

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

MARIA ANGÉLICA ALVES

**Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação
Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF):
desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH.**

BELO HORIZONTE

2014

MARIA ANGÉLICA ALVES

**Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação
Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF):
desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Motor e Funcional Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosana Ferreira Sampaio.

Coorientadora: Dr^a. Fabiane Ferreira

BELO HORIZONTE

2014

A474r Alves, Maria Angélica
2014 Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores do SUS/BH. [manuscrito] / Maria Angélica Alves – 2014.
82 f., enc.: il.

Orientadora: Rosana Ferreira Sampaio
Co-orientador: Fabiane Ribeiro Ferreira

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 63-68

1. Serviços de saúde pública - Teses. 2. Saúde - Teses. 3. Reabilitação – saúde e higiene – avaliação - Teses. I. Sampaio, Rosa Ferreira. II. Ferreira, Fabiane Ribeiro. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

*Aos que acreditam no Sistema Único de Saúde
e trabalham para melhorá-lo.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Rosana Ferreira Sampaio, que com sua postura firme e positiva me permitiu traçar caminhos próprios, sempre acreditando e me apoiando com muita tolerância, cuidado e amizade. Agradeço pelo aprendizado construído.

À minha coorientadora, Fabiane, que esteve comigo durante o percurso, com muita dedicação, sempre entusiasmada com a vida e as descobertas do estudo, muito obrigada pela maneira com que você me ajudou a transpor os obstáculos que surgiram.

À Janete Coimbra, mais uma vez trilhando caminhos comigo no SUS, agradeço pelo apoio.

Aos funcionários da SMSA/PBH que acreditaram e participaram dos grupos, agradeço a cada um por acreditar no estudo, obrigada.

Ao meu pai Adão Francisco, que com certeza se orgulharia de ver mais uma etapa cumprida no campo do conhecimento, no qual investiu sem medir nenhum esforço.

À minha mãe M^a Helena, que amo tanto e que me alertou durante a vida sobre a importância da renovação, aqui estou eu renovando. Obrigada pela sua compreensão de minhas ausências nos momentos em que precisou de mim. Às minhas irmãs queridas, Vera e Edna que assumiram minha parte nas atividades do dia dia da família para que eu pudesse me ausentar. Muito obrigada mesmo.

À minha família, que amo muito, meu filho Caio que está longe mas que não se cansa de me apoiar em tudo que preciso, as minhas filhas Natália e Júlia, que me ajudaram com todo carinho, sempre me incentivando e me colocando para frente. Samuel, meu neto que chegou em minha vida provando que o amor é incondicional.

Ao Gustavo, companheiro de muitas idas e vindas. Te agradeço muito pelo seu amor, disponibilidade e tranquilidade que acompanharam nosso cotidiano e foram essenciais na minha trajetória.

À Mariana e Alice, que foram fundamentais nas atividades de coleta de dados para que tudo acontecesse de forma organizada e tranquila, muito obrigada.

Às professoras e colegas da pós-graduação pelos momentos ricos de aprendizado.

Às funcionárias do Colegiado de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação sempre muito prestativas.

Às minhas amigas Romilda e Cecília que dividiram em todo o percurso as dúvidas, os sucessos, as descobertas, as alegrias e as tristezas, muito obrigada.

Às minhas amigas em especial Miriam, Regina, Marcella, que não cansaram de me incentivar e tornaram minha vida mais alegre. Valeu gente, muitos momentos ótimos ainda virão.

À Maria José que esteve presente na reta final nas correções no curto espaço de tempo que lhe foi pedido, obrigada.

Às pessoas que estiveram comigo direta e indiretamente para que este projeto se realizasse, muito obrigada.

*“A poesia está guardada nas palavras – é tudo que eu sei.
Meu fado é o de não saber quase tudo.
Sobre o nada eu tenho profundidades.
Não tenho conexões com a realidade.
Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.
Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).
Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.
Fiquei emocionado.
Sou fraco para elogios.”*

Manoel de Barros

APRESENTAÇÃO

Em conformidade com as normas estabelecidas pelo colegiado do programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da UFMG, este trabalho foi estruturado em três partes.

Na primeira parte procura-se situar o objeto de estudo, partindo de uma breve discussão contextualizada sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, a evolução das Políticas Públicas em relação às pessoas com deficiência e apresentando o arcabouço jurídico que dá sustentação a esta área da saúde. São discutidos aspectos conceituais do modelo assistencial que atualmente orienta as práticas profissionais e define a organização dos serviços de reabilitação no Brasil, sendo apontados os seus limites e contradições e a necessidade de buscar um novo caminho para que se possa chegar a uma atenção integral à pessoa com deficiência. É apresentado o movimento de reorientação do modelo assistencial proposto pela OMS, através do Modelo Biopsicossocial, e discutida a sua pertinência como alternativa para proporcionar os avanços requeridos nas políticas de reabilitação. Na sequência, apresenta-se a experiência do município de Belo Horizonte na estruturação da Rede de Reabilitação SUS/BH, com ênfase no processo de capacitação dos profissionais que atuam nesta rede, baseado no modelo biopsicossocial da CIF/OMS, realizado no ano de 2012. A percepção desses profissionais sobre esse processo, bem como as contribuições do modelo para a organização da rede de reabilitação no município são os objetivos desse estudo.

Na segunda parte são detalhados os aspectos metodológicos relativos a este estudo, seu delineamento, população, coleta e análise de dados.

A parte final tem o propósito de apresentar e discutir os resultados do trabalho realizado, representado por um artigo científico a ser submetido à publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva pós as considerações da banca. Nas considerações finais destaca-se que o panorama trazido à tona por meio da fala dos trabalhadores da Rede SUS de Reabilitação aponta não apenas para a real necessidade da reorientação do modelo assistencial em busca de uma verdadeira rede de assistência, mas também sinaliza para a direção que essa reorientação precisa seguir.

Após a apresentação das referências bibliográficas que fundamentam as discussões, o conjunto de documentos citados no corpo desta dissertação é disposto na seção de anexos e apêndices.

RESUMO

A área da reabilitação no Brasil vem sendo impulsionada através da formulação e proposição de políticas públicas, que visam a construção de serviços coerentes com os princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS) e com potencial para modificar o cotidiano das práticas em saúde, sendo assim, os objetivos deste estudo foram conhecer a percepção que têm os profissionais de reabilitação do modelo biopsicossocial da CIF/OMS, após receberem capacitação, bem como das contribuições desse modelo para a organização da rede de reabilitação no município de Belo Horizonte, além de apontar as barreiras percebidas para que um novo modo de fazer seja estabelecido. Foi empregada abordagem qualitativa, a coleta de dados foi feita por meio da observação não participante, análise de documentos e de grupo focal. Pesquisa realizada em Belo Horizonte, de março de 2012 a novembro de 2013. A análise de conteúdo permitiu identificar três eixos temáticos para análise: *realidade do trabalho no contexto da reabilitação no município; o (des)conhecimento das políticas na área da reabilitação; o real modelo assistencial adotado pelos trabalhadores e as contribuições da capacitação para que o modelo da CIF seja um marco reorganizador da reabilitação*. Os resultados apontam para um modelo de reabilitação que supera concepções tradicionais de funcionalidade, mas enfrenta desafios na articulação com o conjunto da atenção à saúde e com os resultados desejados para a reabilitação. Pode-se observar que a motivação para o trabalho, o conhecimento das políticas de saúde e a reflexão sobre os modos de fazer contribuem para uma melhor comunicação entre os atores da assistência à saúde e podem conduzir à formação de uma real, dinâmica e propositalmente inacabada rede de reabilitação, tendo como maior beneficiado o usuário do SUS.

Palavras-chave: CIF. Modelo Assistencial em Reabilitação. Rede de Reabilitação. Educação Permanente. Integralidade.

ABSTRACT

The field of rehabilitation in Brazil has been driven by formulating and proposing public policies that aim to build coherent services with the principles and doctrines of the Unified Health System (SUS) and with the potential to change the daily health practices therefore, the aims of this study were to have the perception that rehabilitation professionals of the biopsychosocial model of the ICF / WHO have, after receiving training, as well as the contributions of this model to the organization of the rehabilitation services network in the city of Belo Horizonte, besides pointing the perceived barriers in order that a new way of doing can be established. Qualitative approach was employed and data collection was done through non-participant observation, document analysis and focus group. Research conducted in Belo Horizonte, from March 2012 to November 2013. The content analysis allowed the identification of three categorical axis for analysis: the reality of work in the context of rehabilitation in the municipality, the (mis) understanding of the policies in the area of rehabilitation, the real welfare model embraced by workers and the contributions of training in order that the ICF model to be a milestone in reorganizing rehabilitation. The results point out to a rehabilitation model that overcomes traditional concepts of functionality, but faces challenges in conjunction with the set of health care and the desired results for rehabilitation. It can be observed that the motivation for the work, the knowledge of health policies and the observation on the ways of doing contribute to a better communication between the actors of health care and may lead to the shaping of a real, dynamic and purposefully unfinished rehabilitation network, having the user of SUS as the main beneficiary.

