2018) identificou que os sistemas de referência e contrarreferência no Brasil foram apontados como ineficientes em todos os artigos analisados, resultando em uma sobrecarga dos serviços de saúde. Esta situação não apenas compromete a capacidade de resposta do sistema às necessidades dos usuários, mas também pode agravar suas condições de saúde e impactar negativamente sua qualidade de vida. A autora enfatiza a importância de avanços nos sistemas de referência e contrarreferência do SUS, através de uma rede informatizada de prontuários, com o objetivo de assegurar o acesso às informações de saúde dos usuários e facilitar a comunicação e integração entre os diferentes pontos de atenção.

O Município de BH, até o ano de 2020, utilizava os sistemas de prontuário eletrônico e regulação, SISREDE e SISREG, para integrar os atendimentos entre a APS e a Atenção Ambulatorial Especializada. A partir desse período, a PBH iniciou a adoção gradual do novo sistema logístico, SIGRAH, conhecido como Solução Integrada de Gestão Hospitalar Ambulatorial e de Regulação. O principal objetivo dessa nova ferramenta é oferecer suporte à gestão e à integração da atenção à saúde na Rede SUS-BH, abrangendo 366 serviços de saúde. Isso inclui todos os CS's, Unidades de Atenção Especializada, Unidades de Saúde Mental e Reabilitação, Academias da Cidade, Complexo Hospitalar Metropolitano Odilon Behrens, Unidades de Pronto Atendimento, além das atividades de vigilância em saúde, e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias da capital (Belo Horizonte, 2023).

Embora o objetivo da mudança do sistema logístico seja promover a integração e facilitar a comunicação entre os pontos de atenção, na prática, isso ainda não ocorreu. A implementação do SIGRAH em BH foi iniciada gradativamente nos serviços da Média e Alta Complexidade entre os anos de 2020 e 2023, sendo finalizada na Atenção Primária em 2024. Durante esse período os profissionais da assistência, especialmente da APS, enfrentaram dificuldades com a falta de acesso às informações de saúde dos outros pontos de atenção, o que comprometeu a execução da sua função enquanto coordenadora do cuidado de realizar o acompanhamento da saúde dos seus usuários:

Olha, o SIGRAH foi implantado nos CREABs em janeiro de 2023 e aí a previsão para ser implantado na Atenção Primária é 2024. Ou seja, a gente passou esse ano inteiro sem fazer integração dos sistemas, sem um ver a evolução do outro, porque nem a gente tem mais acesso a deles, nem eles acesso a nós. Então a gente está num momento ruim, um momento crítico, que eu espero que vá passar (P6).

Eu acho que hoje um dificultador tem sido esse sistema novo que a gente está vivenciando, esse SIGRAH, né? Assim, eu acho que isso distanciou porque, por exemplo, o CREAB agora evolui nesse SIGRAH e a gente não tem acesso às evoluções (P18).

Então essa integração hoje ela não acontece de uma forma eficaz porque nós não temos acesso ao mesmo sistema. Não é um sistema único, né? Então a gente não consegue acompanhar o que está acontecendo lá. E eu não sei se de lá eles conseguem acompanhar o que a gente está assistindo na Atenção Primária, tá? Quando esse sistema era unificado, há algum tempo atrás, era mais fácil essa comunicação através desse prontuário [...] Se eu lia alguma coisa naquele sistema, eu pegava o telefone e ligava para o colega. E agora eu acho que o usuário fica muito solto, né? Então se eu encaminho ele simplesmente cai no vazio para mim, tá? (P23).

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2023 a março de 2024, durante o início da implementação do SIGRAH na Atenção Primária, o que pode justificar os relatos dos participantes sobre as dificuldades de integração, via sistema logístico, entre os serviços. Atualmente, esse processo foi concluído em todos os pontos de atenção da Rede, o que solucionou algumas das questões mencionadas. No entanto, é importante destacar que o contexto de implementação do SIGRAH no município, começando pela Média e Alta Complexidades e finalizando na APS, impactou negativamente o gerenciamento do cuidado dos usuários, como mencionado anteriormente. Idealmente, e com base unicamente na lógica do cuidado estabelecido na RAS, nos parece que a cronologia de implementação seria mais precisa na forma inversa, visto que APS caracteriza-se como a porta de entrada preferencial e promove um acompanhamento longitudinal da saúde, além de exercer a coordenação e ordenação da Rede. Nesse sentido, estratégias planejadas pela gestão para o enfrentamento das dificuldades de integração e acesso às informações durante o período de implementação do sistema não foram referidas nas falas.

Os desafios enfrentados pelos profissionais envolveram a adaptação à nova ferramenta e necessidades de ajustes frente às demandas apresentadas pelos serviços:

[...] com a mudança do sistema, do SISREG para o SIGRAH, a gente teve vários desafios mesmo, da própria adaptação do sistema que ainda não funciona em toda a sua potencialidade. Apesar de já estar com um ano de uso pelas nossas unidades, ainda precisa de muitos ajustes, não está no seu potencial máximo (P1).

Os sistemas logísticos, determinados pelo modelo de atenção à saúde, são soluções tecnológicas que promovem a organização dos fluxos de informações e favorecem a ocorrência da integração vertical através de referências eficazes entre os pontos de atenção. Seus principais componentes incluem o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde. O SIGRAH, sistema atual do município, incorpora em suas funções o prontuário clínico e o sistema de regulação dos serviços da Rede SUS-BH (Mendes, 2010; Tofani, 2021).

Além de melhorar a comunicação, os sistemas logísticos são ferramentas de gestão e educação profissional, fornecendo dados essenciais para os sistemas de informação, bancos de dados, pesquisa científica, teleassistência, gestão clínica e financeira. Esses sistemas são projetados para coletar, armazenar, processar e transmitir informações de saúde de forma eficiente e segura entre os diferentes pontos de atenção e gestão dentro da rede (Mendes, 2010).

A divulgação dos dados coletados pelos sistemas é essencial para a produção de informações relevantes que permitam identificar os problemas de saúde da população, compreender seus determinantes e, assim, definir estratégias eficazes para o planejamento dos serviços de intervenções direcionadas às necessidades identificadas (Campos; Faria; Santos, 2010).

O entendimento sobre a importância da geração e compartilhamento de dados pode ser encontrado nas falas dos participantes em cargo de gestão e assistencial, que mencionaram como um dos dificultadores do trabalho a carência de dados para o planejamento das ações nos serviços de saúde:

Ah, uma coisa que dificulta muito é a falta de informação, a falta de dados. Como a gente organiza o processo e como a gente é carente de dados para conhecer o perfil dos nossos usuários pra gente poder fazer planejamento. Eu percebo na rede de reabilitação uma falta de planejamento (P4).

Eu acho que também não tem indicadores bons. Nunca se construiu. Por exemplo, na Atenção Especializada, 20% de absenteísmo é um absenteísmo alto, considerando a consulta médica que você vai lá uma vez e vai voltar num retorno. Isso cabe para reabilitação? É esse o parâmetro que a gente

deveria almejar na reabilitação? Considerando todas as dificuldades de acesso, né? A gente não tem esse parâmetro (P5).

Eu acho que falta para gente uma avaliação mais do território, sabe? A gente fica fazendo as mesmas coisas sem muito critério, porque a gente faz isso meio que intuitivamente. Eu acho que a gente podia ter espaços para a gente poder entender assim: “Quais são as maiores demandas aqui na regional?” Porque isso também é muito local, né? A gente fica fazendo a mesma coisa sem entender o que a cidade está pedindo [...] Mas eu acho que falta para a gente uma leitura, assim, do contexto (P19).

Os indicadores gerados a partir dos dados epidemiológicos são cruciais na gestão pública, orientando ações em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde. A utilização desses dados é fundamental para o planejamento, gestão de recursos, intervenções preventivas e assistenciais, e está prevista nos princípios do SUS estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990. A epidemiologia, essencial para entender e abordar os agravos à saúde da população, permite às equipes de saúde organizarem uma rede estruturada de serviços. Isso implica não apenas em identificar as necessidades de saúde específicas de uma população, mas também em implementar e avaliar intervenções eficazes para atender essas demandas, contribuindo assim para uma atenção à saúde integral e resolutive (Ferreira *et al.*, 2018; Freitas; Araújo, 2018).

Um estudo realizado com gestores da região Sul do Brasil revelou o reconhecimento desses profissionais sobre a importância dos dados epidemiológicos no planejamento dos serviços de saúde, bem como seu papel central na liderança e coordenação das equipes e estratégias desenvolvidas. Os prontuários clínicos e sistemas de informação foram citados como fontes essenciais de dados para a gestão. No entanto, os gestores identificaram a sobrecarga de trabalho, com falta de tempo para reuniões de planejamento, e de recursos humanos capacitados como os principais obstáculos para a análise e utilização efetiva desses dados nos serviços de saúde (Ferreira *et al.*, 2018).

É revelado pelo grupo o incômodo do fazer sem reflexão e avaliação, e ao mesmo tempo, mais uma vez, aparece um contexto atribulado onde é necessário fazer escolhas:

Há um medo assim: “Nós vamos parar de atender para fazer isso, qual é o ganho que isso (analisar, criar dados, planejar) tem? Não é melhor ficar só atendendo? E é o contrário, né? Ou seja, tem que parar para pensar, discutir a prática, refletir para retomar [...] Quando a gente para pra conversar sobre

isso, como isso amplia a visão, né? E eu acho que é o que falta na rede. A gente é muito “tarefeiro”, “fazedor”. Sem refletir sobre a prática (P7).

Uma estratégia de melhoria e de inovação implementada recentemente no município e relatada pelos entrevistados foi o Projeto Saúde em Rede, que tem como objetivo promover a integração da Rede SUS-BH como um todo. As narrativas refletem uma percepção positiva em relação ao projeto, principalmente no sentido de maior conhecimento dos serviços da Rede, entendimento sobre o funcionamento e aproximação entre eles, o que é uma demanda frequente nas falas dos entrevistados. Além disso, os encontros promovidos são vistos como oportunidades para a troca de experiências entre os diferentes níveis de atenção, fortalecendo os vínculos entre os profissionais e contribuindo para uma melhor compreensão dos papéis desempenhados por cada um dentro da RAS:

O Saúde em Rede é um projeto que eu estou amando. Desde que começou eu fiquei com uma expectativa muito grande dessa aproximação, de ter um conhecimento maior da rede, que a gente conseguisse se comunicar melhor e poder divulgar o serviço de reabilitação. Desde que começou eu acho que o CREAB teve outra visibilidade dentro do distrito, tá? Pouca gente sabia como era o funcionamento e hoje a gente já consegue contar um pouco da nossa história, falar um pouco do que a gente faz aqui dentro (P3).

Atualmente a gente está vivenciando os encontros do (Projeto) Saúde em Rede. E que eu vejo que o caminho é esse. Há um encontro de serviços e eu acho que esse é o momento que a gente pode aproveitar muito para fazer essa troca, né? (P7).

Eu acho que o (Projeto) Saúde em Rede, que é esse projeto atual da prefeitura, tem favorecido o CREAB a entender o funcionamento da Atenção Primária e vice-versa, sabe? (P9).

A gente começou esse ano com as oficinas do (Projeto) Saúde em Rede, que a proposta é a gente se conhecer, estreitar esses laços, os vínculos, pensar no território. Eu acho que tem acontecido um movimento para a gente poder se apropriar mais dessa Rede (P19).

O Projeto Saúde em Rede é uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e teve início em 2019 com um projeto piloto e posteriormente foi expandido para todo o estado. Apresenta-se como um processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) que tem como objetivo ampliar as capacidades das equipes da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para analisar seus processos de trabalho e reorganizá-los em busca do atendimento às necessidades de saúde dos

usuários. Além disso, o Projeto visa fortalecer a articulação e o trabalho integrado entre os diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde.

Entre os objetivos específicos do projeto estão o fortalecimento do trabalho em equipe e as práticas interprofissionais colaborativas, no âmbito da RAS; a incorporação e aprimoramento dos espaços de discussão, além da redefinição de práticas e processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da EPS. Com base nos objetivos delineados e nas características descritas pelos participantes, o Projeto Saúde em Rede parece apresentar potencial para sanar algumas questões trazidas pelos profissionais da reabilitação, com ênfase à necessidade de aproximação dos nós da rede.

A necessidade de capacitação contínua para os profissionais da reabilitação foi mencionada pelos participantes enquanto uma estratégia para melhoria do processo de trabalho. Os entrevistados destacam que a efetividade da Rede de Reabilitação depende diretamente da atualização dos conhecimentos e habilidades dos profissionais envolvidos. Para isso, as capacitações devem ser consideradas como componente essencial e integrado ao planejamento anual, indispensável para acompanhar as mudanças nos processos e no ambiente de trabalho:

Eu penso que um dos pontos que a gente precisa reforçar para a rede de reabilitação se tornar realmente rede é nessa capacidade dos profissionais. Se todo mundo que entrasse a gente conseguisse manter uma capacitação desses profissionais em dia, que eles entrem conhecendo o fluxo ou fazendo capacitação em serviço. Eu acho que isso é um desafio, mas é uma proposta que a gente não vai conseguir caminhar sem isso (P7).

Tem que treinar, treinar e treinar de novo. Não é enxugar gelo não, porque as pessoas mudaram. Aí você tem que ir lá falar de novo. O processo mudou, o ambiente mudou. Então eu acho que capacitação não pode ser luxo, tem que estar ali no planejamento anual (P17).

Eu acho que a gente tem que começar pela capacitação dos profissionais de um modo geral. Isso é fundamental pra instrumentalizar esses servidores e garantir mesmo uma assistência de qualidade (P18).

A capacitação dos trabalhadores do SUS deve ser organizada de maneira descentralizada e transdisciplinar, adaptando-se às realidades e necessidades locais e regionais. Este processo envolve a integração de diversos conhecimentos e a coordenação entre gestão e cuidado. É fundamental que os profissionais, ao se integrarem aos serviços de saúde, apliquem as competências adquiridas ao longo da sua formação e experiência profissional. Esses conhecimentos requerem espaços

para análise e reflexão, destinados a conectar saberes e a renovar as habilidades necessárias para enfrentar desafios crescentes nos processos de trabalho (Batista; Gonçalves, 2011).

A manutenção de uma assistência de qualidade requer que os profissionais apresentem conhecimento adequado sobre os serviços com entendimento dos fluxos e processos específicos da sua área de atuação. Nesse sentido, a adoção de estratégias de capacitação deve estar articulada aos contextos de trabalho para que seja efetiva e promova resultados positivos para os trabalhadores e a instituição. É importante ressaltar que o município de BH apresenta uma extensa área territorial com características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas diversas entre as regionais. Dessa forma, é relevante considerar a realização de capacitações comuns para toda a Rede, assim como outras que sejam específicas às singularidades e necessidades de cada território.

As discussões realizadas nesta categoria destacaram estratégias e inovação que visam promover a integração da Rede de Reabilitação. O formato de transição do sistema logístico do município, incluindo o prontuário eletrônico e a regulação, foi identificado como um desafio para o processo de trabalho, porém com potencial integrador após o seu estabelecimento e adaptação nos serviços.

A falta de dados para o planejamento de ações também foi mencionada enquanto uma barreira pelos participantes, sendo pertinente sinalizar a necessidade de assegurar o compartilhamento dos dados e promoção de discussões sobre sua interpretação e uso adequado. Experiências positivas foram compartilhadas pelos entrevistados, destacando as oficinas do Projeto Saúde em Rede que apresentam como objetivo a integração e aproximação entre os serviços. Por fim, mas não menos importantes, as capacitações também foram estratégias consideradas como necessárias para a manutenção da qualidade da assistência, enfatizando a significância de sua inclusão no planejamento anual do município.