Keywords: ICF. Welfare Model in Rehabilitation. Rehabilitation Network. Continuing Education. Integrality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Evolução histórica da reabilitação no município de Belo Horizonte	19
FIGURA 2 - Rede atual de Reabilitação em Belo Horizonte.....	21
FIGURA 3 - Diagrama – Síntese dos Resultados.....	59
QUADRO 1 - Valores médios atribuídos aos itens dos domínios avaliados em relação ao curso de multiplicadores - Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH, 2012.....	23
QUADRO 2 - Valores médios atribuídos aos itens relacionados ao desempenho dos instrutores do curso de multiplicadores - Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH, 2012.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS -	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
APS -	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE
CIF -	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE
CONASS -	CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE
CREAB -	CENTRO DE REABILITAÇÃO
ESF -	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
HMOB -	HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BERHENS
MS -	MINISTÉRIO DA SAÚDE
NAR -	NÚCLEO DE APOIO EM REABILITAÇÃO
NASF -	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
NEPIT -	NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISA EM INCAPACIDADE E TRABALHO
OMS -	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
OPAS -	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE
PBH -	PREFEITURA DE BELO HORIZONTE
PLPR -	PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS EM REABILITAÇÃO
PNAB -	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNEPS -	POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
RAS -	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
SMSA -	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUS -	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFMG -	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
URS -	UNIDADE DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Os serviços de reabilitação na rede pública de Belo Horizonte.....	19
1.2 Reorientação do modelo assistencial da rede de reabilitação SUS/BH: objetivos e estratégias.....	21
2 OBJETIVO	26
3 MATERIAIS E MÉTODOS	27
3.1 Delineamento do Estudo	27
3.2 População de estudo	27
3.3 Técnicas de coleta de dados	28
<i>3.3.1 Pesquisa documental.....</i>	<i>28</i>
<i>3.3.2 Observação não participante</i>	<i>29</i>
<i>3.3.3 Grupos focais.....</i>	<i>29</i>
3.4 Plano de análise.....	30
3.5 Aspectos éticos	31
4 ARTIGO 1 – REDE INTEGRADA DE REABILITAÇÃO: REPENSANDO O MODELO ASSISTENCIAL EM BELO HORIZONTE.	32
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	69
APÊNDICES	77

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a área da reabilitação no Brasil vem sendo impulsionada através da formulação e proposição de políticas públicas, que visam a construção de serviços coerentes com os princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS) e com potencial para modificar o cotidiano das práticas em saúde. Dentre as políticas mais recentes é possível destacar as leis 10.048 e 10.098, ambas de 2000, que estabeleceram prioridades no atendimento de pessoas com deficiência¹ e critérios para promover a acessibilidade (BRASIL, 2010a).

Só no ano de 2012 foram publicadas a Portaria nº 793, que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, e a Resolução nº 452, instituindo o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS e na Saúde Suplementar (BRASIL, 2012 b).

A atual política do Ministério da Saúde (MS), voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, caracteriza-se por reconhecer a necessidade de dar uma resposta às complexas questões que envolvem a atenção à saúde dessas pessoas no Brasil. Entre os seus propósitos gerais, define um amplo leque de possibilidades que vão da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação² (BRASIL, 2010a).

O conjunto de normas estabelecidas em âmbito federal orienta a organização dos serviços nas esferas de gestão do SUS, de acordo com a realidade local, que tem como função a programação, regulação, controle, avaliação e planejamento de redes de serviços

¹ Deficiência é aqui entendida como uma experiência que faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos. O conceito de deficiência é dinâmico, multidimensional e bastante questionado. Nas últimas décadas, o movimento das pessoas com deficiência, juntamente com os pesquisadores, tem identificado o papel das barreiras físicas e sociais para a deficiência. Isso representou a transição de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social descrita como uma importante mudança, que resultou no modelo biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde (SAMPAIO; LUZ, 2009).

² O conceito de reabilitação vem sendo estruturado em dois grupos:: reabilitação como processo individual e reabilitação como serviço. No primeiro caso encontram-se as concepções de trabalho e intervenções individuais realizadas diretamente com as pessoas. No segundo, encontra-se a concepção de reabilitação enquanto serviço. (BRASIL, 1995 *apud* PEREIRA, 2009).

regionalizadas que apontem para as necessidades de incorporação de profissionais e que atendam integralmente às demandas da população (BRASIL, 2003)

Apesar dos avanços, a situação da assistência à saúde da pessoa com deficiência no país ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. Em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação com as pessoas sem deficiência. Em parte, isso se deve ao fato de essas pessoas enfrentarem barreiras no acesso a serviços que muitos consideram garantidos, como saúde, educação, emprego, transporte e informação. Como resultado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Grupo Banco Mundial produziram o Relatório Mundial sobre Deficiência, em que se mostram evidências a favor de políticas e programas inovadores capazes de melhorar a vida dessas pessoas e facilitar a implementação da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em vigor desde 2008 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Sabe-se que o interesse mundial pela reabilitação ocorreu principalmente por quatro acontecimentos históricos: duas grandes guerras mundiais, processo de aceleração urbana e da industrialização e aumento de acidentes de trabalho e de incidência de epidemias (SOUZA; MANCUSSI; FARO, 2011). No Brasil as instituições de atendimento a pessoas com deficiências datam de distintos períodos históricos e adotam modelos também diferentes, de acordo com as circunstâncias e constituição, bem como com o tipo de deficiência que se destinam a reabilitar (BRASIL, 2008; SOUZA; MANCUSSI; FARO, 2011).

Esses modelos são influenciados pelo contexto e época em que se vive e pela cultura em que se está inserido, aspectos mediadores das escolhas das abordagens e guias das práticas em saúde. Em relação ao panorama atual, a OMS propôs a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada em 2001. Em seus princípios, a CIF enfatiza o apoio à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, inclui no seu escopo os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, em detrimento das incapacidades e limitações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O principal objetivo da Classificação internacional de Funcionalidade (CIF) é propiciar um padrão de linguagem e uma estrutura que possibilite a descrição dos estados relacionados à saúde. Propõe assim, um modelo conceitual e um sistema de classificação com diversos componentes.

Esse sistema de classificação possui caráter universal, uma vez que não se refere unicamente às pessoas deficientes e pode ser aplicado para todas as pessoas e para qualquer condição de saúde. Os aspectos etiológicos assumem importância secundária dentro do modelo proposto pela CIF. Indivíduos com uma mesma condição de saúde podem ter níveis de funcionalidade distintos, enquanto pessoas com mesmo nível de funcionalidade podem não ter a mesma condição de saúde.

Ao prover um marco teórico que busca identificar e entender as necessidades de reabilitação, a CIF aponta para o desenvolvimento de serviços mais completos para atender a essas necessidades. O modelo não define um único método ou técnica para condução das avaliações dos diferentes domínios apresentados, cabendo então aos profissionais identificar os métodos mais adequados. A efetiva aplicação da perspectiva teórica da CIF nos serviços de reabilitação pressupõe que os instrumentos e testes empregados pelos profissionais sejam capazes de fornecer informações sobre cada um dos componentes do modelo.(SAMPAIO;FERREIRA;SOUZA, 2013)

Essa mudança na visão tanto do processo saúde-doença quanto da funcionalidade humana se deve à constatação de que um sistema de atenção à saúde, resposta social voltada para as necessidades dos cidadãos, deve manter coerência máxima com a situação daqueles que o utilizam. A grave crise que se estabelece no modelo de atenção, decorre, entre outros motivos, da incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio das condições crônicas e o modelo de organização dos serviços que privilegia as condições agudas (MENDES, 2012). Somado a isso, a transição demográfica impõe desafios importantes para o SUS, na medida em que mostra um aumento da população idosa e conseqüente crescimento das patologias de longa duração. A evolução dessas patologias de início incipientes, é marcada por redução progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperados. Observa-se ainda uma maior sobrevivência de pessoas com deficiências congênitas ocasionada principalmente pela

evolução tecnológica e que têm demandado uma sociedade mais inclusiva (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Para responder a essa nova realidade e restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, fez-se necessária uma nova forma de organizar a atenção à saúde em sistemas integrados, o que envolve a implantação das redes de atenção à saúde. A Portaria nº 4.279/10 estabeleceu as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. A RAS é definida como 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 integralidade³ do cuidado (BRASIL, 2010 a ; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011)

Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e as crônicas (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual, que é centrado na doença, em especial no atendimento à demanda espontânea, e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial,⁴ considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2012 a)

Nessa direção, pode ser citada a trajetória do SUS em Belo Horizonte, que mostra avanços significativos obtidos com a integração das unidades em uma rede de serviços de saúde e o

³ A integralidade é uma das diretrizes do SUS e pode ser compreendida em três sentidos. O primeiro deles em relação à abordagem do indivíduo na sua totalidade levando em consideração seu contexto de vida e garantindo o cuidado longitudinal. O segundo diz respeito a organização das práticas de saúde de forma a integrar as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Finalmente, a integralidade no sentido da organização do sistema de saúde com vistas a atender as necessidades da população garantido o acesso às redes de atenção (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

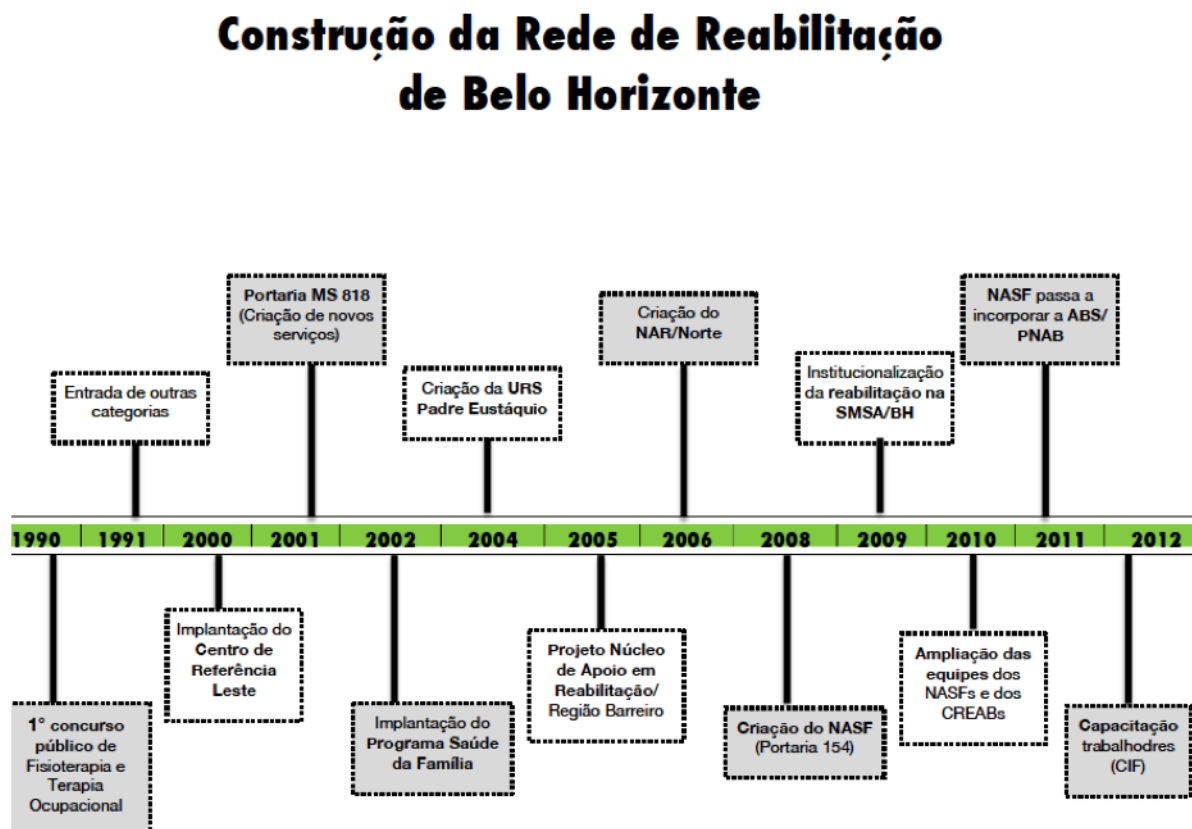
⁴ O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Pretende oferecer retaguarda assistencial e suporte técnicopedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

fortalecimento progressivo da Atenção Primária à Saúde (APS). No caso específico da reabilitação, desde 1995, a SMSA tem buscado a constituição de uma rede que possibilite garantir a assistência integral e contínua à pessoa com deficiência ou com limitações na funcionalidade, fomentando políticas públicas, organizando seu sistema de informação e qualificando seus trabalhadores (SILVA; OGATA; MACHADO, 2007).

1.1 Os serviços de reabilitação na rede pública de Belo Horizonte

A organização da reabilitação como serviço⁵ no sistema público de saúde de Belo Horizonte tem início bastante recente, como pode ser observado na síntese apresentada na linha do tempo a seguir (FIGURA 1):

FIGURA 1 - Evolução histórica da reabilitação no município de Belo Horizonte



Fonte: Elaborado pela autora com base nas informações da Secretaria de Saúde (BELO HORIZONTE, 2011).

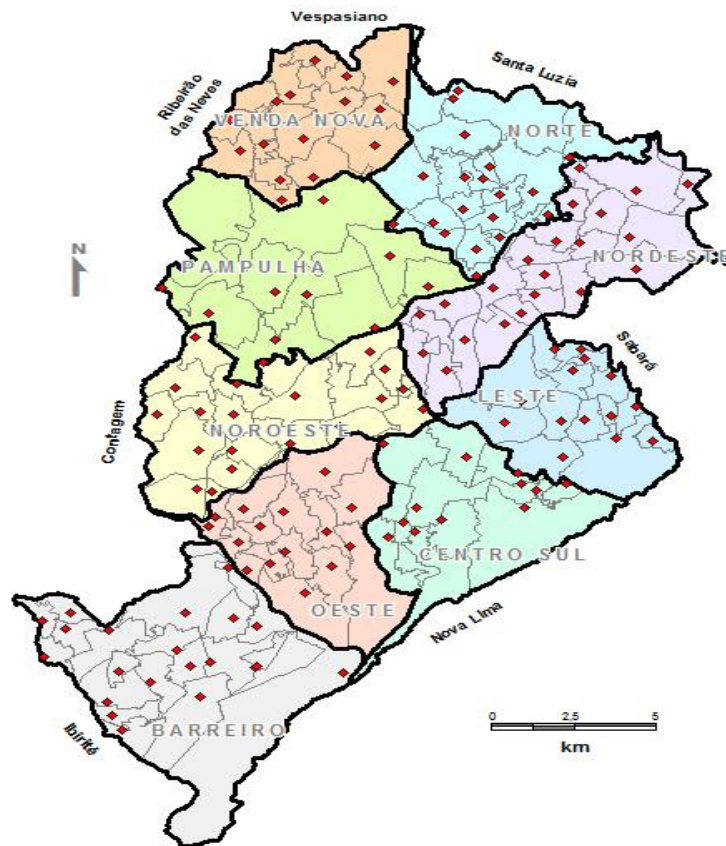
⁵ O texto acima faz referência à concepção da reabilitação como serviço público, por isso a afirmação de que é relativamente curta a história da reabilitação em Belo Horizonte (BRASIL, 1995).

A Rede de Reabilitação de Belo Horizonte inclui equipamentos em diferentes níveis de atenção, de modo a possibilitar o atendimento às demandas de acordo com o nível de complexidade. Assim, a partir do ano de 2004, foram instalados no nível básico de atenção, os chamados Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR), que, com a publicação da Portaria Ministerial 154/2008, passaram a ser denominados Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF). O objetivo principal desse serviço é fornecer suporte às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de ampliar a abrangência e o escopo da Atenção Primária (BRASIL,2010b)

Outra iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde foi a criação de um ambulatório de acompanhamento do bebê de risco, denominado “Viva Bebê”. Situado na Unidade de Referência Secundária Saudade, esse serviço tem como objetivos detectar e acompanhar precocemente alterações no desenvolvimento do recém-nascido de alto risco e encaminhá-lo, se necessário, para serviços especializados (LANSKY, 2010).