5.6 Bases normativas: esforços por configurações convergentes

A categoria que arremata este estudo destinou-se à discussão sobre a percepção dos participantes em relação às bases normativas dos processos de trabalho, como protocolos e diretrizes, dentro da Rede de Reabilitação, assim como a influência desses documentos na prática profissional e prestação do serviço.

As falas dos entrevistados revelam um consenso sobre a importância das bases normativas para a organização e uniformização mínima dos serviços da Rede de Reabilitação. Eles destacam que esses documentos são fundamentais para estabelecer critérios e diretrizes que auxiliam na gestão eficiente e coordenada dos diversos pontos: *“Protocolo, no meu entendimento, não é para engessar, é para direcionar”* (P4). Há o reconhecimento de que devem ser utilizados como um guia da prática laboral, tanto para os profissionais novatos quanto para aqueles mais experientes:

Eu sou muito a favor de documento, porque eu acho que a gente precisa ter uma uniformização da rede [...] A gente entende que o nosso recurso é finito, então os critérios acabam sendo criados para a gente conseguir fazer uma organização dentro dos diferentes pontos de assistência da rede, pra gente conseguir dizer qual o dispositivo mais adequado de tratamento [...] O documento é um registo pro profissional novato que não tem conhecimento de rede, para ele se embasar e, ao mesmo tempo, para o profissional que já está há muito tempo na rede se atualizar também. Então eu acho que o documento ele serve para guiar o profissional, sem ele a gente trabalha de forma isolada e a gente fragmenta a rede, né? (P2).

Então, a partir do momento que você tem documentos e nota técnicas que balizam o que você deve priorizar ou o que você vai priorizar para grupo ou para atendimento, eu acho que isso ajuda a organizar o processo de trabalho das equipes na ponta (P9).

O documento é um potencial bom da gente trabalhar na rede para não ficar em um embate entre o que eu acho, enquanto profissional, e o que alguém da mesma categoria profissional, que está num outro ponto de atenção, acha que é para ser feito em cada lugar (P24).

No entanto, como dito anteriormente, o reconhecimento e a valorização dos profissionais envolvidos na assistência é um ponto crucial para a integração do trabalho em rede (Casanova, 2017; Santos; Andrade, 2011). O espaço restrito na dinâmica dos fóruns de reabilitação e, principalmente, na construção das normativas relativas ao trabalho, elementos fortemente presentes nos relatos dos participantes, são ainda reforçados nas falas a seguir, ampliando a importância da participação coletiva nos processos de planejamento, formação e avaliação:

Eu tenho visto muitos documentos sendo feitos pela Secretaria que não se aplicam na realidade do dia a dia, na prática [...] eu tinha essa percepção de que tinham pessoas construindo nota técnica que não vivenciaram o processo ali do que eles estavam construindo. Você tem que entender como é o processo de trabalho para que ele seja replicável no dia a dia. Então, acho que a nota técnica deveria conversar mais com o profissional, tendo a realidade dele também, sabe? (P8).

Eu acho a nota técnica do TEA (Transtorno do Espectro Autista) um exemplo disso, né? [...] eu ainda sinto que o NASF não foi muito bem representado na construção da nota técnica, tanto que virou a confusão que virou [...] Porque não é fazer uma nota técnica que vai resolver. A nota técnica vai direcionar, mas o que vai ter lá (na nota) pode dificultar mais ainda o processo de trabalho se a gente não ouvir o trabalhador da ponta, sabe? (P9).

Eu acho que seria uma forma muito interessante para quem cria esses fluxos ouvir mais quem está trabalhando com esses fluxos, sabe? Eu estou questionando se as pessoas que criam os fluxos são pessoas que estão dentro do serviço, atuando com base nos fluxos [...] Eu sinto falta disso, de construir junto. A ponta sendo representada de fato num local que constrói isso (P21).

Agora, o que eu fico pensando é que os protocolos estão sendo criados sem a participação das pessoas da ponta. O que pode fazer com que eles venham a fracassar por a gente não acreditar neles. Eu acho que eles precisam ser construídos e mantidos pelos profissionais que estão na rede, os profissionais que têm que acreditar e ver que fazem parte da vida deles, tanto na construção quanto no uso do cotidiano, no dia a dia (P24).

A igualdade de participação no diálogo é essencial para uma comunicação eficaz onde todos os envolvidos são reconhecidos como parte integrante do processo de construção e responsabilização pelo trabalho. A inclusão dos agentes de saúde nos processos de tomada de decisão não apenas gera motivação e engajamento através do sentimento de pertencimento, como também fortalece o comprometimento com os objetivos e resultados esperados pela instituição (Almeida *et al.*, 2021; Silva, 2018).

Os participantes foram indagados em relação ao conhecimento sobre o *Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH* e a influência em sua prática laboral. Os entrevistados que atuam nos CER's, em cargo de gestão e assistencial, relataram que apresentam boa apropriação sobre o documento e destacaram a ocorrência de uma reunião para sua apresentação quando os profissionais iniciam o trabalho na Unidade. Além disso, em relação às outras normativas da reabilitação, foi apontado como um facilitador o fato dos profissionais dos CER's terem que se apoderar dos documentos que tratam questões específicas das suas áreas de atuação:

Do CREAB sim, tem o conhecimento. Quando os profissionais chegaram a primeira coisa foi dar para todo mundo o Guia, foi o "para casa" na primeira semana. Então todo mundo leu, todo mundo sabe direitinho dos fluxos, do que fica com eles e do que não fica (P4).

Na prática, os profissionais do CREAB tendem a usar mais os documentos do que os profissionais da APS, porque foca num só, né? Eu entendo esse desafio da APS porque eles têm que ler todos os protocolos, sendo que no CREAB cada equipe se apropria do documento da sua especialidade (P6).

Esse foi um documento encaminhado para a gente como uma informação para entender mais a rede. Então, a partir da reunião que a gente teve, da Atenção Secundária, a gente recebeu esse documento pela gerência (P28).

Já os participantes em cargo Assistencial da APS, em sua maioria relataram que não possuem conhecimento sobre o Guia. Foi enfatizando que, possivelmente, ele foi apenas enviado por e-mail. Como discutido na categoria de Compartilhamento de informações, o volume elevado de e-mails pode ter se tornado uma barreira para o conhecimento do documento. Além disso, não houve um momento para sua apresentação e discussão, como afirmou P10: *"Eu falo isso várias vezes, o documento não foi trabalhado, ele só foi divulgado"*. Outros entrevistados corroboram com esta fala:

Eu vou ser muito sincera, eu recebo no meu e-mail vários materiais para os profissionais do NASF, pode ser que esse documento esteja lá, sabe? Mas eu não tive acesso, porque eu não li, porque a gente recebe muito documento. Eu não tive esse tempo e não teve também uma reunião para discutir sobre isso (P18).

Você falando agora eu lembrei que existe esse documento, mas ele simplesmente foi disparado via e-mail, passivamente. É o que eu sei. Então não teve nenhum foco, nenhum momento da reabilitação da PBH que falou assim: "gente, a partir de agora vamos trabalhar desse jeito" [...] Não li e atualmente não tem influenciado a minha prática (P21).

Eu devo ter recebido nos e-mails, mas eu não faço ideia. Não estou conseguindo lembrar, ou seja, não direcionou em nada a minha prática, porque se eu li eu não estou lembrando, né? (P25).

Não, não tive oportunidade de ler. É possível que tenha sido encaminhado, mas eu não sei se foi porque os e-mails que a minha Referência Técnica me mandou sobre os materiais, 20% eu consegui abrir, 30% no máximo. Então não tive acesso a esse material para ler, não tenho conhecimento (P26).

Os entrevistados em cargo de gestão destacaram que, embora os documentos norteadores sejam importantes como referência, sua eficácia é limitada sem um componente de discussão e interação prática. Eles enfatizaram que a simples leitura e distribuição dos documentos não garantem que sejam aplicados efetivamente no cotidiano de práticas. Em vez disso, a educação permanente, com troca de experiências entre colegas e o apoio técnico pedagógico nas reuniões de equipe são vistos como métodos de integração das diretrizes na prática cotidiana:

Para te falar a verdade, eu acredito muito que documento, leitura, não é uma coisa prática para quem tem as dúvidas do dia a dia. Existe lá, eu acho que é legal, mas para o dia a dia, para mim, o que funciona mais é aquela educação permanente. É aquela conversa e aquela troca com o colega, é uma reunião de equipe em que as pessoas possam se colocar, é nisso que eu acredito (P3).

Está lá no documento de diretrizes, então tem acesso, tá lá, mas a educação permanente é isso. Quando a gente leva o caso para discutir, você vai vendo, pensando, você vai colocando os protocolos, as diretrizes no dia a dia, né? [...] O documento em si não muda a prática se não tiver discussão (P7).

Ele é um documento que vai orientar, é uma base. Mas esse matriciar, essa conversa, ela precisa existir, eu acho que isso que aproxima (P8).

Então eu percebo que não basta ter o documento, eles são importantes, são norteadores, mas precisam ser trabalhados. Eu vejo isso acontecer muito pouco na rede. Acho que precisaria ser trabalhado e em diferentes formas, como quadros, resumos, momentos de conversa. Trazer isso num formato técnico pedagógico na reunião de matriciamento (P10).

Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo educativo contínuo e integrado ao ambiente de trabalho, que visa transformar a prática profissional e aprimorar a qualidade dos serviços de saúde. Fundamentada na prática cotidiana, a EPS utiliza o próprio contexto de trabalho como fonte de conhecimento, permitindo que as experiências diárias sejam refletidas e discutidas para a resolução de questões reais. Este processo é caracterizado por sua abordagem participativa e democrática, valorizando o protagonismo dos trabalhadores, usuários e controle social. Ao articular saberes prévios com os desafios enfrentados no cotidiano laboral, a EPS além de responder às necessidades específicas dos serviços também contribui para a evolução contínua das práticas e habilidades dos profissionais de saúde (Barcellos *et al.*, 2020; Donaduzzi, 2021).

A inclusão da Educação Permanente no cotidiano dos serviços de saúde ainda enfrenta desafios. Um estudo realizado com gestores municipais no Rio Grande do Sul evidenciou que o processo de trabalho dos serviços de saúde da região está atribuído quase exclusivamente à vertente assistencial, ficando a parte pedagógica em segundo plano. Houve também menção à ausência de um planejamento de ações de EPS nos municípios, que acontecem de forma isolada e compartimentada. O autor reforça que a integração da EPS nos serviços de saúde requer uma reorientação dos processos de trabalho para que programas educativos se tornem, de fato, permanentes, promovendo uma abordagem que alinhe a prática educativa com as atividades e os desafios enfrentados no cenário de trabalho (Silva *et al.*, 2017).

No contexto da implementação dos documentos norteadores, fica evidente, a partir das falas dos participantes, a necessidade da incorporação da Educação Permanente nos serviços de saúde. O compartilhamento apenas por e-mail foi destacado como insuficiente para que os profissionais se apropriem desses instrumentos. Dessa forma, é essencial adotar estratégias que promovam uma integração mais eficaz dos documentos no cotidiano de trabalho, como através da instituição de momentos de discussão, onde os profissionais possam refletir sobre a aplicação em suas práticas e compartilhar experiências, ou mesmo por outros meios e formas de divulgação.

A criação colaborativa de materiais complementares, como resumos e quadros, para facilitar a compreensão e retenção das informações, como sugeriu o participante P10, pode ser um método interessante. É importante ressaltar que as ações de EPS não devem ocorrer exclusivamente por iniciativa dos gestores. Os trabalhadores devem ser parte integrante desse processo, com envolvimento ativo frente às questões relacionadas aos seus processos de trabalho.

Esta última categoria apresentou como foco a discussão sobre a percepção dos entrevistados em relação às bases normativas dentro da Rede de Reabilitação, assim como a sua influência na prática profissional. Foi evidenciado que os documentos norteadores são instrumentos importantes no processo de trabalho, pois fornecem organização e uniformidade aos serviços de saúde, também sendo considerados como guias para a prática profissional.

No entanto, a maneira de compartilhamento desses documentos, sendo disponibilizado principalmente por e-mail, foi destacada como uma barreira de acesso para os profissionais da APS que reforçaram a dificuldade de leitura desses e-mails e identificação dos materiais. A Educação Permanente em Saúde emergiu como uma estratégia eficaz para auxiliar os profissionais na apropriação dos documentos norteadores, com momentos de discussão para reflexão e criação colaborativa de esquemas e resumos para o melhor entendimento. Ressalta-se que gestores e profissionais devem ter envolvimento ativo na EPS e que esta deve estar presente no calendário anual de planejamento dos serviços de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A alta demanda por serviços de reabilitação, impulsionado pelo envelhecimento da população e pela prevalência crescente de condições crônicas, enfatiza a necessidade urgente de expansão, em âmbito mundial, do acesso a esses tipos de serviços, com ênfase no fortalecimento e na integração desses espaços de cuidados, visando uma maior eficiência.

A Rede de Reabilitação de BH e de outros municípios do país evidenciam que a assistência em Rede ainda apresenta fragilidades e necessidade de maior articulação. Contudo, há uma carência de estudos na literatura que abordem sobre a gestão do trabalho a partir da perspectiva dos atores envolvidos nesses serviços. Dessa forma, o presente estudo buscou alcançar o seu objetivo que foi conhecer a Rede de Reabilitação de BH e seus aspectos organizacionais através do ponto de vista e concepções dos profissionais que nela atuam, e oferecer uma contribuição teórica de relevância para minimizar essa lacuna da literatura.

O estudo revelou que os participantes apresentam o reconhecimento teórico adequado dos componentes da Rede de Reabilitação do município, com a clara identificação do papel central da Atenção Primária para o seu pleno funcionamento. Em relação a este aspecto, é necessário enfatizar a importância de um contínuo alinhamento técnico, pela gestão, junto aos profissionais ingressantes na Rede, com a finalidade de garantir a continuidade desse conhecimento mesmo diante de modificações no RH dos serviços de saúde. O município de BH apresenta uma Rede de Reabilitação bem consolidada, refletindo anos de dedicação de seus profissionais em uma construção condizente com os princípios do SUS. Dessa forma, esse investimento histórico deve ser preservado e valorizado.

Em relação ao processo de trabalho, foi evidenciado que parece existir uma concordância entre o que está prescrito nas normativas do município e o que os participantes relatam enquanto processo e ações do trabalho, em todos os níveis de atenção. Entretanto, apesar da adequação teórica, as dificuldades operacionais impactam no processo de trabalho, causando fragilidades nos serviços e comprometendo a integração e articulação da Rede. Os principais desafios mencionados pelos participantes estão em consonância com os achados da literatura, incluindo: a alta demanda de trabalho, a carga horária reduzida, a alta rotatividade dos profissionais e a insuficiência de serviços de reabilitação. Diante disso, a necessidade

de melhorias na estruturação do trabalho da Rede de Reabilitação se evidencia, visando proporcionar melhores condições laborais e maior valorização dos profissionais, impactando diretamente em resultados mais eficazes dos serviços.

A segunda contribuição deste estudo refere-se aos relatos de dificuldades adicionais, ainda pouco exploradas na literatura, que envolvem: diferenças para além das questões contextuais no processo de trabalho entre os CER's do município, o distanciamento entre a Coordenação da Reabilitação e as Coordenações Regionais do NASF-AB, e a falta de integração entre os serviços próprios da Rede e os serviços contratados e conveniados. Esses desafios impactam diretamente na qualidade dos serviços de reabilitação, principalmente pelo comprometimento gerencial de coordenação e planejamento dentro da Rede. Para mitigar esses problemas, é essencial fortalecer a comunicação e colaboração entre as coordenações envolvidas, e desenvolver estratégias para melhorar a integração entre os serviços próprios e os conveniados, como a implementação de plataformas de comunicação e sistemas de gestão compartilhados.

Entre os aspectos que impulsionam o processo de trabalho foram mencionados o trabalho em equipe, a qualidade dos recursos humanos e das relações interpessoais, a disponibilidade para articulação e o apoio gerencial. A criação de estratégias para fortalecer a colaboração entre as equipes, como a realização de reuniões regulares para alinhamentos, investir em capacitação contínua, incentivar a participação ativa dos profissionais em processos de planejamento e garantir canais eficazes de comunicação são reconhecidos pelos profissionais como potenciais ferramentas que contribuem para maximizar a resolutividade e a qualidade do trabalho realizado e que necessitam de aprimoramento.

Os principais mecanismos de compartilhamento de informações descritos pelos participantes foram os encontros presenciais, por meio dos Fóruns de Reabilitação e reuniões entre as equipes, e o uso de dispositivos eletrônicos, como o aplicativo Whatsapp®, o e-mail e o Google Drive®. Os Fóruns foram considerados como valiosos espaços para discussão do processo de trabalho e compartilhamento de experiências, porém sendo enfatizada a necessidade da sua reformulação, dando preferência ao método participativo ao expositivo e contando com a colaboração ativa dos profissionais desde o planejamento das temáticas até a sua execução.

O alto volume de informações compartilhadas por e-mail, associada a carga horária reduzida e alta demanda de trabalho, foi evidenciado pelos participantes do

NASF-AB como uma barreira de acesso a informações compartilhadas por esse dispositivo. Soluções simples como a descrição mais detalhada dos assuntos ou uma padronização de indicadores de prioridade poderiam otimizar a organização para a leitura dessas informações. O aplicativo Whatsapp® por meio dos grupos de trabalho torna-se um instrumento importante para a comunicação na atualidade, no entanto é fundamental cuidado no seu manejo com a criação de regras bem estabelecidas para assegurar questões éticas, como a confidencialidade das informações e a segurança dos dados dos usuários.

O novo sistema logístico do município, o SIGRAH, trouxe grandes desafios para os profissionais em relação à integração entre os serviços e o acesso às informações dos usuários, durante o seu período de implementação. Os participantes evidenciaram ainda a falta de dados para o planejamento das ações dentro dos serviços de saúde. Essa problemática enfatiza a necessidade de alinhamento da gestão com os profissionais no que se refere ao compartilhamento dos dados gerados pelos sistemas de informação para que as ações realizadas sejam elaboradas de acordo com as necessidades específicas de cada serviço.

Ainda no contexto das inovações, o Projeto Saúde em Rede surgiu enquanto uma experiência positiva vivenciada pelos participantes, apresentando-se como uma potencial estratégia para promover uma maior integração e aproximação entre a Atenção Primária e a Atenção Ambulatorial Especializada. Cabe destacar aqui, a necessidade de acompanhamento dos resultados desse projeto no município, assim como a elaboração de uma proposta de manutenção que assegure a perpetuação e aplicação dos conhecimentos e habilidades adquiridos, evitando a perda dos avanços conquistados. Para esse acompanhamento sugere-se um novo estudo científico, que poderá seguir a proposta metodológica utilizada nesta pesquisa.

Em relação às bases normativas houve um consenso em relação à sua importância para a organização e uniformização dos serviços da Rede de Reabilitação. No entanto, os profissionais da assistência enfatizaram a necessidade do maior envolvimento desses atores na construção dos documentos. Nesse sentido, é fundamental que haja o reconhecimento e inclusão desses profissionais nas práticas gerenciais dos serviços com o objetivo de garantir maior adequação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, tornando as ações mais direcionadas às demandas, além de gerar maior motivação e satisfação dos trabalhadores.

Por fim, foi evidenciado que os desafios relatados pelos participantes em relação ao compartilhamento das informações por e-mail afetaram diretamente o conhecimento dos profissionais da APS em relação ao Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada do SUS de BH. A maioria dos participantes apontou não conhecer esse documento, o que resultou na ausência de impacto sobre sua prática laboral. Esse cenário reflete a necessidade de revisar as formas de compartilhamento desses documentos, que além de serem divulgados devem ser apresentados e discutidos. A Educação Permanente foi uma ferramenta citada por alguns gestores e que deve ser implementada em todos os serviços enquanto parte integrante do processo de trabalho. Dessa forma, pode-se garantir que os instrumentos elaborados sejam valorizados e, de fato, úteis para os profissionais.

A relevância e complexidade do tema suscitam a necessidade de novos estudos com a ampliação dessa análise para outros pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde. A compreensão do processo de trabalho dos profissionais de outros serviços pode auxiliar de forma mais efetiva na elaboração de estratégias para aprimorar a integração e comunicação dentro da Rede, fortalecendo o SUS.

A contribuição prática deste estudo está na possibilidade de revelar de maneira sistematizada, para os gestores e profissionais da Rede de Reabilitação a visão que esses atores apresentam sobre a gestão do trabalho. A identificação das diferenças e dos aspectos facilitadores e dificultadores oferecem uma oportunidade valiosa de reflexão e construção de ferramentas para atuar sobre as potências e fragilidades dos serviços de saúde disponibilizados à sociedade na perspectiva das redes de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, H. B. *et al.* As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 1-13, fev. 2021.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018.

ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 185-192, abr. 2016.

ARAÚJO NETO, J. D. *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1-25, out. 2018.

BARCELLOS, B. J.; FONTANELLA, J. R.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008.

BARCELLOS, R. M. D. S. *et al.* Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-14, fev. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, dez. 2011.

BELEI, R. A. *et al.* O uso de entrevista, observação e vídeo gravação em pesquisa qualitativa. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v. 30, n. 1, p. 187-199, jan. 2008.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira orientadora de serviços do SUS: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2018. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/carteira-orientadora_servicos-sus-bh-07-11-2018-1.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Cuidado integral da pessoa com disfunções osteomusculares**: guia do percurso na Rede SUS-BH. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/cuidado-integral-pessoa-disfuncao-osteomuscular.pdf>. Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de atribuições dos núcleos temáticos**: gerência de assistência, epidemiologia e regulação (GAERE). Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/transparencia/2021/guia-de-atribuicoes-dos-nucleos-tematicos-gaere_11-11-21.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de diretrizes da rede ambulatorial especializada de reabilitação do SUS-BH**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2022aa. Disponível em: [guia-diretrizes-rede-ambulatorial-reabilitacao-01-02-2022.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/transparencia/2022/guia-diretrizes-rede-ambulatorial-reabilitacao-01-02-2022.pdf) (pbh.gov.br). Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Orientações sobre recursos humanos para gerentes de Unidades de Saúde**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2022b. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/cartilha_orientacao_rh_gerente_cs-10-03-2022.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior – 2º quadrimestre de 2022**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2022ac. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2022/1%C2%BA%20RDQA%202022.pdf>. Acesso em: 5 set. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Solução Integrada de Gestão Hospitalar, Ambulatorial e de Regulação**. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/sigrah>. Acesso em: 5 set. 2024.

BENELLI, S. J.; FERRI, G. G.; FERREIRA JUNIOR, N. Problematizando a noção de rede, suas origens e algumas de suas aplicações atuais. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 54-73, jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abr. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Práticas em Reabilitação na AB**: o olhar para a funcionalidade na interação com o território. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012b.

CAETANO, L. A.; SAMPAIO, R. F.; COSTA, L. A. A expansão dos serviços de reabilitação no SUS à luz do arcabouço normativo federal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 195-203, nov. 2018.

CAETANO, Luciana de Assis. **Implementação dos serviços de reabilitação do sus no município de Belo Horizonte**: avanços institucionais e desafios assistenciais. 2018. 105 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, abr. 2017.

COSTA, R. S. Redes de atenção à saúde: desafios dos gestores para sua implementação e funcionamento. **Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, Cruz das Almas, v. 2, n. 1, p. 41-55, jun. 2019.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

DONADUZZI, D. S. S. *et al.* Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, p. 1-14, abr. 2021.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 131-139, fev. 2013.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FERREIRA, J. *et al.* Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 69-79, jan. 2018.

FERRER, M. L. P. *et al.* Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 223-230, jul. 2015.

FISCHBORN, A. F.; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 227-237, jan. 2018.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. (org.). **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007. p. 180-204.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. M. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI, F. (org.). **Políticas de Participação e Saúde**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 197-224.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 1-23, dez. 2018.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. **RECIIS Rev. Eletr. de Com. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 1-14, dez. 2013.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GOULART, B. N. G.; ANDERLE, P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. **CoDAS**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 1-2, fev. 2019.

HEINEMANN, A. W. *et al.* Rehabilitation is a global health priority. **BMC health Services Research**, Londres, v. 20, n. 1, p. 1-3, fev. 2020.

LOURENÇO, M. B. *et al.* O Turnover dos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família do Município de Rio Grande do Piauí-Pi. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 5, p. 1-14, abr. 2021.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, P. 2297-2305, jun. 2010.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS, 2020.

MESQUITA, A. L. M. *et al.* Atenção Primária à Saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, Curitiba, v. 16, n. 12, p. 30191-30205, ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, jul. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; MORAES, S. H. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: o sofrimento na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, n. 1, set. 2019.

OLIVEIRA, N. R. D. C. (org). **Redes de atenção à saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UFMA/UNA-SUS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reabilitação em sistemas de saúde**. São Paulo: Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre a deficiência/World Report on Disability**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.

PAIVA, R. A. *et al.* O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 5, p. 181-184, maio 2018.

- PAULINO, D. B. *et al.* WhatsApp® como recurso para a educação em saúde: contextualizando teoria e prática em um novo cenário de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 42, n. 1, p. 171-180, jan. 2018.
- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito ea seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-20, nov. 2020.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1525-1534, jun. 2018.
- PEITER, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-10, nov. 2019.
- PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jan. 2017.
- QIAN, M. *et al.* Psychological responses, behavioral changes and public perceptions during the early phase of the COVID-19 outbreak in China: a population based cross-sectional survey. **MedRxiv**, Londres, 10.1101/2020.02.18.20024448.
- RIBEIRO, C. T. M. *et al.* O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 28, n. 1, p. 43-48, jan. 2010.
- RODES, C. H. *et al.* O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 74-82, mar. 2017.
- SANTOS, J. C. *et al.* O uso do aplicativo móvel Whatsapp na saúde: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 1-11, jul. 2021.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, mar. 2011.
- SANTOS, T. S. **Tecnologias leves na Atenção Primária à Saúde**: em tempos de interdisciplinaridade o trabalho ainda é multidisciplinar. 2023. 121 f. Dissertação (Mestrado e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2021.
- SAPORITO, B. E. *et al.* Análise da organização do trabalho nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica no Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 1-22, fev. 2022.

SILVA, B. F.; DAVIES, V. F.; NATAL, S. Ações Técnico Pedagógicas do NASF: Uma revisão integrativa de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 5, p. 22881-22902, out. 2021.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 389-401, maio 2007.

SILVA, K. R. *et al.* Trabalho em Equipe: reflexões dos gestores de serviços de urgência e emergência. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, n. 5, p. 1-8, maio 2018.

SILVA, L. A. A. D. *et al.* Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, set. 2016.

SILVA, L. A. A. D. *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 1-8, fev. 2017.

SOUZA, M. A. P. D. *et al.* Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3277-3286, out. 2016.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

TOFANI, L. F. N. Caos, organização e criatividade: Revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769-4782, out. 2021.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 1-6, out. 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, D. L.; MARTINS, C. L.; FRAZÃO, P. Gestão do trabalho em saúde: sentidos e usos da expressão no contexto histórico brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-78, jan. 2017.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, dez. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rehabilitation in health systems**: guide for action. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>. Acesso em: 5 set. 2024.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dados do participante e orientações	
Nome do entrevistado(a): _____	
Nome do pesquisador(a): _____	
Data da entrevista: / /	Hora da entrevista: _____

Contato inicial:

- Agradecer pela disponibilidade em receber o(a) pesquisador(a).
- Apresentar, de forma breve, os objetivos da pesquisa.
- Explicar as informações contidas no termo de consentimento livre e esclarecido.
- Reforçar a importância do armazenamento de uma cópia do documento.

Procedimentos iniciais:

- Solicitar permissão para gravação.
- Iniciar a gravação.
- Informar ao participante que ele terá acesso à transcrição da entrevista para suprimir ou complementar informações.

Características dos entrevistados:

- Sexo: () Feminino () Masculino
- Idade: _____ anos
- Formação profissional: _____
- Tempo de formação: _____
- Cargo/função na Instituição: _____
- Tempo de serviço na Unidade: _____
- Carga horária de trabalho (20h – 30h - 40h): _____
- Número de UBS que atende: _____
- Regional: _____
- Trabalha em mais de um serviço da Rede? () Sim () Não

Questões para entrevista

1. Como você explicaria o funcionamento da Rede de Reabilitação no município de Belo Horizonte? (*Componentes da Rede, suas atribuições, como os serviços se*

articulam, como são os fluxos).

2. Você poderia me descrever um dia ou uma semana de trabalho típico seu?
(*Processo de trabalho, fluxos...*)

Caso o entrevistado não aborde na resposta, perguntar: Quais são as atribuições do seu cargo? Qual(is) fluxo(s) norteia(m) suas atividades laborais?

3. Como o seu serviço se integra com outros na Rede?
4. O que pode citar como facilitador(es) e dificultador(es) do trabalho que você desenvolve? Tanto no seu próprio serviço quanto na Rede.
5. Você consegue pensar em alguma estratégia de melhoria ou inovação em relação ao funcionamento/organização da Rede de Reabilitação?
6. Como você percebe o compartilhamento de informações pelos níveis de gestão sobre a organização e os fluxos dos serviços da Rede?

Gestores: Como você planeja/organiza e executa o compartilhamento de informações sobre a organização e os fluxos da Rede com os profissionais?

7. Em 2022, a PBH lançou o Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH. Você teve acesso a esse documento? **Em caso afirmativo:** *Você teve oportunidade de ler? Qual é a sua percepção sobre ele? De alguma forma ele influencia a sua prática?*

E outras normativas e resoluções referentes à reabilitação? **Em caso afirmativo:** *Você teve oportunidade de ler? Qual é a sua percepção?*

Considerações finais:

- Perguntar ao entrevistado se há alguma informação adicional que gostaria de acrescentar em relação aos assuntos abordados durante a entrevista.
- Perguntar se o entrevistado ficou com alguma dúvida.

Finalização e agradecimento:

- Agradecer a disponibilidade do entrevistado em fornecer as informações.
- Salientar que os resultados da pesquisa estarão à disposição dele e, se tiver interesse, deverá entrar em contato com o pesquisador.
-

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Diretrizes da Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço**”, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Em caso de dúvidas, a qualquer momento, você poderá ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis: **AMANDA NEVES CRUZ COELHO**, mestranda, que está sob orientação e coordenação das professoras **DRA. KARLA RONA DA SILVA** e **DRA. FABIANE RIBEIRO FERREIRA** ou entrando em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da SMSA – coparticipante (conforme dados disponíveis ao final deste termo).

OBJETIVO DA PESQUISA

Conhecer a visão dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação, sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Caso concorde em participar deste estudo, será realizada uma entrevista em formato virtual afim de garantir um espaço seguro e confortável para a coleta de informações. A pesquisadora (mestranda) fará algumas perguntas, a respeito do seu processo de trabalho, com tempo médio para as respostas de 40 minutos. Será solicitada a sua permissão para a gravação da entrevista com o objetivo de apenas de viabilizar a transcrição para análise dos resultados, reforçando que não haverá uso ou divulgação da sua imagem.

Esse termo de consentimento será enviado, previamente, por e-mail, e deverá ser assinado e encaminhado a pesquisadora. O encontro virtual será agendado respeitando a disponibilidade do participante e da pesquisadora, e inicialmente serão retomados os objetivos da pesquisa, bem como esclarecidas dúvidas com relação aos procedimentos, assegurando o total sigilo da entrevista. Acredita-se que o uso da tecnologia auxiliará a pesquisa na medida em que visa trazer flexibilidade de participação, assim como respeito pelas questões éticas e de sigilo. O aplicativo utilizado será a plataforma Microsoft Teams, e o link de acesso a sala virtual será enviado ao participante no dia da entrevista.