Atualmente, a reabilitação no município de Belo Horizonte conta, na Atenção Primária, com equipes multidisciplinares nos NASF, distribuídos nos nove Distritos Sanitários. Compõem a Atenção Secundária, hoje denominada Rede Complementar, três unidades próprias, com equipes multidisciplinares para atendimento especializado de reabilitação, denominados Centros de Reabilitação. Também fazem parte da rede, serviços privados contratados, além de serviços públicos e filantrópicos conveniados e o serviço de reabilitação do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB) (BELO HORIZONTE,2011). A Rede está hoje desenhada desta forma (FIGURA 2):

FIGURA 2 - Rede atual de Reabilitação em Belo Horizonte



Fonte: Imagem cedida pela Coordenação de Reabilitação, Gerência de Assistência e Gerência de Projetos Especiais, 2011.

Segundo dados da PBH, de 2013, o município abrigava 1,7 milhão de usuários cadastrados na rede de saúde, dos quais 83% estavam cobertos pelos atendimentos na Atenção Primária através da Saúde da Família. Distribuídos nos nove (9) distritos sanitários, contavam com 147 Unidades de Saúde e 583 Equipes de Saúde da Família, 300 Equipes de Saúde Bucal, 58 Equipes de Saúde Mental. Na rede de reabilitação conta 58 polos de Nasf- Núcleo de Apoio à Saúde da Família e 3 CREAB-Centros de Reabilitação (SMSA,2013).

1.2 Reorientação do modelo assistencial da rede de reabilitação SUS/BH: objetivos e estratégias

Uma importante estratégia da gestão é adequar os recursos humanos e qualificar os profissionais de saúde da rede para a melhoria da qualidade da atenção e para a efetividade do

SUS. Atento a isto, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).⁶

Contextualizar no trabalho o processo educativo agregando assim, o saber que surge do campo e potencializando o conhecimento a partir de ações técnicas e políticas emancipatórias realizadas pelos trabalhadores (BRASIL,2000; BRASIL,2004).

Em consonância com a proposição da educação permanente, a Secretaria Municipal de Saúde lançou, em 2011, o desafio de implementar o Projeto de “*Reorientação do modelo assistencial para os profissionais da rede de reabilitação SUS-BH, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*”. A proposição do Projeto de Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS-BH se justifica pela necessidade urgente de superar concepções biológicas e fragmentadas da funcionalidade humana e antigas práticas assistenciais. Propõe o modelo biopsicossocial CIF, como um novo paradigma da reabilitação como forma de garantir a integralidade e a resolubilidade da atenção na rede de reabilitação (BELO HORIZONTE, 2011; BRASIL, 2007).

Além de buscar as bases para garantir a assistência integral e contínua à pessoa com deficiência ou com limitações na funcionalidade, esse projeto teve por objetivo contribuir para a transformação da rede de serviços de reabilitação em rede integrada de atenção em reabilitação (BELO HORIZONTE, 2011).

Contando com o apoio do Ministério da Saúde, a iniciativa da SMSA teve como elemento fundamental a parceria do Núcleo de Estudos e Pesquisa Sobre Incapacidade e Trabalho – NEPIT –, da Universidade Federal de Minas Gerais. O Núcleo foi responsável pelo desenvolvimento de um projeto de capacitação, voltado para os profissionais dos serviços públicos de reabilitação de Belo Horizonte e teve como eixo orientador as premissas que norteiam a reabilitação na rede pública e o modelo biopsicossocial da OMS. O curso teve início com um processo de sensibilização em dezembro de 2011, tendo a abertura oficial ocorrido em março de 2012, com duração de um ano. Foram realizadas oito oficinas presenciais, ensino a distância, consultoria no ambiente de trabalho e um período presencial (SAMPAIO; FERREIRA; SOUZA, 2012).

⁶ Educação Permanente definida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Durante os encontros, os participantes foram incentivados a refletir sobre as próprias experiências do ambiente de trabalho, considerando questões como o processo de trabalho e a forma de abordagem do usuário nos serviços de reabilitação, a partir de modelos conceituais. Por meio dessas reflexões buscou-se identificar implicações e aplicações da aprendizagem gerada pelo programa de capacitação, com base nas situações reais de trabalho dos participantes (SAMPAIO; FERREIRA; SOUZA, 2012).

O curso propiciou a construção de um protocolo denominado Protocolo de Levantamento de Problemas (PLPR), para favorecer a sistematização do acolhimento na reabilitação, com vistas à informatização e elaboração de um banco de dados específico da reabilitação pautado em um modelo funcional. Como produto do curso, foi também elaborado um caderno com instrumentos padronizados, condizentes com o modelo teórico de funcionalidade proposto, para favorecer o levantamento do perfil funcional dos usuários dos serviços (SAMPAIO; FERREIRA; SOUZA, 2012).

As reflexões e as teorizações realizadas durante a capacitação procuraram estimular não só a aproximação da formação, as necessidades da população no campo da reabilitação, mas principalmente um diálogo aberto entre os diferentes profissionais que compõem as equipes, propiciando a construção compartilhada de novos saberes (BELO HORIZONTE, 2011; SAMPAIO; FERREIRA; SOUZA, 2012; SAMPAIO; FERREIRA; SOUZA, 2013).

Ao término da capacitação, o NEPIT realizou uma avaliação de todo o processo e uma síntese dos resultados encontram-se a seguir.

QUADRO 1 - Valores médios atribuídos aos itens dos domínios avaliados em relação ao curso de multiplicadores - Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação da Rede SUS-BH, 2012.

1-ORGANIZAÇÃO DO EVENTO DE CAPACITAÇÃO	
1.1. Os objetivos foram definidos claramente	8
1.2. O número de horas foi suficiente para assimilar o conteúdo do curso	8
1.3. A coordenação contribuiu de forma eficaz para a realização do mesmo	8
1.4. O ambiente físico onde o evento foi realizado foi adequado	7
1.5. Você teve acesso aos meios de divulgação utilizados para este evento	9

2-CONTEÚDO	
2.1. A ordem de apresentação se deu em uma seqüência lógica	9
2.2. Foi coerente com o objetivo proposto	9
2.3. O nível de dificuldade dos exercícios foi adequado ao curso	9
2.4. As indicações de leituras complementares foram pertinentes	9
2.5. O conteúdo disponibilizado foi bem elaborado	9
2.6. O conteúdo estudado é aplicável ao meu trabalho	9
3-RECURSOS AUDIOVISUAIS E MATERIAL DIDÁTICO IMPRESSO	
3.1. A apresentação visual dos slides foi agradável quando utilizado datashow	9
3.2. A quantidade de conteúdo por slide foi adequada	9
3.3. As letras (cor, tipo, tamanho) usadas nos textos foram adequadas	9
3.4. O Material Didático impresso foi de boa qualidade	9
4-IMPACTO NO SERVIÇO	
4.1. Favoreceu novos contatos com profissionais do seu nível de atenção	9
4.2. Favoreceu novos contatos com profissionais de outros níveis de atenção	9
4.3. Fortaleceu o trabalho das equipes/grupos	8
4.4. Melhorou a motivação das equipes/grupos	8
4.5. Favoreceu a cooperação entre os serviços	8
4.6. Melhorou o conhecimento sobre o trabalho da reabilitação em todos os níveis da rede	9
4.7. Melhorou o compromisso com as diretrizes do SUS	9
5-AUTO-AVALIAÇÃO	
5.1. O curso despertou meu interesse pelo assunto	9
5.2. O curso satisfez minhas necessidades de aprendizagem sobre o assunto	9
5.3. Assimilei o conteúdo do curso	9
5.4. Os conhecimentos, habilidades ou atitudes que adquiri irão melhorar meus níveis de desempenho no trabalho	9
5.5. Sou capaz de transmitir os conhecimentos, habilidades ou atitudes adquiridos no curso a outras pessoas	8
5.6. Sou capaz de aplicar os conhecimentos, habilidades ou atitudes ensinados no curso em diferentes situações	8

QUADRO 2 - Valores médios atribuídos aos itens relacionados ao desempenho dos instrutores do curso de multiplicadores - Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação da e de SUS-BH, 2012.