CONFIDENCIALIDADE

A participação é absolutamente voluntária e sem nenhum tipo de remuneração financeira. Os dados serão tratados com todo o cuidado e sigilo, porém é importante ressaltar as limitações das pesquisadoras em assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação, em função do ambiente virtual. As informações fornecidas na gravação serão identificadas pelo número da entrevista, e em nenhum momento você será identificado(a). As informações e resultados da pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e acadêmicos. Os dados, materiais e instrumentos da pesquisa ficarão arquivados/armazenados em “nuvem” eletrônica com a pesquisadora responsável por um período de 05 (cinco) anos e após esse tempo serão deletados do dispositivo eletrônico. Orientamos que você também guarde uma cópia desse documento. Assumimos o compromisso de que o material coletado será utilizado somente para esta pesquisa e que os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou artigos científicos.

DESCONFORTOS E RISCOS

Para participar desta pesquisa você não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e terá acesso a esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre para recusar-se a participar em qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos para você ou para a instituição.

Aspectos éticos fundamentais que merecem destaque neste estudo são a garantia de que não há discriminação na seleção dos participantes.

A pesquisa oferece o risco de possíveis desconfortos relacionados ao receio e constrangimento pelas informações compartilhadas e pelo tempo dispensado. Informe que entende o objetivo desta pesquisa

esses riscos serão minimizados no estudo através da garantia do acesso à um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Todas as questões são relacionadas à sua profissão/atuação e serão tratadas com todo o cuidado e sigilo, procurando garantir a privacidade de seus dados registrados. O TCLE considera o que está preconizado nas Resoluções 466/2012 e procura assegurar a preservação dos dados, sua confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Por se tratar de uma coleta de dados com a utilização de ambiente virtual, também há riscos relacionados ao uso da tecnologia, que serão minimizados pela pesquisadora através do envio de orientações de ingresso na plataforma através do mesmo e-mail de divulgação do link. Dentro dessas orientações também será abordado sobre uma possível remarcação em caso de problemas com a rede de internet.

BENEFÍCIOS DIRETOS DA PESQUISA

O benefício direto desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação do município, sobre a gestão do trabalho. Espera-se que o produto tecnológico que será elaborado auxilie na discussão e melhoria do processo de trabalho, garantindo maior qualidade e resolutividade nos serviços ofertados à população.

DÚVIDAS – PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Se julgar necessário, você dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo(a) na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso você aceite o convite para participar desta pesquisa esclarecemos que não está previsto qualquer remuneração por sua participação, assim como também não haverá nenhuma despesa financeira. Caso ocorra algum dano decorrente da sua participação, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

KARLA RONA DA SILVA (coordenadora)

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia. CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG – Brasil
Escola de Enfermagem – Campus Saúde
E-mail: karlarona0801@gmail.com - Fone: (31) 3409-8024

FABIANE RIBEIRO FERREIRA (coorientadora)

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627. CEP 31270-901 – Belo Horizonte – MG - Brasil
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional – Campus Pampulha
Email: fabianerf@hotmail.com - Fone: 3409-7410

AMANDA NEVES CRUZ COELHO (mestranda)

Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia. CEP: 30130-100 - Belo Horizonte - MG – Brasil
Escola de Enfermagem – Campus Saúde
E-mail: amandancoelho@hotmail.com - Fone: (31) 3409-8024

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br. - Tel: 3409-4592

SMSA-BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (instituição coparticipante)

Assessoria de Educação em Saúde (ASEDS) - Núcleo de Pesquisa/ Comitê de Ética SMSA
Rua Frederico Bracher, 103 – 3º andar – Padre Eustáquio. Belo Horizonte – Brasil. CEP: 30710-580
E-mail: aseds.pesquisa@pbh.gov.br

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir de participar da pesquisa mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa. Confirmando que fui orientado(a) a armazenar em meus arquivos uma cópia desse documento. Por tudo isso, declaro que li este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar da pesquisa.

Local: _____ Data: ____ / ____ /2023

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora coordenadora do estudo: _____

Assinatura da pesquisadora coorientadora do estudo: _____

Assinatura da pesquisadora mestranda do estudo: _____

APÊNDICE C – PRODUTO TÉCNICO (APRESENTAÇÃO DE TRABALHO)

Verifique o código de autenticidade 53701409.5180679.477921.3.862372543920657665138 em <https://www.even3.com.br/documentos>

IV Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde

Gestão em Saúde: Experiências Exitosas

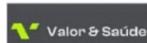
Certificamos que o trabalho intitulado **REDE DE REABILITAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A GESTÃO DO TRABALHO PARA A SUA EFETIVAÇÃO** de autoria de Amanda Neves Cruz Coelho, Marina Dayrell de Oliveira Lima, Fabiane Ribeiro Ferreira e Karla Rona da Silva, foi submetido, aprovado e apresentado no evento **IV Seminário da Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde e Encontro de Egressos**, realizado em 06/11/2023 a 08/11/2023, contabilizando carga horária total de 16 horas.

06/11/2023 a 08/11/2023



Prof. Dr. Karla Rona da Silva
Coordenadora do Evento

Apoio:



Realização:



APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO (RELATÓRIO TÉCNICO PARA A PBH)



Produto técnico resultado da Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais.

Por Amanda Neves Cruz Coelho, Fabiane Ribeiro Ferreira e Karla Rona da Silva.

Apresentação

Este relatório técnico é parte integrante da dissertação de Amanda Neves Cruz Coelho, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação das Professoras Karla Rona da Silva e Fabiane Ribeiro Ferreira.

Introdução

Rede, em sua essência, remete a uma teia, um entrelaçamento de fios, interligados, que em conjunto formam um tecido com certo padrão e características. A palavra rede vem sendo utilizada para representar os processos que envolvem conexão e evidenciam a interdependência de elementos, de coisas, de pessoas. Dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas para a gestão. Quando se trata do sistema de saúde, esta representação, segundo o sanitarista Eugênio Vilaça, atende a necessidade de ultrapassar um delineamento fragmentado do cuidado, que traz como consequência uma menor eficácia para atender as demandas das populações e diminui a segurança do usuário nos processos de decisão clínica (Fleury e Ouverney, 2007; Benelli, Ferri, Junior, 2015).

A eficácia de uma Rede de Atenção à Saúde está intrinsecamente ligada à forma como os profissionais envolvidos compreendem a dinâmica dos serviços e interagem entre si. Uma rede integrada é capaz de alcançar maior qualidade dos serviços ofertados, satisfação dos usuários e resultados desejados. No âmbito da reabilitação, essa articulação entre instituições e profissionais se faz ainda mais necessária para atender às necessidades complexas e multifatoriais dos pacientes em processo de recuperação (Costa, 2019; Goulart e Anderle, 2019).

Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de uma expansão significativa dos serviços de reabilitação devido ao aumento da demanda de indivíduos com dificuldades funcionais, como consequência de um processo de envelhecimento com maior expectativa de vida e prevalência de condições crônicas não transmissíveis (Goulart e Anderle, 2019; Heinemann *et al.*, 2020). No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a iniciativa “Reabilitação 2030: um apelo à ação”, e identificou dez áreas de concentração

para fortalecimento e expansão dos serviços de reabilitação, sendo uma delas: “melhorar a integração da reabilitação no setor da saúde e fortalecer os vínculos intersetoriais para atender com eficácia e eficiência às necessidades da população” (Who *et al.*, 2019, p11).

A OMS refere a importância da reabilitação como uma forma de investimento social, com benefícios de saúde, sociais e econômicos, na medida em que possibilita o aumento da funcionalidade, permitindo aos indivíduos a manutenção da participação em sociedade e colaborando com o aumento da sua produtividade (Who, 2019). Além da implementação e expansão dos serviços, o Relatório Mundial e outros estudos reforçam a importância do desenvolvimento e monitoramento de políticas de reabilitação e ações regulatórias específicas com o objetivo de prevenir fragilidades e a descontinuidade dos processos (Oms, 2012; Alves, Ribeiro e Sampaio, 2016; Souza *et al.*, 2016; Who *et al.*, 2019).

Em estudos já realizados sobre a Rede de Reabilitação do município, foi evidenciado que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, a assistência em Rede ainda apresenta fragilidades e necessidade de maior articulação. Embora os princípios, diretrizes e a forma de organização estejam bem delineados nas políticas e documentos que embasam as ações e serviços, os profissionais ainda encontram dificuldades operacionais, relacionadas a gestão do trabalho, resultando em uma Rede fragmentada e pouco resolutiva (Alves, 2016; Souza, 2016; Rodes *et al.*, 2017; Caetano, 2018).

Outros estudos, realizados em diferentes estados, mostraram que esses problemas não são exclusivos de Belo Horizonte, pois também foram detectados na Bahia, no Rio de Janeiro, em São Paulo e Santa Catarina. Questões relacionadas à qualidade dos encaminhamentos, alta demanda dos serviços, carência de qualificação e capacitação dos profissionais envolvidos na Rede, assim como alta rotatividade, foram as fragilidades mais presentes nestes estudos (Spedo, 2010; Erdmann *et al.*, 2013; Ferrer *et al.*, 2015). Costa (2019) trouxe como conclusão da sua pesquisa bibliográfica que as maiores dificuldades encontradas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são operacionais, e não teóricas, enfatizando a necessidade de mudança na gestão do trabalho a partir do conhecimento do olhar dos atores envolvidos nesses processos.

Partindo do princípio de que a organização do serviço, com definição clara do processo de trabalho e integração entre seus componentes, está intimamente relacionada com sua qualidade, justifica-se a relevância de uma investigação sobre a Rede de Reabilitação estabelecida em BH com foco na visão da vivência e conhecimento dos atores envolvidos nesta prestação de serviço. Entende-se que as respostas às indagações relativas à gestão do trabalho, considerando a estrutura dessa Rede e de seu funcionamento, podem ser alcançadas através do desvelamento das compreensões dos diferentes profissionais atuantes nos seus equipamentos integrantes.

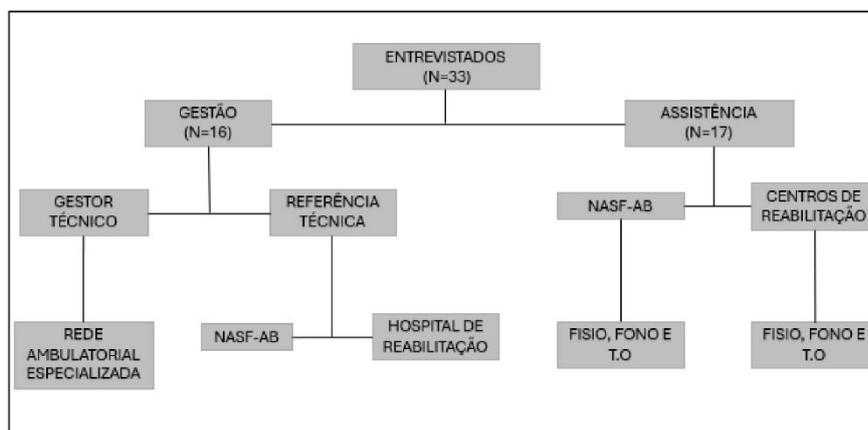
Considera-se ainda, os resultados deste estudo como potencial ferramenta avaliativa do serviço, dispositivo importante nas práticas da gestão, que tem por finalidade e contribuição a busca pelo aperfeiçoamento de ações, assim como possível reorientação e recondução do trabalho desenvolvido na Rede de reabilitação.

Objetivo

Apresentar aos gestores e profissionais de saúde os resultados desse estudo que teve como objetivo conhecer a Rede de Reabilitação da SMSA-BH e seus aspectos organizacionais através do ponto de vista e concepções dos profissionais que nela atuam.

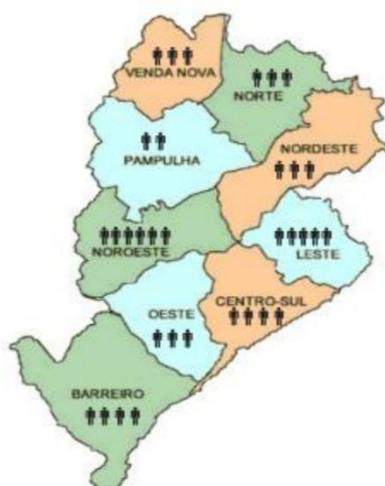
Resultados

Com base nos objetivos traçados, os participantes da pesquisa foram profissionais que atuam na Rede de Reabilitação do SUS-BH, organizados em dois grandes grupos, gestores e profissionais da assistência, como representado no quadro a seguir:



Fonte: Elaborado pela autora (2024)

O estudo contou com a participação de 33 profissionais, dos quais 16 ocupavam cargos de gestão e 17 cargos assistenciais. Em relação à formação profissional, cerca de metade da amostra eram fisioterapeutas (48,5%), seguidos por terapeutas ocupacionais (24,2%), fonoaudiólogos e nutricionistas (9,1% cada), enfermeiros (6,1%) e profissionais de educação física (3%). O tempo de serviço na PBH teve variação de 6 meses a 31 anos. A distribuição dos profissionais por regionais do município está ilustrada na figura abaixo:



Fonte: Belo Horizonte (2021) – adaptado pela autora (2024).

A partir da análise das entrevistas foram construídas cinco categorias, cujos nomes fazem referência ao termo “nós” utilizado por Mendes para falar sobre as RAS. Essas categorias são:

A Rede de Reabilitação: conectando nós; O processo de trabalho: entrelaçando fios; Compartilhamento de informações: aproximando nós; Estratégias e Inovação: fortalecendo os fios; e Bases normativas: esforços por configurações convergentes.



A Rede de Reabilitação: conectando nós

Os resultados apresentados nesta categoria evidenciam que os participantes reconhecem os componentes da Rede de Reabilitação do município e seus nós principais, competência esta importante para garantir o seu funcionamento.

“

"A rede de reabilitação hoje está associada à Atenção Primária, por meio do NASF-AB. E temos a Atenção Especializada que é formada por cinco CREAB's, né? Quatro são habilitados pelo Ministério da saúde como Centros Especializados em Reabilitação, sendo o CREAB Noroeste o CER 4, onde atende todas as modalidades. O CREAB Venda Nova, como um CER 3, que atende a (reabilitação) física, a intelectual e a auditiva e os CREAB's Leste e Centro-sul são habilitados como CER 2 atendendo a (reabilitação) intelectual e a física. O CREAB Barreiro não tem nenhuma habilitação ainda e lá atualmente estão atendendo a reabilitação física e intelectual, né? (...) A gente conta com clínicas conveniadas de reabilitação, de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. E a gente tem um hospital terciário, que é o Paulo de Tarso, que a regulação de acesso vai se dar pelo CREAB." (P5)

”

“Então, eu entendo que a reabilitação ela vai atravessar os diferentes níveis de atenção, um dos pontos seria a Atenção Primária, na qual eu atuo, então o NASF seria uma ponta da rede de reabilitação do município (...) E aí quando a gente entende que os nossos recursos são insuficientes, que as condições são mais complexas do que a gente dá conta de alcançar, a gente encaminha para outros níveis de atenção. O nosso grande apoiador seria o CREAB, que é o Centro de Reabilitação (...) E num terceiro nível, seria a reabilitação hospitalar, né? Que eu tenho pouco contato.” (P19)

Os entrevistados compartilham uma visão comum sobre a organização dos serviços de reabilitação a partir da Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, o encaminhamento dos usuários para os outros pontos da Rede é baseado em uma avaliação realizada pelos profissionais do NASF-AB, que desempenham o papel de microrreguladores nesse fluxo de cuidado.

“Eu acredito que o funcionamento da reabilitação em BH tem que estar vinculado à Atenção Primária. É a Atenção Primária que gerencia o cuidado, e essa Atenção Primária é que deve solicitar quando acontece a necessidade de uma intervenção da Atenção Secundária. Em princípio os pacientes com menor complexidade têm que ser atendidos na Atenção Primária, tá? (...) a não ser que ele tenha uma grande limitação funcional. Alguns casos, como uma limitação funcional moderada, podem ser atendidos nas clínicas conveniadas. Agora, aqueles pacientes que têm uma limitação funcional mais elevada (...) são perfil de atendimento no CREAB.” (P31)

A identificação da APS enquanto porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado foi enfatizada por participantes de todos os cargos, gestores e assistenciais, destacando a sua consolidação no cenário da saúde pública de Belo Horizonte.

“(...) o principal nosso lá, na APS, e que ninguém vê, que eu acho que é o mais complexo, é que nós somos o coordenador do cuidado. Isso não é nada simples, você acolher um usuário, entender todo o contexto que ele está inserido, o que é que ele tem. A gente é quem faz essa avaliação, essa triagem inicial, porque a partir dessa avaliação é que nós vamos direcionar para qual serviço dessa rede complexa que ele vai.” (P25)

Os principais desafios mencionados pelos participantes estão em consonância com os achados da literatura, incluindo: a alta demanda de trabalho, a carga horária reduzida, a alta rotatividade dos profissionais e a insuficiência de serviços de reabilitação.

“Os dificultadores, eu acho que é a carga horária para a demanda de trabalho que a gente tem hoje, que é uma demanda absurda e isso compromete a assistência prestada, né? Tem comprometido a assistência no sentido, assim: o que é promoção, prevenção, reabilitação? E aí você vê o NASF fazendo de tudo um pouco, menos aquilo que ele deveria fazer, que é promoção e prevenção. Então, isso tem gerado um impacto gigante.” (P18)

“A gente tem uma rotatividade de profissionais muito grande também na rede. Por ser uma rede grande isso é um problema para mim hoje, porque tudo o que é construído é perdido quando você perde o profissional, né? As articulações, todas as capacitações, os alinhamentos técnicos.” (P11)

“E com as clínicas (conveniadas) a gente não tem comunicação, encaminhou e ficam lá os casos. A gente não tem esse diálogo nem para saber da alta. Se o usuário não nos procurar de novo, a gente realmente fica sem saber como está o tratamento.” (P25)
“Tem gente que não sabe nem que existe o Paulo de Tarso, né?” (P17)

“A gente tem hoje as clínicas conveniadas e as faculdades que são de extrema importância para a Rede, porque o serviço próprio não consegue abarcar todo o público da reabilitação. Então a gente precisa desses serviços para conseguir dar vazão e é por isso que existem os critérios, para a gente colocar esse usuário no ponto mais adequado dele. Mas a gente percebe que há uma necessidade de um incremento dos serviços próprios de reabilitação, porque a gente tem vivido uma situação complexa dos serviços contratados, tendo em vista que são poucos serviços ofertando poucas vagas.” (P2)

Revisitando a discussão da primeira categoria, que abordou a compreensão dos componentes da Rede, é importante observar que apesar de haver um

O estudo revelou que os participantes apresentam o reconhecimento teórico adequado dos componentes da Rede de Reabilitação do município, com a clara identificação do papel central da Atenção Primária para o seu pleno funcionamento. Em relação a este aspecto, é necessário enfatizar a importância de um contínuo alinhamento técnico, pela gestão, junto aos profissionais ingressantes na Rede, com a finalidade de garantir a continuidade desse conhecimento mesmo diante de modificações no RH dos serviços de saúde. O município de Belo Horizonte apresenta uma Rede de Reabilitação bem consolidada, refletindo anos de dedicação de seus profissionais em uma construção condizente com os princípios do SUS. Dessa forma, esse investimento histórico deve ser preservado e valorizado.



O processo de trabalho: entrelaçando fios

Em relação ao processo de trabalho, foi evidenciado que parece existir uma concordância entre o que está prescrito nas normativas do município e o que os participantes relatam enquanto processo e ações do trabalho, em todos os níveis de atenção. Entretanto, apesar da adequação teórica, as dificuldades operacionais impactam no processo de trabalho, causando fragilidades nos serviços e comprometendo a integração e articulação da Rede.

Os principais desafios mencionados pelos participantes estão em consonância com os achados da literatura, incluindo: a alta demanda de trabalho, a carga horária reduzida, a alta rotatividade dos profissionais e a insuficiência de serviços de reabilitação.

“Os dificultadores, eu acho que é a carga horária para a demanda de trabalho que a gente tem hoje, que é uma demanda absurda e isso compromete a assistência prestada, né? Tem comprometido a assistência no sentido, assim: o que é promoção, prevenção, reabilitação? E aí você vê o NASF fazendo de tudo um pouco, menos aquilo que ele deveria fazer, que é promoção e prevenção. Então, isso tem gerado um impacto gigante.” (P18)

“A gente tem uma rotatividade de profissionais muito grande também na rede. Por ser uma rede grande isso é um problema para mim hoje, porque tudo o que é construído é perdido quando você perde o profissional, né? As articulações, todas as capacitações, os alinhamentos técnicos.” (P11)

“E com as clínicas (conveniadas) a gente não tem comunicação, encaminhou e ficam lá os casos. A gente não tem esse diálogo nem para saber da alta. Se o usuário não nos procurar de novo, a gente realmente fica sem saber como está o tratamento.” (P25)

“Tem gente que não sabe nem que existe o Paulo de Tarso, né?” (P17)

“A gente tem hoje as clínicas conveniadas e as faculdades que são de extrema importância para a Rede, porque o serviço próprio não consegue abarcar todo o público da reabilitação. Então a gente precisa desses serviços para conseguir dar vazão e é por isso que existem os critérios, para a gente colocar esse usuário no ponto mais adequado dele. Mas a gente percebe que há uma necessidade de um incremento dos serviços próprios de reabilitação, porque a gente tem vivido uma situação complexa dos serviços contratados, tendo em vista que são poucos serviços ofertando poucas vagas.” (P2)

Revisitando a discussão da primeira categoria, que abordou a compreensão dos componentes da Rede, é importante observar que apesar de haver um

reconhecimento sobre os serviços conveniados/contratados enquanto parte constituinte da reabilitação, há uma falta de conhecimento sobre o funcionamento e ausência de articulação entre eles. Como estratégias de melhorias pode ser proposto para o setor complementar a utilização de ferramentas para a gestão da qualidade dos serviços, como o desenvolvimento de protocolos comuns, planilhas de compartilhamento de informações, capacitação e educação permanente dos profissionais e reuniões periódicas para alinhamentos.

Diante das demais dificuldades apresentadas, é evidente a necessidade de melhorias na infraestrutura de trabalho da Rede de Reabilitação, visando proporcionar melhores condições laborais e maior valorização dos profissionais, impactando diretamente em resultados mais eficazes dos serviços.

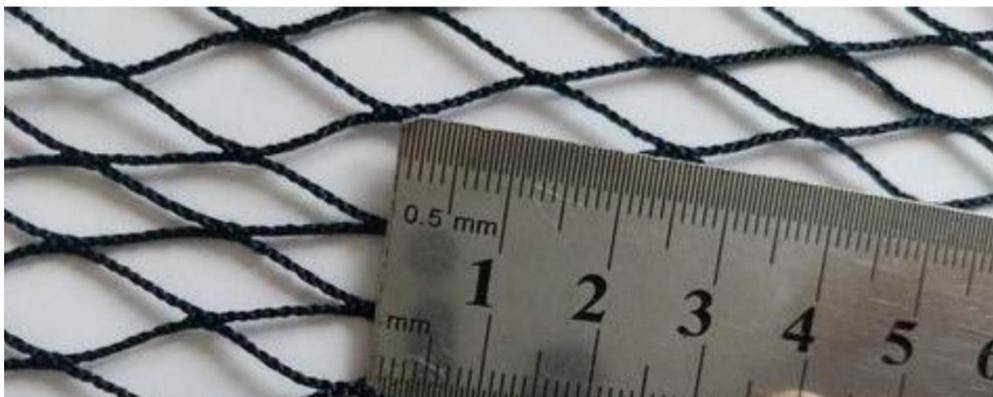
Quanto aos fatores facilitadores, o trabalho em equipe e o apoio gerencial foram relatados pela grande maioria dos participantes como elementos que fortalecem o trabalho em Rede, alinhando-se com os resultados encontrados na literatura. Esses aspectos são fundamentais para aumentar a eficácia dos serviços, fornecendo melhores resultados para os usuários do sistema.

“Eu acho que a equipe é um facilitador. São profissionais muito bons, muito capacitados e todo mundo é muito engajado para que o serviço funcione para garantir uma assistência de qualidade para os usuários. De um modo geral, eu percebo essa abertura, sabe? São equipes sensíveis às nossas opiniões” (P18)

“E no sentido mais amplo, pensando um pouquinho na Rede de Reabilitação, eu acho que a disponibilidade dos profissionais (é um facilitador do trabalho), né? Eu acho que isso é o ponto positivo. Como eu disse: “Ah, eu estou com uma dificuldade em um determinado caso, né? Vou pegar o telefone, eu vou mandar uma mensagem de WhatsApp, eu vou tentar um contato com alguém do serviço de reabilitação de referência pra discutir”. Então eu vejo que a disponibilidade dos profissionais é um ponto que facilita, sabe?” (P29)

“Eu sou muito bem acolhida pelo distrito, tá? Então eu tenho um apoio muito grande do distrito, tanto da gestão de trabalho quanto do nosso diretor da regional. Eu acho que ele é uma pessoa que escuta muito e a forma dele trabalhar e conduzir é muito semelhante a tudo que eu acredito, então eu estou muito satisfeita de estar inserida dentro dessa regional. Eu acho que isso ajuda muito na condição de trabalho, esse apoio, essa forma dele conduzir, me motiva muito.” (P3)

A criação de estratégias para fortalecer a colaboração entre as equipes, como a realização de reuniões regulares para alinhamentos, investir em capacitação contínua, incentivar a participação ativa dos profissionais em processos de planejamento e garantir canais eficazes de comunicação podem contribuir para maximizar a eficácia e a qualidade do trabalho realizado.



Compartilhamento de informações: aproximando nós

Os principais mecanismos de compartilhamento de informações descritos pelos participantes foram os encontros presenciais, por meio dos Fóruns de Reabilitação e reuniões entre as equipes, e o uso de dispositivos eletrônicos, como o aplicativo Whatsapp®, o e-mail e o Google Drive®.

Os Fóruns foram considerados como valiosos espaços para discussão do processo de trabalho e compartilhamento de experiências, porém sendo enfatizada a necessidade da sua reformulação, dando preferência ao método participativo ao expositivo e contando com a colaboração ativa dos profissionais desde o planejamento das temáticas até a sua execução.

“Um lugar que seria interessante são os fóruns de reabilitação, que eu acho que trazem algumas discussões importantes sim, mas é um espaço de pouca fala nossa, do trabalhador. Normalmente tem um expositor que vai discorrer sobre um tema que é importante (...) Eu acho que esses fóruns são gigantes, e não são espaços para a gente falar, são espaços, de fato, para a gente ouvir, né? E esse tipo de método atinge pouco.” (P19)

“Eu acho que os fóruns, eles tinham que ser mais ampliados. Então, envolver, por exemplo, as clínicas, as equipes complementares de saúde mental, porque fica polarizado no NASF e no CREAB. E tem outros serviços de assistência que não são incluídos nesses espaços de diálogo. Eu acho que poderia trazer mais atores para discussão, inclusive os gerentes (locais), as equipes de saúde da família, porque eu acho que eles não têm a dimensão da problemática que o município vive. Pelo menos assim, da parte da reabilitação, total desconhecimento (...) eu vejo que a gente aqui é que passa para eles como funciona.” (P25)

“Eu não sei... talvez estabelecer uma forma mista, de ser presencial e ao mesmo tempo de videoconferência. Talvez facilitasse mais para o profissional, porque às vezes ele está com a agenda muito cheia, ele até consegue aquele horário de reunião, mas muitas vezes, tem a questão do deslocamento, né? Então assim, talvez facilitasse e potencializasse esse momento de discussão, tá?” (P31)

Os relatos acima reforçam o desejo e a necessidade de uma gestão mais dialógica com os profissionais da assistência, visto que estes vivenciam diariamente os desafios e as necessidades dos serviços de saúde, e podem retratar de forma pormenorizada o trabalho real. As sugestões trazidas nas falas oferecem insights valiosos para a reformulação dos fóruns com potencial para que se tornem mais eficazes e integradores.

A implementação de mudanças sugeridas pelos profissionais faz parte da estratégia de reconhecimento e valorização profissional, e pode resultar no aumento da participação e engajamento desses espaços, fortalecendo a sua capacidade em responder de maneira mais precisa às demandas da comunidade. É necessário assegurar que esses espaços sejam viabilizados e verdadeiramente produtivos contribuindo de maneira significativa para o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho.

Em relação ao uso das ferramentas eletrônicas no ambiente de trabalho, os participantes em cargo Assistencial que atuam no NASF-AB enfatizaram que não consideram o uso do e-mail como uma forma de comunicação eficaz. O volume elevado de informações enviadas e a dificuldade de encontrar tempo para a leitura adequada foram os desafios mais relatados. Os participantes mencionaram ainda que sentem falta de momentos presenciais para alinhamentos técnicos sobre as informações compartilhadas.

“Agora, os e-mails vêm assim “Materiais NASF-AB número 50, número 90”. A gente já falou que se não modificar o título do e-mail de forma que a gente saiba do que se trata vão ser e-mails perdidos, porque a gente não consegue ficar lendo tanto e-mail que chega.” (P20)

“Eu acho o volume muito grande de informações, sem espaço para diálogo sobre esse volume compartilhado. A gente não tem tempo, na agenda assistencial, para tomar conhecimento desses materiais informativos e é assim, já está no e-mail 70 e tantos. Não tem como a gente ler tudo.” (P25)

Os profissionais do NASF-AB apontaram o elevado volume de informações recebidas por e-mail e a agenda assistencial diversificada e densa como dificultadora para o acompanhamento e troca das informações, o que nos remete à alta demanda e carga horária reduzida já pontuadas por eles. Já os profissionais dos CER's destacaram que o compartilhamento de informações acontece de forma positiva nesse serviço e atribuem esse fato à presença da gerente e à viabilidade de momentos de discussão presencial, mesmo de curto tempo. Essa configuração é facilitada pelo fato de estarem em um único local de trabalho, ao contrário dos profissionais do NASF-AB, que podem estar vinculados a até três unidades com gerentes distintos reduzindo a possibilidade dos momentos de alinhamento.

Com base nessas reflexões, parece ser importante pensar em estratégias de melhorias na forma de compartilhamento das informações de maneira a torná-las mais eficientes para os profissionais dos NASF-AB. Uma delas pode estar relacionada à mudança simples, como a especificação do assunto da mensagem de e-mail, de maneira a enunciar diretamente o conteúdo a ser tratado, como sugere o participante P20. Este procedimento ajudaria os destinatários a identificarem rapidamente a relevância da mensagem e a priorizar a sua leitura. Outras possíveis estratégias de enfrentamento dessas dificuldades foram mencionadas durante as entrevistas por profissionais da gestão como relatos de experiências positivas que adotaram em seus processos de trabalho em relação à comunicação:

“Eu funciono aqui com coordenação de equipe, tá? Então eu tenho um encontro semanal com alguns coordenadores e a gente conversa sobre as principais demandas das equipes e eu também levo para eles as diretrizes que eu recebo” (P3)

“Recentemente eu criei um grupo que é de apoiadores dos profissionais das frentes que eu tenho. Quem é o apoiador vai pulverizar isso dentro da equipe. Ele recebe a informação, lê e pulveriza, ele tem essa responsabilidade de levar isso para a equipe ficar ciente também.” (P8)

As estratégias descritas acima oferecem um canal direto para a discussão e alinhamento de demandas, fomentando uma comunicação colaborativa entre as equipes. Além disso, promovem a distribuição responsável de informações, fortalecendo o engajamento e a responsabilidade compartilhada no ambiente de trabalho. Essas práticas têm o potencial de criar um ambiente organizacional mais produtivo e adaptável às necessidades específicas dos profissionais. Cabe destacar ainda que os fóruns, mencionados na categoria anterior, apresentam-se como um momento oportuno para além das discussões de questões assistenciais, mas também com possibilidade de troca de experiências da gestão do trabalho em todos os níveis de atenção.