6-QUANTO A AVALIAÇÃO DOS INSTRUTORES	
6.1. Domina o conteúdo programático	10
6.2. Sensível às dificuldades dos alunos	9
6.3. Tem clareza nas explicações	9
6.4. Capacidade de incentivar a participação dos participantes	9
6.5. Ritmo utilizado na condução das aulas	9
6.6. Apresenta equilíbrio entre teoria e prática	9
6.7. Exposição lógica do conteúdo programático ministrado	9
6.8. Pontualidade (cumprimento do horário previsto)	9
6.9. Assiduidade (comparecimento integral)	10
6.10. Metodologia utilizada	10
6.11. Didática aplicada	9

FONTE: (SAMPAIO;FERREIRA;SOUZA, 2012)

2 OBJETIVO

Conhecer a percepção dos profissionais de reabilitação que atuam em Belo Horizonte sobre o modelo biopsicossocial da CIF/OMS, bem como as contribuições desse modelo para a organização da rede de reabilitação no município após capacitação.

3 SUJEITOS E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa de pesquisa. Nessa abordagem se busca compreender o significado de alguns elementos⁷ e o que eles representam na vida das pessoas (TURATO, 2005).

Foi realizado um estudo de caso cujo objeto de análise foi a reorientação do modelo assistencial da reabilitação no município de Belo Horizonte, a partir da percepção dos profissionais após uma capacitação que foi aprovada pelo MS em 2011 sendo fruto de uma parceria entre a Coordenação de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e o Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho (NEPIT/ UFMG). O referido projeto, entre outras atividades, propunha capacitação para multiplicadores com sensibilização dos profissionais de reabilitação, de dezembro de 2011 e abertura oficial em março de 2012. O curso contou com oito oficinas presenciais realizadas ao longo do ano, ensino a distância, consultoria no ambiente de trabalho e pós-período presencial.

O estudo de caso foi a opção metodológica escolhida por ser um desenho de pesquisa que ajuda a esclarecer em uma dada situação qual foi o motivo para tal decisão, como foi realizado e quais foram os resultados obtidos para uma determinada situação escolhida para análise (TURATO, 2005).

3.2 População de estudo

Para a seleção dos participantes deste estudo foi realizada uma amostragem intencional considerando o universo de trabalhadores da reabilitação no município de Belo Horizonte e observando os seguintes critérios de inclusão: estar no quadro de funcionários da reabilitação da SMSA e ter participado da capacitação. Assim, foi incluído um total de 21 trabalhadores

⁷Aqui elementos são identificados como: fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos (TURATO, 2005).

oriundos dos CREAB (Centro de Reabilitação), NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família), HMOB (Hospital Municipal Odilon Berhens) e profissionais que são referência na área da Saúde do Trabalhador para tipificar e reproduzir a organização dos serviços adotado pela SMSA. Esses 21 participantes foram divididos em três grupos com sete, nove e cinco membros em cada grupo.

3.3 Técnicas de coleta de dados

Os dados na pesquisa qualitativa são colhidos em diferentes etapas, em um processo constante de análise e avaliação. Tendo em vista a natureza do objeto da pesquisa, foram utilizadas as seguintes técnicas de coletas de dados: análise documental, observação não participante e grupos focais.

3.3.1 Pesquisa documental

A pesquisa documental é uma técnica muito utilizada pelas ciências humanas e sociais, caracterizando-se pelo exame minucioso de documentos como fonte de dados. São denominados documentos os materiais que ainda não foram objeto de análise, ou que podem ser reelaborados de acordo com a finalidade da pesquisa (GIL, 2002).

Foram utilizados na pesquisa documental fluxos e portarias municipais, atas de reuniões, relatórios e outras publicações como fonte de coleta de dados.(BELO HORIZONTE,2013;SAMPAIO;FERREIRA;SOUZA,2012,2013) A característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo fontes primárias de coleta de informação. Foi também utilizada a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, que abrange todo o referencial já tornado público em relação ao tema de estudo. Por se tratar de um estudo de caso, a documentação direta também foi necessária, consistindo em levantamento de dados durante e após as oficinas de capacitação. No caso deste estudo, a pesquisa documental foi realizada por meio de documentos disponíveis nos diversos órgãos da SMSA, Ministério da Saúde e NEPIT.

3.3.2 Observação não participante

Na pesquisa qualitativa podemos destacar a observação como sendo um ponto essencial na coleta de dados. Para a análise alguns componentes devem ser observados: os atores e suas relações interpessoais e sociais; o ambiente; o tempo; as ações e seus significados; os conflitos; as atitudes e os comportamentos diante da realidade cotidiana. Uma das maneiras de se registrar é através do diário de campo. Onde deve conter informações sobre o cotidiano da realidade observada e também devem ter opiniões do pesquisador com suas reflexões e percepções (CHIZZOTTI, 2008).

Para este estudo foi realizada observação do tipo não participante, com vistas a uma maior aproximação com o contexto em que os trabalhadores foram capacitados, as aulas, as atividades, os sentimentos ao serem expostos a novos conhecimentos e as relações estabelecidas entre os atores ao longo do processo. Observação não participante é quando o observador permanece de fora do fenômeno, não participando dele, ou seja, ele executa um papel de expectador (LAKATOS; MARCONI, 2002; SELLTIZ, WRIGTSMAN, COOK, 1987; RICHARDSON, 1999). Para isso, foi empregado um roteiro que abrangeu aspectos relacionados à comunicação verbal, às opiniões e discussões, bem como outros tipos de manifestação, registrados em diário de campo pela pesquisadora.

3.3.3 Grupos focais

Essa técnica vem sendo utilizada para explorar as concepções e experiências dos participantes, podendo ser usada para examinar não somente o que as pessoas pensam, mas como elas pensam e porque pensam assim (GATTI, 2005).

A escolha da metodologia dos grupos focais se deve ao fato de que é uma técnica que permite a compreensão de processos de construção da realidade pelo grupo, além da compreensão das práticas cotidianas, comportamentos, atitudes e valores em relação a um tema, por pessoas que estão inseridas em um mesmo contexto, permitindo a obtenção de diferentes pontos de vista sobre o mesmo tópico (GATTI, 2005).

Para aprofundar o entendimento do tema deste estudo, foram realizados três grupos focais em salas previamente agendadas na UFMG, com datas e horários definidos de comum acordo. Os participantes dos grupos focais representavam as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de reabilitação: psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fisioterapeutas. Para facilitar a interação, a conformação dos grupos seguiu a mesma lógica de orientação da Rede de Reabilitação utilizada pela SMSA, ou seja, para cada NASF há um CREAB de referência. Esperava-se, dessa forma, atribuir maior coerência à pesquisa, reproduzindo o mesmo arranjo adotado no cotidiano desses trabalhadores.

A duração de cada grupo focal foi de duas horas, totalizando seis horas de trabalho. Após uma apresentação inicial, foram informados os objetivos do trabalho e solicitou-se a permissão para gravação e filmagem das discussões, quando foi reafirmada a garantia de confidencialidade e não identificação dos participantes. A coordenação do grupo ficou sob a responsabilidade de um profissional das Ciências Sociais, auxiliado por mais dois observadores responsáveis pela relatoria e monitoramento dos equipamentos. A condução dos grupos focais se deu a partir de um roteiro elaborado com os seguintes itens-âncora: 1) Realidade de trabalho; 2) Conhecimento das políticas públicas que influenciam a área da reabilitação; 3) Conceitos de rede integrada de assistência e mais especificamente a Rede de Reabilitação em BH; e 4) Potencialidades da CIF e contribuições da capacitação para a implantação do modelo biopsicossocial no município (APÊNDICE A).

3.4 Plano de análise

Os dados coletados durante as diferentes fases desta pesquisa foram analisados por meio da triangulação de técnicas, empregada quando uma combinação de técnicas de pesquisa é usada para se analisar um problema (GOLAFSHANI, 2003).

A utilização de diferentes fontes de dados e suas interpretações sobre uma realidade única, empregada na triangulação, tenta garantir a validade dos dados a partir da análise da relação entre o contexto e as ações (BARDIN, 2009). Na análise dos dados, após a transcrição das gravações, foi utilizada análise de conteúdo, que permitiu a identificação de três eixos temáticos: realidade de trabalho no contexto da reabilitação no município (1), (des)

conhecimento das políticas públicas na área da reabilitação (2) e o modelo assistencial e, a efetivação da rede de reabilitação: consensos e desacordos (3).

3.5 Aspectos éticos

Este projeto obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução CNS nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012c) e foi aprovado pelos comitês de ética da UFMG (ANEXO A) e da SMSA/BH (ANEXO B). Todos os participantes dos grupos focais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e preencheram ficha de dados sociodemográficos (APÊNDICE C) antes do início dos trabalhos nos grupos.

4 ARTIGO 1 – REABILITAÇÃO NA PERSPECTIVA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): VELHOS DILEMAS, NOVOS DESAFIOS

RESUMO: Pesquisa de natureza qualitativa, realizada em Belo Horizonte, de março de 2012 a novembro de 2013, em que se objetivou conhecer a percepção dos profissionais de reabilitação sobre o modelo biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde após capacitação e suas contribuições para a organização da rede de reabilitação no município. Utilizou-se para a coleta das informações, análise documental, observação não participante e grupos focais. Participaram do estudo 21 profissionais das diferentes profissões que compõem as equipes de reabilitação. A análise de conteúdo permitiu identificar três eixos temáticos: realidade do trabalho, (des)conhecimento das políticas públicas e potência do modelo biopsicossocial para a organização da rede. Os resultados apontam para um modelo de reabilitação que supera concepções tradicionais de funcionalidade, mas enfrenta desafios na articulação com o conjunto da atenção à saúde e com os resultados desejados para a reabilitação. Evidenciou-se que a motivação para o trabalho, o conhecimento das políticas de saúde e a reflexão sobre os modos de fazer contribuem para a comunicação entre os atores e conduz para a formação de uma rede dinâmica e, propositalmente, inacabada, tendo como maior beneficiado o usuário.

Palavras-chave: CIF; Modelo Assistencial em Reabilitação; Rede de Reabilitação; Educação Permanente; Integralidade.

ABSTRACT: Qualitative nature research, carried out in Belo Horizonte, from March 2012 to November 2013, which aimed to understand the perceptions of rehabilitation professionals on the biopsychosocial model of the World Health Organization after training and their contributions to the organization of the city's rehabilitation services network. To collect the information it was used document analysis, non participant observation and focus groups. 21 professionals from different professions that make up the rehabilitation team took part in the study. Through the content analysis it was possible to identify three main axes: the reality of work, (mis) understanding of public policies and the power of the biopsychosocial model for the network organization. The results point out to a rehabilitation model that overcomes traditional concepts of functionality, but faces challenges in conjunction with the set of health care and the desired results for rehabilitation. It was evident that the motivation for work, knowledge of health policies and the considerations on the ways of doing, contribute to the communication between the actors and leads to the shaping of a dynamic, and purposely unfinished, network having the user as the main beneficiary.

Keywords: ICF; Welfare Model in Rehabilitation, Rehabilitation Network; Continuing Education; Integrality.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a área da reabilitação no Brasil vem sendo impulsionada por meio da formulação e proposição de políticas públicas, que visam à construção de serviços coerentes com os princípios e doutrinas do Sistema Único de Saúde (SUS) e com potencial para modificar o cotidiano das práticas em saúde. Dentre as políticas mais recentes é possível destacar as leis 10.048 e 10.098, ambas de 2000, que estabeleceram prioridades no atendimento e critérios para promover a acessibilidade à saúde de pessoas com deficiência.¹ Só no ano de 2012 foram publicadas a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência Portaria nº 1.060, de 5 de Junho de 2002 que cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estas no âmbito do SUS, e a Resolução nº 452, que institui o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no SUS e na Saúde Suplementar.¹

O conceito de deficiência na CIF indica a existência de uma alteração na estrutura ou função do corpo de um indivíduo, sendo que estabelecer uma relação causal para a sua incapacidade a partir dessa deficiência não é possível. Portanto a utilização do termo deficiência, num sentido genérico, não é compatível com a CIF, uma vez que a incapacidade não é específica de um grupo minoritário, mas sim uma experiência humana universal e não deve ser diferenciada em função da etiologia ou de diagnósticos. Trata-se, portanto, de uma profunda mudança conceitual com implicações políticas e sociais, que requer um alinhamento na linguagem, ainda não conquistado, quer seja nos serviços, sistemas legislativos ou em estudos científicos.

A atual política do Ministério da Saúde (MS), voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, caracteriza-se por reconhecer a necessidade de dar uma resposta às complexas questões que envolvem a atenção à saúde dessas pessoas no

Brasil. Entre os seus propósitos gerais, define um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pelo objeto deste estudo, a reabilitação.¹

Embora não haja consenso no conceito de reabilitação, esta pode ser vista sob dois aspectos: a reabilitação como “processo individual” e como “serviço”.² Pode-se pensar o primeiro aspecto como um decurso que pertence ao indivíduo e em que este desenvolve capacidades adaptativas. Já a reabilitação como serviço pode ser entendida como a forma de organização da prestação do cuidado com suas várias abordagens.² Parece ser nesse segundo aspecto que se encontram as maiores divergências refletidas na dificuldade de comunicação entre os serviços justamente pela variedade de abordagens historicamente fundamentadas.

A definição de Reabilitação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no Relatório Mundial sobre Deficiência, e que tem a CIF como norteador, integra uma nova concepção do termo deficiência, remete a ações que sejam orientadas pelas necessidades do indivíduo e reforça a importância do contexto como modulador dos resultados em funcionalidade. Para a OMS, reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente.”³

Essa recente proposta de conceitos para a deficiência, funcionalidade e reabilitação, já incorporada pela legislação do SUS, traz como consequência a necessidade de revisão e mudança do que definimos como segundo aspecto de visão dos conceitos de reabilitação: os serviços. Apesar dos avanços, a situação da assistência em reabilitação no país ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, que apresentam diferentes concepções de reabilitação, gerando normas diferentes, sobrepostas e muitas vezes contraditórias para o funcionamento de seus serviços.

A grave crise que se estabelece no modelo de atenção decorre, entre outros motivos, da incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio das condições crônicas e o modelo de organização dos serviços que privilegia as condições agudas. Somado a isso, a transição demográfica impõe desafios importantes para o SUS, na medida em que mostra um aumento da população idosa, conseqüente crescimento das patologias de longa duração. A evolução dessas patologias, de início incidiosa, é marcada por redução progressiva da capacidade do indivíduo de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperado. Observa-se ainda, uma maior sobrevivência de pessoas com deficiências congênitas, ocasionada principalmente pela evolução tecnológica, as quais têm demandado uma sociedade mais inclusiva.

Para responder a essa nova realidade e restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, fez-se necessário organizar a atenção à saúde em sistemas integrados, o que envolve a implantação das redes de atenção à saúde. A Portaria nº 4.279/10 estabeleceu as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.⁴

A integralidade é uma das diretrizes do SUS e pode ser compreendida em três sentidos. O primeiro deles é em relação à abordagem do indivíduo na sua totalidade, levando em consideração seu contexto de vida e garantindo o cuidado longitudinal. O segundo diz respeito à organização das práticas de saúde de forma a integrar as ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Finalmente, a integralidade no sentido da organização do sistema de saúde com vistas a atender às necessidades da população, garantido o acesso às redes de atenção. A ideia de abrangência e totalidade, de orientação de ações pela necessidade

e ainda a valorização do contexto são características comuns entre essa diretriz, o modelo da OMS e a ideia de redes assistenciais, pois ampliam os horizontes de intervenções sobre os problemas.

Com o intuito de construir a RAS de forma a fortalecer a doutrina da Integralidade, o SUS, em Belo Horizonte, mostra avanços significativos obtidos com a integração das unidades em uma rede de serviços de saúde e o fortalecimento progressivo da Atenção Primária à Saúde (APS). No caso específico da Reabilitação, desde 1995 a SMSA tem trabalhado para constituir uma rede que possibilite garantir a assistência integral e contínua à pessoa com deficiência ou com limitações na funcionalidade, fomentando políticas públicas, organizando seu sistema de informação e qualificando seus trabalhadores.⁵ A reabilitação no município atualmente conta, na Atenção Primária, com equipes multidisciplinares nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), distribuídos nos nove Distritos Sanitários. Compõem a Atenção Secundária, denominada Rede Complementar, três unidades próprias com equipes multidisciplinares. Também fazem parte da rede, serviços privados contratados, além de serviços públicos e filantrópicos conveniados e o serviço de reabilitação do Hospital Municipal Odilon Behrens (HMOB).⁶

Diante da proposta de trabalho em rede e da constatação de que, apesar de integrados, os serviços e seus profissionais apresentavam diferentes concepções de reabilitação, gerando uma diversidade de normatizações e dificultando a comunicação e a consolidação da Rede de Reabilitação, foi lançado o projeto denominado *“Reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação SUS-BH, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)”*.⁷ Para a reorientação do modelo assistencial, é imprescindível o alinhamento dos conceitos fundamentais para os profissionais da área de reabilitação, além do desenvolvimento de novas habilidades proporcionadas pela educação permanente, no sentido

de estimular novas formas de pensar e conceber saúde e funcionalidade humana que possam ser absorvidas no cotidiano e na organização dos serviços.