Estratégias e Inovação: fortalecendo fios

O sistema logístico, um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde, foi mencionado pelos entrevistados de todos os cargos como sendo um dos elementos que contribui para a integração da Rede. Entretanto, os profissionais em cargos de Referências Técnicas e Assistencial relataram que os mecanismos de comunicação, referência e contrarreferência, ainda são ineficientes e que faltam espaços de interlocução no cotidiano de práticas para além dos fóruns, que são encontros pontuais:

“Eu vejo que o próprio SIGRAH, que é o novo sistema eletrônico, já tem isso em vista, né? Que é essa integração dos diferentes pontos (...) Mas realmente é algo que precisa avançar muito. Na prática a comunicação ainda é muito ineficiente e acaba ficando muito ainda na lógica do encaminhamento. Só o repasse de caso, o repasse de papel, a guia de encaminhamento.”
(P10)

“Então, a comunicação hoje é ou via sistema eletrônico, SIGRAH (...) ou eu comunico via malote, com envelopes que andam para lá e para cá via referência e contrarreferência, só. Mas não tem muito essa conversa, muito “tete a tete”, mais pessoal. Não existem esses momentos assim não. Tem os fóruns de reabilitação para discutir assuntos macro, né? Mas assim, discussão de caso e tudo é mais via sistema, malote, referência e contrarreferência, é papel mesmo.” (P21)

Além de melhorar a comunicação, os sistemas logísticos são ferramentas de gestão e educação profissional, fornecendo dados essenciais para os sistemas de informação, bancos de dados, pesquisa científica, teleassistência, gestão clínica e financeira. Esses sistemas são projetados para coletar, armazenar, processar e transmitir informações de saúde de forma eficiente e segura entre os diferentes pontos de atenção e gestão dentro da rede (Mendes, 2011).

A divulgação dos dados coletados pelos sistemas é essencial para a produção de informações relevantes que permitam identificar os problemas de saúde da população, compreender seus determinantes e, assim, definir estratégias eficazes para o planejamento dos serviços de intervenções direcionadas às necessidades identificadas (Campos *et al.*, 2010).

O entendimento sobre a importância da geração e compartilhamento de dados pode ser encontrado nas falas dos participantes em cargo de gestão e assistencial, que mencionaram como um dos dificultadores do trabalho a carência de dados para o planejamento das ações nos serviços de saúde:

“Ah, uma coisa que dificulta muito é a falta de informação, a falta de dados. Como a gente organiza o processo e como a gente é carente de dados para conhecer o perfil dos nossos usuários pra gente poder fazer planejamento. Eu percebo na rede de reabilitação uma falta de planejamento.” (P4)

“Eu acho que falta para gente uma avaliação mais do território, sabe? A gente fica fazendo as mesmas coisas sem muito critério, porque a gente faz isso meio que intuitivamente. Eu acho que a gente podia ter espaços para a gente poder entender assim: “Quais são as maiores demandas aqui na regional?” Porque isso também é muito local, né? A gente fica fazendo a mesma coisa sem entender o que a cidade está pedindo (...) Mas eu acho que falta para a gente uma leitura, assim, do contexto.” (P19)

É pertinente sinalizar a necessidade de assegurar o repasse dos dados e promoção de discussões sobre sua interpretação e uso adequado.

Uma estratégia de melhoria e de inovação implementada recentemente no município e relatada pelos entrevistados foi o Projeto Saúde em Rede, que tem como objetivo promover a integração da Rede SUS-BH como um todo. As narrativas refletem uma percepção positiva em relação ao projeto, principalmente no sentido de maior conhecimento dos serviços da Rede, entendimento sobre o funcionamento e aproximação entre eles. Além disso, os encontros promovidos são vistos como oportunidades para a troca de experiências entre os diferentes níveis de atenção, fortalecendo os vínculos entre os profissionais e contribuindo para uma melhor compreensão dos papéis desempenhados por cada um dentro da RAS:

“O Saúde em Rede é um projeto que eu estou amando. Desde que começou eu fiquei com uma expectativa muito grande dessa aproximação, de ter um conhecimento maior da rede, que a gente conseguisse se comunicar melhor e poder divulgar o serviço de reabilitação. Desde que começou eu acho que o CREAB teve outra visibilidade dentro do distrito, tá? Pouca gente sabia como era o funcionamento e hoje a gente já consegue contar um pouco da nossa história, falar um pouco do que a gente faz aqui dentro.” (P3)

“A gente começou esse ano com as oficinas do (Projeto) Saúde em Rede, que a proposta é a gente se conhecer, estreitar esses laços, os vínculos, pensar no território. Eu acho que tem acontecido um movimento para a gente poder se apropriar mais dessa Rede.” (P19)

Cabe destacar aqui, a necessidade de acompanhamento dos resultados desse projeto no município, assim como a elaboração de uma proposta de manutenção que assegure a perpetuação e aplicação dos conhecimentos e habilidades adquiridos, evitando a perda dos avanços conquistados. Para esse acompanhamento sugere-se um novo estudo científico, que poderá seguir a proposta metodológica utilizada nesta pesquisa.

A necessidade de capacitação contínua para os profissionais da reabilitação foi mencionada pelos participantes enquanto uma estratégia para melhoria do processo de trabalho. Os entrevistados destacam que a efetividade da Rede de Reabilitação depende diretamente da atualização dos conhecimentos e habilidades dos profissionais envolvidos. Para isso, as capacitações devem ser consideradas como componente essencial e integrado ao planejamento anual,

indispensável para acompanhar as mudanças nos processos e no ambiente de trabalho:

“Eu penso que um dos pontos que a gente precisa reforçar para a rede de reabilitação se tornar realmente rede é nessa capacidade dos profissionais. Se todo mundo que entrasse a gente conseguisse manter uma capacitação desses profissionais em dia, que eles entrem conhecendo o fluxo ou fazendo capacitação em serviço. Eu acho que isso é um desafio, mas é uma proposta que a gente não vai conseguir caminhar sem isso.” (P7)

“Tem que treinar, treinar e treinar de novo. Não é enxugar gelo não, porque as pessoas mudaram. Aí você tem que ir lá falar de novo. O processo mudou, o ambiente mudou. Então eu acho que capacitação não pode ser luxo, tem que estar ali no planejamento anual.” (P17)

A manutenção de uma assistência de qualidade requer que os profissionais apresentem conhecimento adequado sobre os serviços com entendimento dos fluxos e processos específicos da sua área de atuação. É importante ressaltar que o município de Belo Horizonte apresenta uma extensa área territorial com características demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas diversas entre as regionais. Dessa forma, é relevante considerar a realização de capacitações comuns para toda a Rede, assim como outras que sejam específicas às singularidades e necessidades de cada território.



As falas dos entrevistados revelam um consenso sobre a importância das bases normativas para a organização e uniformização dos serviços da Rede de Reabilitação. Eles destacam que esses documentos são fundamentais para estabelecer critérios e diretrizes que auxiliam na gestão eficiente e coordenada dos diversos pontos. Há o reconhecimento de que devem ser utilizados como um guia da prática laboral, tanto para os profissionais novatos quanto para aqueles mais experientes:

“Eu sou muito a favor de documento, porque eu acho que a gente precisa ter uma uniformização da rede (...) A gente entende que o nosso recurso é finito, então os critérios acabam sendo criados para a gente conseguir fazer uma organização dentro dos diferentes pontos de assistência da rede, pra gente conseguir dizer qual o dispositivo mais adequado de tratamento (...) O documento é um registro pro profissional novato que não tem conhecimento de rede, para ele se embasar e, ao mesmo tempo, para o profissional que já está há muito tempo na rede se atualizar também. Então eu acho que o documento ele serve para guiar o profissional, sem ele a gente trabalha de forma isolada e a gente fragmenta a rede, né?” (P2)

“O documento é um potencial bom da gente trabalhar na rede para não ficar em um embate entre o que eu acho, enquanto profissional, e o que alguém da mesma categoria profissional, que está num outro ponto de atenção, acha que é para ser feito em cada lugar.” (P24)

No entanto, como dito anteriormente, o reconhecimento e a valorização dos profissionais envolvidos na assistência é um ponto crucial para a integração do trabalho em rede. O espaço restrito na dinâmica dos fóruns de reabilitação e, principalmente, na construção das normativas relativas ao trabalho, elementos fortemente presentes nos relatos dos participantes, são ainda reforçados nas falas a seguir, ampliando a importância da participação coletiva nos processos de planejamento, formação e avaliação:

“Eu tenho visto muitos documentos sendo feitos pela Secretaria que não se aplicam na realidade do dia a dia, na prática. Primeiro porque eu vindo da Secretaria, eu tinha essa percepção de que tinham pessoas construindo nota técnica que não vivenciaram o processo ali do que eles estavam construindo. Você tem que entender como é o processo de trabalho para que ele seja replicável no dia a dia. Então, acho que a nota técnica deveria conversar mais com o profissional, tendo a realidade dele também, sabe?” (P8)

“Eu acho que seria uma forma muito interessante para quem cria esses fluxos ouvir mais quem está trabalhando com esses fluxos, sabe? Eu estou questionando se as pessoas que criam os fluxos são pessoas que estão dentro do serviço, atuando com base nos fluxos (...) Eu sinto falta disso, de construir junto. A ponta sendo representada de fato num local que constrói isso.” (P21)

Os participantes foram indagados em relação ao conhecimento sobre o *Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH* e a influência em sua prática laboral. Os entrevistados que atuam nos Centros Especializados em Reabilitação, em cargo de gestão e assistencial, relataram que apresentam boa apropriação sobre o documento e destacaram a ocorrência de uma reunião para sua apresentação quando os profissionais iniciam o trabalho na Unidade. Além disso, em relação às outras normativas da reabilitação, foi apontado como um facilitador o fato dos profissionais dos CER's terem que se apoderar dos documentos que tratam questões específicas das suas áreas de atuação:

“Esse foi um documento encaminhado para a gente como uma informação pra entender mais a rede. Então, a partir da reunião que a gente teve, da Atenção Secundária, a gente recebeu esse documento pela gerência.” (P28)

“Na prática, os profissionais do CREAB tendem a usar mais os documentos do que os profissionais da APS, porque foca num só, né? Eu entendo esse desafio da APS porque eles têm que ler todos os protocolos, sendo que no CREAB cada equipe se apropria do documento da sua especialidade.” (P6)

Já os participantes em cargo Assistencial da Atenção Primária à Saúde, em sua maioria relataram que não possuem conhecimento sobre o Guia. Foi enfatizando que, possivelmente, ele foi apenas enviado por e-mail e, como discutido na categoria de Compartilhamento de informações, o volume elevado de e-mails pode ter se tornado uma barreira para o conhecimento do documento. Além disso, não houve um momento para sua apresentação e discussão, como afirmou a Referência Técnica P10: *"Eu falo isso várias vezes, o documento não foi trabalhado, ele só foi divulgado"*. Outros entrevistados corroboram com esta fala:

“Eu vou ser muito sincera, eu recebo no meu e-mail vários materiais para os profissionais do NASF, pode ser que esse documento esteja lá, sabe? Mas eu não tive acesso, porque eu não li, porque a gente recebe muito documento. Eu não tive esse tempo e não teve também uma reunião para discutir sobre isso.” (P18)

“Não, não tive oportunidade de ler. É possível que tenha sido encaminhado, mas eu não sei se foi porque os e-mails que a minha Referência Técnica me mandou sobre os materiais, 20% eu consegui abrir, 30% no máximo. Então não tive acesso a esse material para ler, não tenho conhecimento.” (P26)

Esse cenário reflete a necessidade de revisar as formas de compartilhamento desses documentos, que além de serem divulgados devem ser apresentados e discutidos. A Educação Permanente em Saúde (EPS) foi uma ferramenta citada por alguns gestores e que deve ser implementada em todos os serviços enquanto parte integrante do processo de trabalho. Dessa forma, pode-se garantir que os instrumentos elaborados sejam valorizados e, de fato, úteis para os profissionais.

“Então eu percebo que não basta ter o documento, eles são importantes, são norteadores, mas eles precisam ser trabalhados. Eu vejo isso acontecer muito pouco na rede. Acho que precisaria ser trabalhado e em diferentes formas, como quadros, resumos, momentos de conversa. Trazer isso num formato técnico pedagógico na reunião de matricamento.” (P10)

“Está lá no documento de diretrizes, então tem acesso, tá lá, mas a educação permanente é isso. Quando a gente leva o caso para discutir, você vai vendo, pensando, você vai colocando os protocolos, as diretrizes no dia a dia, né? (...) O documento em si não muda a prática se não tiver discussão.” (P7)

A criação colaborativa de materiais complementares, como resumos e quadros, para facilitar a compreensão e retenção das informações, como sugeriu o participante P10, pode ser um método interessante. É importante ressaltar que as ações de EPS não devem ocorrer exclusivamente por iniciativa dos gestores. Os trabalhadores devem ser parte integrante desse processo, com envolvimento ativo frente às questões relacionadas aos seus processos de trabalho.

Considerações Finais

A contribuição prática desse estudo está na possibilidade de revelar para os gestores e profissionais da Rede de Reabilitação o entendimento da visão que esses atores apresentam sobre a gestão do trabalho. A identificação das divergências e dos aspectos facilitadores e dificultadores oferecem uma oportunidade valiosa de reflexão e construção de ferramentas para atuar sobre as potências e fragilidades dos serviços de saúde disponibilizados a sociedade.

Referências

ALVES, Maria Angélica; RIBEIRO, Fabiane Ferreira; SAMPAIO, Rosana Ferreira. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans) formação. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, p. 185-192, 2016.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de diretrizes da rede ambulatorial especializada de reabilitação do SUS-BH**. Prefeitura de Belo Horizonte, 2022a. Disponível em: <[guia-diretrizes-rede-ambulatorial-reabilitacao-01-02-2022.pdf \(pbh.gov.br\)](#)>. Acesso em 27/12/2022 às 18:14.

BENELLI, Silvio José; FERRI, Gustavo Guimarães; JUNIOR, Nivaldo Ferreira. Problematizando a noção de rede, suas origens e algumas de suas aplicações atuais. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 14, n. 2, p. 54-73, 2015.

CAETANO, Luciana de Assis. **Implementação dos serviços de reabilitação do sus no município de Belo Horizonte: avanços institucionais e desafios assistenciais**. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p 105. 2018.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Nescon/UFMG–Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: COOPMED; 2010. 114 p. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

COSTA, Rubens Santos. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: DESAFIOS DOS GESTORES PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO. **REVISE-Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 2, n. fluxocontinuo, 2019.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

FERRER, Michele Lacerda Pereira et al. Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 22, p. 223-230, 2015.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 2007. p. 204-204.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; ANDERLE, Paula. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v. 31, n. 4, 2019.

HEINEMANN, Allen W. et al. Rehabilitation is a global health priority. **BMC health services research**, v. 20, p. 1-3, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência/World Report on Disability. **Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf> Acesso em 20/12/2022 às 19:50.

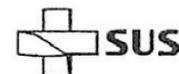
RODES, Carolina Hart et al. O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, p. 74-82, 2017.