Com a constatação da complexidade das diversas realidades e demandas dos serviços, e ainda do próprio contexto dos usuários, eram imprecisos os resultados do processo de capacitação que almejava possibilitar, aos profissionais, uma mudança na forma de compreender a funcionalidade humana. Assim, por meio dessa nova visão, reorientar a sua prática e a organização dos serviços de forma a contemplar a integralidade de maneira eficiente e efetiva. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção dos profissionais de reabilitação de Belo Horizonte sobre o modelo biopsicossocial da CIF/OMS, bem como as contribuições desse modelo para a organização da rede de reabilitação no município após capacitação.

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso em que se utilizou a abordagem qualitativa no intuito de buscar apreender a percepção dos profissionais acerca do modelo assistencial da rede de reabilitação SUS-BH após capacitação, em um contexto de mudanças das políticas públicas de saúde que visam fortalecer o princípio da integralidade. Procurou-se dar relevância aos diferentes significados e visões sobre o trabalho desenvolvido na rede, à importância das políticas de saúde para a mudança do fazer diário e ainda aos consensos e desacordos quanto à concretização do modelo assistencial ancorado na CIF.

A escolha do município de Belo Horizonte se deu por seu histórico de busca pela construção de uma rede de reabilitação que garanta assistência integral e contínua à pessoa com deficiência ou com limitações na sua funcionalidade. Essas iniciativas culminaram na

proposta de capacitação aprovada pelo MS em 2011, fruto de uma parceria entre a Coordenação de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e o Núcleo de Estudo e Pesquisa sobre Incapacidade e Trabalho (NEPIT/ UFMG). O referido projeto, entre outras atividades, propunha uma capacitação para multiplicadores, iniciada com a sensibilização dos profissionais de reabilitação, feita em dezembro de 2011 e com abertura oficial em março de 2012. O curso contou com oito oficinas presenciais realizadas ao longo do ano, ensino a distância com atividades como: leitura de textos disponíveis em CD, discussão nas equipes de trabalho sobre os Core Sets da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), seleção dos principais códigos da CIF que os profissionais julgavam utilizar em cada serviço, bem como a indicação das avaliações utilizadas por eles, sendo estas padronizadas ou não, retomada do processo de multiplicação dos temas discutidos no primeiro semestre, como forma de preparação para o módulo 2 da capacitação, elaborar um resumo da proposta para o Painel de Experiências e enviar, dentre outras atividades, consultoria no ambiente de trabalho e pós-período presencial. Estiveram envolvidos nas atividades 66 profissionais de reabilitação procedentes da SMSA e da UFMG, a saber: gerentes e trabalhadores dos três CREAB, coordenadores e trabalhadores dos nove NASF, coordenador e trabalhadores da reabilitação do HMOB, gestores e técnicos da coordenação de Reabilitação, representantes da Saúde do Trabalhador e docentes do Departamento de Fisioterapia da UFMG.

Para a seleção dos participantes neste estudo foi realizada uma amostragem intencional considerando o universo de trabalhadores da reabilitação do município e observando os seguintes critérios de inclusão: estar no quadro de funcionários da reabilitação da SMSA e ter participado direta ou indiretamente da capacitação. Assim, foi incluído um total de 21 trabalhadores oriundos dos CREAB, NASF, HMOB e pessoas que são referência na área da Saúde do Trabalhador, para tipificar e reproduzir o modelo assistencial adotado

pela SMSA. Esses 21 participantes foram divididos em três grupos com sete, nove e cinco membros em cada grupo.

COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram coletados de março de 2012 a novembro de 2013, por meio de diferentes estratégias metodológicas: estudo documental, observação não participante e grupos focais.

O estudo documental incluiu relatórios, registros das oficinas realizadas durante a capacitação, reuniões de trabalho da equipe de pesquisa e documentos de avaliação e acompanhamento de todas as atividades, disponibilizados pelo NEPIT. A análise documental auxiliou na identificação das políticas públicas e da legislação vigente na área da reabilitação, no entendimento dos modelos assistenciais adotados e na compreensão da evolução dos conceitos de Rede de Assistência no município de BH.

A observação não participante foi utilizada para complementar a captação da realidade empírica.⁸ As observações ocorreram durante as oito oficinas e, para isso, foi empregado um roteiro que abrangeu aspectos relacionados à comunicação verbal, às opiniões e discussões, bem como outros tipos de manifestação que foram registrados em diário de campo pela pesquisadora.

Para aprofundar o entendimento do tema, foram realizados três grupos focais em salas previamente agendadas na UFMG, com datas e horário definidos de comum acordo. Os participantes dos grupos focais representavam as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de reabilitação: psicólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fisioterapeutas. Para facilitar a interação, a conformação dos grupos seguiu a mesma lógica de orientação da Rede de Reabilitação utilizada pela SMSA, ou seja, para cada NASF há um CREAB de referência. Esperava-se, dessa forma,

atribuir maior coerência à pesquisa, reproduzindo o mesmo arranjo adotado no cotidiano desses trabalhadores.

A duração de cada grupo focal foi de duas horas, totalizando seis horas de trabalho. Após uma apresentação inicial, foram informados os objetivos do trabalho e solicitou-se a permissão para gravação e filmagem das discussões, quando foi reafirmada a garantia de confidencialidade e não identificação dos participantes. A coordenação do grupo ficou sob a responsabilidade do profissional das Ciências Sociais, auxiliado por mais dois observadores responsáveis pela relatoria e monitoramento dos equipamentos. A condução dos grupos focais se deu a partir de um roteiro elaborado com os seguintes itens-âncora: 1) Realidade de trabalho; 2) Conhecimento das políticas públicas que influenciam a área da reabilitação; 3) Conceitos de rede integrada de assistência e, mais especificamente, a Rede de Reabilitação em BH e, 4) Potencialidades da CIF e contribuições da capacitação para a implantação do modelo biopsicossocial no município.

Os dados coletados durante as diferentes fases desta pesquisa foram analisados através da triangulação de técnicas.

A utilização de diferentes fontes de dados e suas interpretações sobre uma realidade única, empregada na triangulação, tenta garantir a validade dos dados a partir da análise da relação entre o contexto e as ações.¹⁰ Na análise dos dados, após a transcrição das gravações, foi utilizada análise de conteúdo para identificar as unidades temáticas que possibilitaram estabelecer categorias empíricas para, finalmente, compreender as ações e as narrativas dos sujeitos.¹¹

Este projeto obedeceu aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução CNS 466/12¹² e foi aprovado pelos comitês de ética da UFMG e da SMSA/BH.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados inicialmente alguns aspectos relativos aos participantes deste estudo, na tentativa de estabelecer possíveis influências desses aspectos sobre as experiências dos trabalhadores quando da implantação do modelo biopsicossocial na reabilitação em Belo Horizonte. Em seguida serão apresentadas três temáticas que foram analisadas e interpretadas a partir das discussões transcorridas nos grupos focais. A identificação das falas no decorrer do texto será através de especificação apenas de qual grupo focal foi retirada, ou seja, GF1, GF2 ou GF3.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 21 profissionais de reabilitação que compuseram os grupos focais, 90,5% eram mulheres, com idade entre 29 e 54 anos e tempo médio de trabalho na SMSA de Belo Horizonte de 6 anos. A maior parte desenvolvia suas atividades nos NASF (57,1%) e CREAB (28,6%). A distribuição por ocupação foi a seguinte: 10 fisioterapeutas, 04 fonoaudiólogos, 01 assistente social, 01 psicólogo, 04 terapeutas ocupacionais e 01 farmacêutico. Essa proporção de profissionais participantes dos grupos reproduz a composição da reabilitação no município. Ainda com relação à formação profissional, o tempo médio decorrido desde a conclusão da graduação foi 14 anos, e mais da metade (66,7%) havia feito algum curso de pós-graduação em Saúde Pública.