SOUZA, Mariana Angélica Peixoto de et al. Características e demandas funcionais de usuários de uma rede local de reabilitação: análise a partir do acolhimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3277-3286, 2016.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 953-972, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Rehabilitation in health systems: guide for action**. Geneva: World Health Organization; 2019. 72p. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>>. Acesso em: 28/04/2023 às 18:35.

ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “Diretrizes da Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação dos serviços” sob a responsabilidade da pesquisadora Amanda Neves Cruz Coelho, CPF nº 066.589.496-11, cujo objetivo é conhecer a visão dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação, sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço, e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA/BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada a Gerência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 01 de agosto de 2023

MATEUS FIGUEIREDO MARTINS COSTA
GERENTE GERARÉ
BM 97893-4
DMAC-SMSA-SMSA-BH

Mateus Figueiredo Martins Costa
Gerência de Rede Ambulatorial Especializada
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Documento assinado digitalmente
gov.br TATIANE CAETANO
Data: 04/08/2023 14:37:02-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Tatiane Caetano – BM 97893-4
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diretrizes da Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço

Pesquisador: Karla Rona da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 72886623.9.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.325.409

Apresentação do Projeto:

Segundo o protocolo, no documento INFORMAÇÕES BÁSICAS, está posto: “Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência, Reabilitação consiste em “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2012, p.100). As deficiências podem ser definidas como temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; e intermitentes ou contínuas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Reabilitar tem como objetivo principal reduzir o impacto das deficiências sobre a funcionalidade do indivíduo, reinserindo-o em seu contexto através de ações e da utilização de ferramentas e equipamentos. Como exemplos, temos a intervenção precoce e multiprofissional, o uso adequado de recursos tecnológicos, e diferentes modalidades de atendimentos (atendimentos individuais, compartilhados e coletivos) que, de forma integrada, visam a melhoria ou manutenção da qualidade de vida do paciente (RIBEIRO et al., 2010). Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de uma expansão significativa dos serviços de reabilitação devido ao aumento da demanda de indivíduos com dificuldades funcionais, como consequência de um processo de envelhecimento com maior expectativa de vida e prevalência de condições crônicas não transmissíveis (GOULART e ANDERLE, 2019; HEINEMANN et al., 2020). No ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a iniciativa “Reabilitação 2030: um apelo à ação”, e identificou dez áreas de concentração para fortalecimento e expansão dos serviços de reabilitação, sendo uma delas: “melhorar a integração da reabilitação no setor da

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

saúde e fortalecer os vínculos intersetoriais para atender com eficácia e eficiência às necessidades da população” (WHO et al., 2019, p11). A Pandemia da COVID-19 (2020-2023) reforçou ainda mais essa necessidade, trazendo grandes desafios para a saúde pública e os serviços de reabilitação. O adoecimento psicológico e a agudização das doenças crônicas, somados ao acometimento físico tanto das pessoas que contraíram a doença, quanto daquelas que foram afetadas pela inatividade física, fruto do distanciamento social, tornaram-se a maior demanda de atenção à saúde na atualidade. (MENDES, 2020; QIAN et al., 2020). A OMS refere a importância da reabilitação como uma forma de investimento social, com benefícios de saúde, sociais e econômicos, na medida em que possibilita o aumento da funcionalidade, permitindo aos indivíduos a manutenção da participação em sociedade e colaborando com o aumento da sua produtividade (WHO, 2019). Além da implementação e expansão dos serviços, o Relatório Mundial e outros estudos reforçam a importância do desenvolvimento e monitoramento de políticas de reabilitação e ações regulatórias específicas com o objetivo de prevenir fragilidades e a descontinuidade dos processos (OMS, 2012; ALVES, RIBEIRO e SAMPAIO, 2016; SOUZA et al., 2016; WHO et al., 2019). No Brasil, o acesso à reabilitação foi ampliado após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição de 1988. Anteriormente, a assistência era fornecida somente à categoria dos trabalhadores, através da previdência social. Contudo, esse cenário se alterou após o surgimento do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1993, com a ampliação da assistência às pessoas que apresentavam outras deficiências, que não apenas as decorrentes de acidentes de trabalho. Com o aumento dessa demanda, houve a necessidade da criação, pelo SUS, de Centros de Reabilitação Especializados e Multiprofissionais, assim como a idealização e realização de ações de promoção à saúde voltadas para a inclusão social (RIBEIRO et al., 2010; CAETANO, 2018). Embora não tenha alcançado a condição de uma política específica com aparatos próprios, a reabilitação ganhou espaço pontualmente em algumas políticas, como a de Saúde do Idoso e a do Trabalhador. Porém, foi na Política Nacional da Pessoa com Deficiência, instituída em 5 de junho de 2002, que ela se estabeleceu e está ancorada até os dias de hoje (BRASIL, 2010a). Dez anos depois, a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, uma das redes temáticas prioritárias do SUS, vem reforçar a necessidade de ações e serviços integrados, para garantir a qualidade, a continuidade e integralidade das abordagens do cuidado. A Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, apresenta os objetivos da Rede, sendo eles: I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS; II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual,

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; eIII - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012a). Com a finalidade de atender a esses objetivos e aos princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos os componentes dessa Rede, que devem ser responsáveis pela elaboração de ações e estratégias para favorecer o cuidado em saúde das pessoas com deficiência, sendo eles: a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e a atenção odontológica; a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, através dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2012a). As Unidades Básicas de Saúde (UBS), também reconhecidas como Centros de Saúde (CS), são estabelecimentos da APS que se caracterizam como a porta de entrada preferencial dos usuários ao SUS. O município de Belo Horizonte conta atualmente com 152 CS para atendimento à população, distribuídos de forma equânime entre os nove distritos sanitários: Leste, Oeste, Centro-Sul, Norte, Nordeste, Noroeste, Pampulha, Barreiro e Venda-Nova (BELO HORIZONTE, 2018). Grande parte dos usuários acompanhados na APS exigem atenção multiprofissional, demandando que seus casos sejam compartilhados com a equipe do NASF-AB, que atualmente são 82 no município. As práticas de reabilitação nesse componente da Rede são operacionalizadas a partir da tecnologia de gestão denominada apoio matricial, com foco no cuidado do indivíduo, da família e da comunidade, considerando suas necessidades e contexto ambiental (BELO HORIZONTE (MG), 2018, 2019). Os profissionais do NASF-AB utilizam diversas ferramentas de trabalho para realizar os atendimentos aos usuários, dentre elas: consultas individuais e compartilhadas, visitas domiciliares e grupos operativos. E, para além das ações assistenciais, a equipe também exerce um importante papel micro regulador por meio da articulação e qualificação dos encaminhamentos para outros pontos de maior complexidade da Rede (BRASIL, 2017). Os Centros Especializados de Reabilitação (CER) e os hospitais, são equipamentos integrantes, respectivamente, da Média e Alta Complexidade que realizam atendimentos aos usuários com quadros agudos, deficiências de maior comprometimento funcional e/ou que possuem perspectivas de recuperação através da reabilitação. O município de BH possui quatro Centros Especializados, localizados nas regionais Leste, Noroeste, Centro-Sul e Venda Nova, que são referências para os nove distritos sanitários, e apenas um hospital de reabilitação para toda a sua população (CAETANO, 2018; BELO HORIZONTE (MG), 2019, 2022). A organização dos serviços de reabilitação do município segue os objetivos e diretrizes dispostos na

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e foi formalizada em um documento, criado e publicado em 2022, denominado Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH. Este documento apresenta um breve histórico introdutório sobre a Rede de Reabilitação, bem como descreve cada um de seus componentes, trazendo, de forma aprofundada, as atribuições referentes a cada eixo de trabalho. Constam ainda no documento, seções sobre: os princípios norteadores da Rede; o processo de reabilitação; o funcionamento da regulação dos serviços; os fluxogramas de acesso à reabilitação; e, ao final, formulários de uso dos profissionais (BELO HORIZONTE (MG), 2022a). Em estudos já realizados sobre a Rede de Reabilitação do município, foi evidenciado que, apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, a assistência em Rede ainda apresenta fragilidades e necessidade de maior articulação. Embora os princípios, diretrizes e a forma de organização estejam bem delineados nas políticas e documentos que embasam as ações e serviços, os profissionais ainda encontram dificuldades operacionais, relacionadas a gestão do trabalho, resultando em uma Rede fragmentada e pouco resolutiva (ALVES, 2016; SOUZA, 2016; RODES et al., 2017; CAETANO, 2018). Outros estudos, realizados em diferentes estados, mostraram que esses problemas não são exclusivos de Belo Horizonte, pois também foram detectados na Bahia, no Rio de Janeiro, em São Paulo e Santa Catarina. Questões relacionadas à qualidade dos encaminhamentos, alta demanda dos serviços, carência de qualificação e capacitação dos profissionais envolvidos na Rede, assim como alta rotatividade, foram as fragilidades mais presentes nestes estudos (SPEDO, 2010; ERDMANN et al., 2013; FERRER et al., 2015). Costa (2019) trouxe como conclusão da sua pesquisa bibliográfica que as maiores dificuldades encontradas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) são operacionais, e não teóricas, enfatizando a necessidade de mudança na gestão do trabalho a partir do conhecimento do olhar dos atores envolvidos nesses processos. É importante destacar ainda que esses achados vão ao encontro da experiência profissional atual da mestranda, proponente desse estudo, que desenvolve suas atividades laborais como fisioterapeuta na APS do município há cinco anos, e detém grande interesse pelo tema. Ao longo dessa trajetória, foi oportuna a vivência no processo de trabalho da Média Complexidade e da Coordenação da Reabilitação, localizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), ampliando a visão de funcionamento da Rede. Nesse período, foi possível observar diferenças nas condutas entre profissionais de um mesmo serviço e dificuldades na articulação com outros pontos de atenção da Rede. Conjectura-se que potenciais imprecisões na compreensão dos profissionais sobre a gestão do trabalho podem dificultar o acesso aos recursos disponíveis para os cuidados em saúde dos usuários. Além disso, pode gerar duplicidade de ações e encaminhamentos inadequados e/ou desnecessários entre os diferentes níveis de

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

atenção, causando um desgaste de e entre profissionais e usuários, e a fragmentação da Rede, comprometendo sua capacidade de articulação e resolutividade. Nesse contexto, partindo-se do princípio de que a organização do serviço, com definição clara do processo de trabalho e integração entre seus componentes, está intimamente relacionada com sua qualidade, justifica-se a relevância de uma investigação sobre a Rede de Reabilitação estabelecida em BH com foco na visão da vivência e conhecimento dos atores envolvidos nesta prestação de serviço. Entende-se que as respostas às indagações relativas à gestão do trabalho, considerando a estrutura dessa Rede e de seu funcionamento, podem ser alcançadas através do desvelamento das compreensões dos diferentes profissionais atuantes nos seus equipamentos integrantes. Considera-se ainda, os resultados deste estudo como potencial ferramenta avaliativa do serviço, através do Relatório Técnico que será disponibilizado à SMSA, dispositivo importante nas práticas da gestão, que tem por finalidade e contribuição a busca pelo aperfeiçoamento de ações, assim como possível reorientação e recondução do trabalho desenvolvido na Rede de reabilitação. HIPÓTESE: Não há, pois trata-se de pesquisa qualitativa.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso exploratório. CENÁRIO: Rede de Reabilitação da SMS, localizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. AMOSTRA profissionais que atuam na Rede de Reabilitação. CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação do município, em cargo de gestão ou assistencial, com tempo de trabalho igual ou superior à seis meses. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação do município, em cargo de gestão ou assistencial, que estiverem fora de suas atividades laborais no momento da coleta de dados, devido a férias e/ou de licença saúde ou maternidade, ou que tiverem menos de seis meses de trabalho no serviço. Assim como aqueles que se recusarem a participar do estudo. COLETA DE DADOS: Os dados serão coletados por meio das entrevistas gravadas em ambiente virtual e, que posteriormente, serão transcritas. ANÁLISE DOS DADOS: O texto contendo a transcrição das entrevistas serão submetidos a Análise de conteúdo, técnica cujo objetivo é descrever as características de um texto que auxiliará na investigação do problema de pesquisa (FRANCO, 2008). Segundo Bardin (2016), caracteriza-se pela análise das comunicações que descreve o conteúdo das mensagens utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos, permitindo a inferência sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio, sobre um grupo, fatos e acontecimentos. A autora sugere a realização dessa técnica em três etapas cronológicas: a primeira é a de organização, que compreende uma pré análise dos dados; a segunda se refere à codificação, que consiste na exploração do material coletado; e a terceira à categorização, onde

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

esses dados serão tratados e interpretados (BARDIN, 2016).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Conhecer a visão dos profissionais que atuam na Rede de Reabilitação da SMSA-BH sobre as questões organizacionais do trabalho em rede.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

1. Descrever a composição e os fluxos da Rede de Reabilitação a partir da perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos.
2. Comparar a Rede de Reabilitação descrita por esses profissionais de saúde, com as diretrizes presentes nos documentos oficiais norteadores do funcionamento do serviço.
3. Conhecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na Rede de Reabilitação.
4. Identificar fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho desses profissionais de saúde, que influenciam o alinhamento da prática realizada com as diretrizes propostas pela gestão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo em seu documento INFORMAÇÕES BÁSICAS e no TCLE afirma que:

RISCOS: "A pesquisa oferece o risco de possíveis desconfortos relacionados ao receio e constrangimento pelas informações compartilhadas, assim como pelo tempo dispensado para entrevista. Diante dos objetivos desta pesquisa, buscou-se minimizar esses riscos através da garantia do acesso à um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Além disso, será reforçado que a obtenção de informações diz respeito apenas àquelas necessárias para a pesquisa, e o participante poderá se recusar a continuar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízos para ele ou a pesquisadora. Em relação ao tempo, ele será informado desde o início sobre a previsão de tempo gasto para a entrevista para que possa organizar a sua participação. Por se tratar de uma coleta de dados com a utilização de ambiente virtual, também há riscos relacionados ao uso da tecnologia, que serão minimizados pela pesquisadora através do envio de orientações de ingresso na plataforma através do mesmo e-mail de divulgação do link. Dentro dessas orientações também será abordado sobre uma possível remarcação em caso de problemas com a rede de internet. Por último, é importante ressaltar as limitações da pesquisadora para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação, em função do ambiente

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

virtual”.

BENEFÍCIOS: “O benefício direto desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação do município, sobre a gestão do trabalho. Espera-se que o produto tecnológico que será elaborado auxilie na discussão e melhoria do processo de trabalho, garantindo maior qualidade e resolutividade nos serviços ofertados à população”.

AValiação DO PARECERISTA:

Aspectos éticos contemplados segundo a RES 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa estará a cargo da pesquisadora responsável Profa. Dra. KARLA RONA DA SILVA, tendo a participação da discente AMANDA NEVES CRUZ COELHO, ligada ao Programa de Mestrado Profissional na Escola de Enfermagem, pertencente à Universidade Federal de Minas Gerais. Possui PARECER CONSUBSTANCIADO pelo Departamento de GESTÃO EM SAÚDE, datado e aprovado em 11/07/2023 que aponta a seguinte relevância do estudo: “[...] apresenta potencial de contribuir para a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para ampliar o foco na qualificação do processo de cuidado voltado para os usuários em reabilitação objetivando a melhoria na funcionalidade do indivíduo e a reinserção em seu contexto social. Espera-se que tais achados sejam utilizados pela gestão em saúde, em seus diferentes níveis, para subsidiar a construção de um relatório técnico”. Apresenta cronograma exequível no tempo e informa que o orçamento é de responsabilidade da pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sobre os documentos de instrução, pode-se afirmar que encontro: (a) folha de rosto, datada e assinada; (b) projeto de pesquisa; (c) parecer consubstanciado emitido pelo DEPARTAMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE, pertencente à Escola de Enfermagem - UFMG; (d) documento INFORMAÇÕES BÁSICAS; (e) TCLE como carta-convite, resguardando a confidencialidade dos dados, o anonimato, o direito à recusa e desistir do projeto a qualquer momento sem qualquer prejuízo; pede anuência para uso de dados da ficha clínica. Informa o objetivo e o armazenamento de cinco anos dos dados, salvaguardando a sua consulta. Esclarece que não haverá qualquer forma de pagamento; dados do pesquisador e do CEP relatados; (d) Cronograma; (e) Carta de Anuência; (f) Orçamento.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apontadas sou, S.M.J, favorável à aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2191925.pdf	08/08/2023 15:15:53		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2023 15:15:36	Karla Rona da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/08/2023 15:15:27	Karla Rona da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	07/08/2023 17:55:19	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	APROVACAO_DEPARTAMENTAL.pdf	07/08/2023 15:43:23	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.pdf	07/08/2023 15:43:04	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	07/08/2023 15:42:50	Karla Rona da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	07/08/2023 15:42:13	Karla Rona da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.325.409

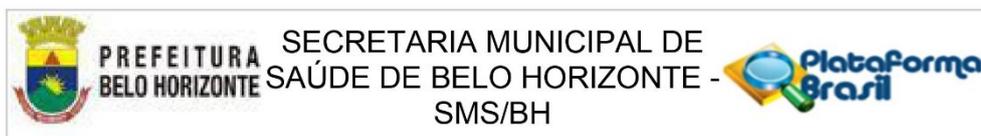
Não

BELO HORIZONTE, 26 de Setembro de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Diretrizes da Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço

Pesquisador: Karla Rona da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 72886623.9.3001.5140

Instituição Proponente: Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

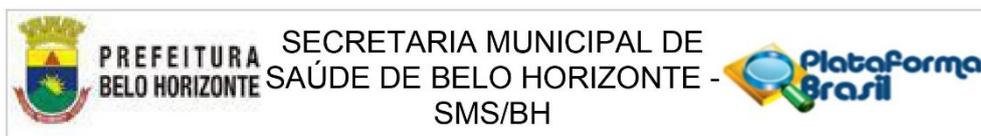
Número do Parecer: 6.516.040

Apresentação do Projeto:

O projeto trata-se da Dissertação de Mestrado da autora, pela UFMG.

O Relatório Mundial sobre Deficiência define a reabilitação como um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com o ambiente. A reabilitação tem como objetivo principal reduzir o impacto das deficiências na funcionalidade do indivíduo e reinseri-lo em seu contexto. Tendências globais da saúde apontam para a necessidade de expansão dos serviços de reabilitação, devido ao aumento da demanda de pessoas com dificuldades funcionais causadas pelo envelhecimento e pela prevalência de condições crônicas. A pandemia da COVID-19 reforçou ainda mais essa necessidade, trazendo desafios para a saúde pública e os serviços de reabilitação. No Brasil, o acesso à reabilitação foi ofertado a toda a população com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e ampliado após a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), estabelecida em 2012, que apresenta como componentes a Atenção Primária à Saúde, a Média e a Alta Complexidade. Apesar dos avanços, estudos mostram que a assistência em rede ainda apresenta fragilidades e falta de articulação, principalmente em relação a dificuldades operacionais da gestão do trabalho. Questões relacionadas à grande demanda para reabilitação, qualidade dos encaminhamentos, alta rotatividade de profissionais e carência em conhecimento de rede são desafios presentes nos

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



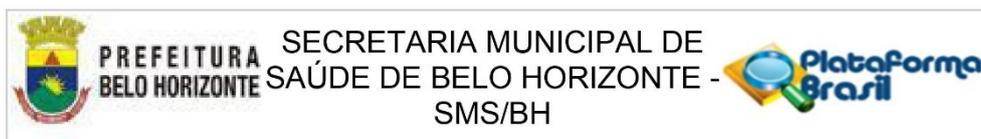
Continuação do Parecer: 6.516.040

serviços de reabilitação. A pesquisa proposta neste estudo tem como objetivo conhecer a visão dos profissionais envolvidos na Rede de Reabilitação de Belo Horizonte sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço. Trata-se de uma pesquisa exploratória de metodologia qualitativa, definida como um estudo de caso. Propõe-se a realização de entrevistas online, com uso de um roteiro semiestruturado, com gestores e profissionais da assistência que atuam na reabilitação nos três componentes da RCPD para atingir o objetivo da pesquisa. Os resultados serão analisados por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. Um Relatório técnico será entregue à Prefeitura de Belo Horizonte que poderá ser usado como uma ferramenta avaliativa do serviço e contribuir para a gestão e organização do trabalho em Rede no município. A organização dos serviços de reabilitação do município segue os objetivos e diretrizes dispostos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e foi formalizada em um documento, criado e publicado em 2022, denominado Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH. Este documento apresenta um breve histórico introdutório sobre a Rede de Reabilitação, bem como descreve cada um de seus componentes, trazendo, de forma aprofundada, as atribuições referentes a cada eixo de trabalho. Constam ainda no documento, seções sobre: os princípios norteadores da Rede; o processo de reabilitação; o funcionamento da regulação dos serviços; os fluxogramas de acesso à reabilitação; e, ao final, formulários de uso dos profissionais (BELO HORIZONTE (MG), 2022a). Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, caracterizada como um estudo de caso

exploratório, cujo método foi escolhido por ser adequado ao propósito de compreender como profissionais que atuam na Rede de Reabilitação da SMSA-BH presenciam e interpretam questões organizacionais do trabalho em rede. O contato com esses profissionais acontecerá por meio de um convite para a participação, enviado via e-mail pela própria pesquisadora, esclarecendo sobre os objetivos do estudo e aspectos éticos a serem respeitados. A partir das entrevistas iniciais, será solicitado a esses gestores indicar profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais da assistência que serão convidados, através do procedimento

previamente citado, a participarem do estudo por meio de entrevistas. A restrição a essas classes de profissionais, atuantes nos CER's, nas equipes de NASF-AB e no Hospital de Reabilitação, justifica-se por serem considerados como referências para o atendimento às quatro modalidades de reabilitação. Essa técnica de amostragem para seleção dos profissionais da assistência é denominada "bola de neve" e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

caracteriza-se pela identificação de informantes-chaves para a pesquisa, nomeados “sementes”, que indicarão outros possíveis participantes, de acordo com os critérios solicitados. A técnica escolhida para a coleta de dados, de acordo com os objetivos do estudo, será a entrevista individual utilizando-se de um roteiro semiestruturado. Os dados coletados por meio das entrevistas serão transcritos e submetidos a Análise de conteúdo, técnica cujo objetivo é descrever as características de um texto que auxiliará na investigação do problema de pesquisa (FRANCO, 2008).

Critério de Inclusão:

Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação do município, em cargo de gestão ou assistencial, com tempo de trabalho igual ou superior à seis meses, justificado pela necessidade de uma atuação mínima para conhecimento dos serviços, fluxos e encaminhamentos específicos.

Critério de Exclusão:

Profissionais de saúde atuantes na Rede de reabilitação do município, em cargo de gestão ou assistencial, que estiverem fora de suas atividades laborais no momento da coleta de dados, devido a férias e/ou de licença saúde ou maternidade, ou que tiverem menos de seis meses de trabalho no serviço. Assim como aqueles que se recusarem a participar do estudo.

Desfecho Primário:

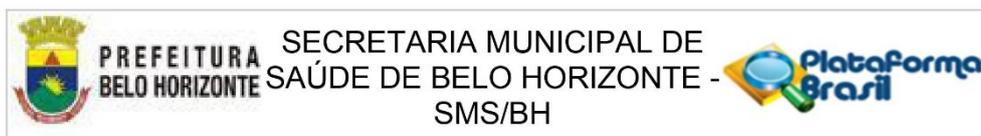
Espera-se conquistar ao final desse trabalho a apresentação da Dissertação do mestrado e a elaboração de um relatório técnico que será disponibilizado para a Prefeitura do município investigado.

Desfecho Secundário:

Produções científicas, como artigos e apresentações em eventos científicos de relevância científica e social. A OMS e outros estudos destacam que existe uma forte recomendação sobre a necessidade de integração entre os serviços de reabilitação nos níveis primário, secundário e terciário dos sistemas de saúde, porém, ainda são poucas as pesquisas publicadas sobre a temática do ponto de vista operacional, a partir da visão dos profissionais atuantes nesses equipamentos. (FONSECA, MENDONÇA, 2014; SILVA et al., 2016; WHO, 2017; COSTA, 2019). Nessa perspectiva, emergem as duas perguntas:

- a) como os profissionais de saúde que atuam na Rede de Reabilitação de BH compreendem a sua estrutura e vivenciam a gestão do trabalho para a prestação do serviço?;
- b) como as diretrizes para a reabilitação, recentemente propostas pela secretaria de saúde do município, estão sendo inseridas na rotina dos serviços da Rede?

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a visão dos profissionais que atuam na Rede de Reabilitação da SMSA-BH sobre as questões organizacionais do trabalho em rede.

Objetivo Secundário:

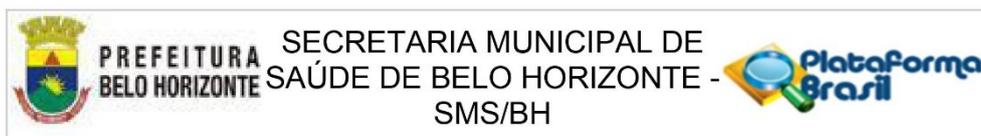
- Descrever a composição e os fluxos da Rede de Reabilitação a partir da perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos.
- Comparar a Rede de Reabilitação descrita por esses profissionais de saúde, com as diretrizes presentes nos documentos oficiais norteadores do funcionamento do serviço.
- Conhecer o processo de trabalho dos profissionais de saúde atuantes na Rede de Reabilitação.
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores do processo de trabalho desses profissionais de saúde, que influenciam o alinhamento da prática realizada com as diretrizes propostas pela gestão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferece o risco de possíveis desconfortos relacionados ao receio e constrangimento pelas informações compartilhadas, assim como pelo tempo dispensado para entrevista. Diante dos objetivos desta pesquisa, buscou-se minimizar esses riscos através da garantia do acesso à um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante. Além disso, será reforçado que a obtenção de informações diz respeito apenas àquelas necessárias para a pesquisa, e o participante poderá se recusar a continuar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízos para ele ou a pesquisadora. Em relação ao tempo, ele será informado desde o início sobre a previsão de tempo gasto para a entrevista para que possa organizar a sua participação. Por se tratar de uma coleta de dados com a utilização de ambiente virtual, também há riscos relacionados ao uso da tecnologia, que serão minimizados pela pesquisadora através do envio de orientações de ingresso na plataforma através do mesmo e-mail de divulgação do link. Dentro dessas orientações também será abordado sobre uma possível remarcação em caso de problemas com a rede de internet. Por último, é importante ressaltar as limitações da pesquisadora para assegurar total

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

confidencialidade e potencial risco de sua violação, em função do ambiente virtual.

Benefícios:

O benefício direto desta pesquisa é a disponibilização de informações sobre a visão dos profissionais de saúde, atuantes na Rede de Reabilitação do município, sobre a gestão do trabalho. Espera-se que o produto tecnológico que será elaborado auxilie na discussão e melhoria do processo de trabalho, garantindo maior qualidade e resolutividade nos serviços ofertados à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra importante, mediante as contribuições que a pesquisa poderá trazer para a sociedade como um todo, para os participantes, para a comunidade acadêmica e Políticas Públicas para a qualificação do SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios: Folha de Rosto assinada pela pesquisadora e pelo representante da UFMG. Termo de Anuência da SMSA de BH autorizado em 1 de agosto de 20213. TCLE, com necessidade de complementações no texto, Projeto.pdf, APROVACAO_DEPARTAMENTAL.pdf, CRONOGRAMA.pdf, Carta_Resposta_PBH.pdf

Em 17/10/2023, para atendimento ao Parecer consustanciado de nº 6.424.033, foi protocolado o seguintes documentos:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2220867.pdf, TCLE_REVISADO.pdf

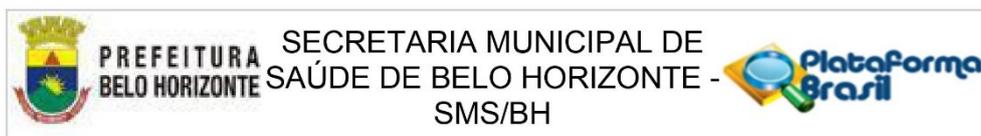
Em atendimento as pendência apontadas por este CEP, segue o status da Lista de Pendências:

1) Na afirmação contida no TCLE: " Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: "..... Assessoria de Educação em Saúde.....". Por favor retirar esta informação que está incorreta, e acrescentar...

PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2) No TCLE deverá ser acrescentado: " Você foi selecionado(a) porque ... (especificar os critérios de INCLUSÃO dos participantes da pesquisa). A sua participação nesse estudo consiste em

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

(especificar em linguagem clara e objetiva os PROCEDIMENTOS relacionados aos participantes do estudo: como os dados serão coletados, plataforma virtual que será utilizada, instrumentos de coleta de dados etc.).

PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3) Na afirmação apontada no TCLE: "Esse termo de consentimento será enviado, previamente, por e-mail, e deverá ser assinado e encaminhado a pesquisadora" por qual via? Como será o retorno desse documento devidamente assinado ao participante? Esclarecer: a entrevista será agendada pela pesquisadora, somente após o recebimento da via autorizada pelo participante?

PENDÊNCIA ATENDIDA

Recomendações:

Considerando a Resolução CNS 580/18:

Art. 4º É dever do pesquisador responsável, ou pessoa por ele delegada da equipe de pesquisa, explicitar, no processo de obtenção do consentimento, ao participante da pesquisa recrutado em serviço de saúde vinculado ao SUS (usuário do serviço de saúde), a diferença entre o procedimento da pesquisa e o atendimento de rotina do serviço.

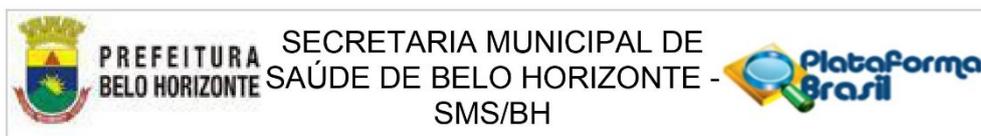
Art. 5º Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde, a não ser quando a finalidade do estudo o justificar, e for expressamente autorizado pelo dirigente da instituição.

Art. 6º A pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, exceto quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e tendo o projeto cumprido os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto "Diretrizes da Rede de Reabilitação do SUS de Belo Horizonte: visão dos profissionais de saúde sobre a gestão do trabalho para a prestação do serviço".

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

Firma-se, diante deste documento, a necessidade de serem apresentados os relatórios semestrais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

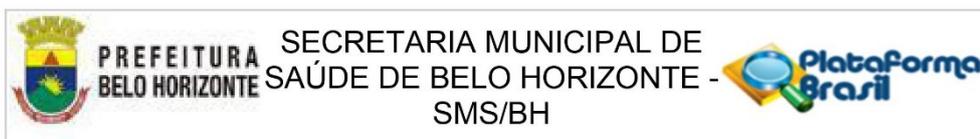
Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2220867.pdf	17/10/2023 16:48:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO.pdf	17/10/2023 16:47:22	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	Carta_Resposta_PBH.pdf	17/10/2023 16:47:12	Karla Rona da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/08/2023 15:15:36	Karla Rona da Silva	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 6.516.040

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/08/2023 15:15:27	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	APROVACAO_DEPARTAMENTAL.pdf	07/08/2023 15:43:23	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.pdf	07/08/2023 15:43:04	Karla Rona da Silva	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	07/08/2023 15:42:50	Karla Rona da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 21 de Novembro de 2023

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br