Tema 1 - Realidade do trabalho no contexto da reabilitação no município

Foram apontadas situações importantes que ajudam a contextualizar a reabilitação no município, evidenciando pontos positivos e algumas vivências bastante desafiadoras. De forma distinta ao observado durante a capacitação, as discussões realizadas nos grupos focais destacaram as potencialidades e o alcance do trabalho de reabilitação no SUS, qualificando as atividades desenvolvidas como diversificadas, dinâmicas e criativas. Na voz dos trabalhadores

dos NASF sobressaiu a nova forma de arranjo das atividades que desenvolvem no dia a dia, com possibilidades de trabalhos interdisciplinares, visitas domiciliares, atendimentos individuais e em grupos. Assim, o prazer de serem criativos no trabalho se apresenta por meio da possibilidade de estarem mais livres para fazer as tarefas, não deixando de cumprir com os compromissos, mas, de certa forma, variando e transformando a “*maneira de fazer*”. Ressaltaram ainda que essas novas tarefas são bem diferentes das experiências de trabalho no setor privado e que, mesmo com a alta carga de trabalho decorrente de uma agenda bastante apertada, encontram estímulos para a realização do seu trabalho, como se vê nas falas:

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

“O que eu mais gosto é da autonomia, sinto-me muito sobrecarregado, mas acho a autonomia importante.” (GF1)

Sabemos que a organização dos processos de trabalho na atenção básica tem como eixo a integralidade, que propõe ampla variedade de ações no cotidiano das equipes: áreas programáticas, demanda espontânea, atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, ações intersetoriais e interinstitucionais.¹³ O prazer em poder trocar experiências com colegas e com outros setores e o fato de essa experiência gerar uma aprendizagem constante foram bastante valorizados nas discussões. Isso reafirma a potência do trabalho em pares e com outros profissionais, pois permite compartilhar as dificuldades inerentes a ele e cria um sentido de parceria e ajuda mútua.

Os trabalhadores dos CREAB, por sua vez, destacaram que a autonomia no trabalho, tanto na gestão quanto na assistência, e o fato de serem servidores públicos são bastante gratificantes, pois lhes permitem uma maior aproximação com os usuários em atividades que vão do acolhimento, passando pela prevenção e reabilitação, até o trabalho em equipe, com compartilhamento de saberes. Essa organização do processo de trabalho no SUS faz com que

os profissionais se sintam motivados, desenvolvam suas potencialidades, o que remete à satisfação e à conscientização de seu papel como servidores públicos da reabilitação. Segundo Motta (1995), a motivação é vista quando uma pessoa no esforço de fazer uma tarefa bem feita usa da sua dedicação e vontade para que se realize. A motivação para o desempenho do trabalho tem se destacado como um importante tema de debate e intervenção.¹⁴ Assim, foi possível constatar que, para os profissionais do NASF, a motivação parece se dar pela variedade de tarefas a serem realizadas, e, para os profissionais dos centros de reabilitação, a motivação resulta de novos modos de fazer tarefas já conhecidas.¹⁵

Como mencionado anteriormente, os trabalhadores também identificaram alguns aspectos desafiadores no seu cotidiano de trabalho. Uma das fragilidades apontadas é a falta de infraestrutura física, que representa não só um problema para o conforto pessoal, mas principalmente para a execução de atividades cotidianas, para melhor atender ao usuário e desenvolver atividades em equipe. A estrutura física, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde nas várias regiões do município, é bastante distinta, coexistindo espaços em prédios adaptados ou reformados e algumas construções novas. Apesar das dificuldades, a gestão municipal tem se esforçado bastante para padronizar os equipamentos de saúde segundo a normatização do MS, para melhorar a assistência e o cuidado à saúde da população em relação ao espaço físico.¹⁶ Os problemas na infraestrutura foram elencados também em relação à falta de espaço para acomodar a equipe de reabilitação, para a realização dos acolhimentos e atendimentos em grupos e, principalmente, a escassez de transporte para as visitas domiciliares.

[...] os avanços são enormes, reconheço, mas eu acho que a gente está vivendo um momento assim de atropelamento. Eu vejo uma estrutura que ainda não comporta tanto avanço: trabalhamos com uma área física ruim há anos. (GF2)

Muitas vezes, eu tenho um centro de saúde que tem uma demanda enorme e não consigo avaliar porque não tem sala. (GF1)

Além disso, o transporte insuficiente para as atividades externas à unidade dificulta o trabalho e gera insatisfação: “[...]visita domiciliar mais longe, se eu ficar dependendo do carro, é muito complicado. (GF1)

O número de profissionais na atenção básica cresceu exponencialmente depois da implantação do PSF e recentemente mais ainda, com a entrada das equipes de NASF, o que tem suscitado dificuldades estruturais para alocação dos profissionais. Em Belo Horizonte, o número de equipes de reabilitação segue essa tendência de crescimento. Segundo dados da Coordenação de Reabilitação, em 2013 havia 551 profissionais nos diferentes equipamentos de saúde do município. Os trabalhadores reconhecem, nas suas narrativas, que a SMSA precisa de recurso financeiro e tempo para realizar todas as mudanças necessárias e, em diferentes momentos da capacitação, demonstraram que esses problemas podem contaminar o dia a dia do trabalho, provocando conflito entre profissionais e insatisfação no usuário. [...] *eu acho que são coisas que vêm de política, que é avanço, mas os recursos materiais, a questão de espaço físico, ela não está acompanhando. (GF2)*

A alta rotatividade de profissionais nas equipes de saúde também foi citada como um dificultador do processo, fragilizando vínculos, o que pode refletir negativamente nas ações junto à comunidade e na continuidade dos trabalhos em equipe. Vemos hoje pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, principalmente médicos. De acordo com dados de pesquisa nacional sobre precarização e qualidade do emprego no PSF, 60% dos médicos de Saúde da Família, por exemplo, ficam menos de dois anos no posto de trabalho. Além disso, outros profissionais que ingressam no setor público com vínculo de contrato apreendem todo o processo de trabalho, permanecem por um curto período e são

substituídos por novos profissionais, sem experiência no SUS, o que acarreta um círculo vicioso de inúmeros treinamentos.¹⁵

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

Além da alta rotatividade dos profissionais, a descontinuidade da gestão também é geradora de insatisfação. Os trabalhadores relataram que é desafiador ficar desenvolvendo ações que são colocadas como importantes e, quando menos esperam, modificam-se as prioridades por causa da mudança do gestor, o que ocasiona descontinuidade na produção da assistência e muitas vezes descrédito por parte dos usuários.

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

Apesar de terem sido pontuados muitos desafios e dificuldades, os trabalhadores ressaltaram avanços nos processos de trabalho, principalmente a partir da criação do NASF. Isso tem permitido maior articulação entre as ESF de reabilitação, trazendo mais compreensão das ações e definição de papéis e, conseqüentemente, propiciando aos profissionais um sentimento de pertencimento, valorização e reconhecimento, tanto pela comunidade como pela equipe de saúde.¹⁸

[...] a criação do NASF foi um grande avanço pra reabilitação, porque levou esse profissional para a atenção básica, que até então a gente não tinha. A gente não é visto mais como uma equipe de fora, a gente é visto como parte daquela equipe, como parte do cuidado

daquele usuário, então a gente é visto como coordenador do cuidado. Consigo perceber que a equipe tem uma compreensão melhor que a gente tá lá como parceiro, a equipe realmente busca a gente pra discutir os casos, pra fazer, planejar, fazer plano terapêutico do paciente. (GF2)

Estudos mostram que no processo de trabalho em saúde ainda persiste uma fragmentação de ações, às vezes criando tensões com os atores envolvidos.¹⁸ ??? Podemos enfatizar a relevância do trabalho de equipes multiprofissionais com vistas à ampliação de saberes e práticas sobre o cuidado em saúde, contudo esse tem sido um dos maiores desafios do SUS. *“Antes eu pensava em ajudar o usuário a cuidar de si, hoje eu penso em ajudar a equipe para ajudar o usuário.” (GF3)*

É importante salientar que, em Belo Horizonte, a reabilitação tem se estruturado em rede e que a assistência integral à saúde tem sido meta do SUS-BH, combinando os serviços prestados, desde a prevenção de agravos até a recuperação da saúde e reabilitação, sendo o trabalho em equipe o destaque para se alcançar a integralidade.

Tema 2 - (Des) conhecimento das políticas públicas na área da Reabilitação

Uma das questões colocada nos grupos focais abordou o conhecimento dos participantes com relação às políticas públicas do SUS na área da reabilitação e a habilidade desses participantes em nomeá-las. Durante a discussão e nas observações realizadas ao longo da capacitação, ficou constatada que boa parte dos profissionais tem pouco domínio sobre as políticas públicas e a situação da reabilitação na esfera do Governo Federal, o que foi demonstrado ora pela insegurança ora pela superficialidade na problematização do tema.

A análise das políticas públicas de saúde pauta-se por uma perspectiva que considera importante a compreensão da concepção de saúde construída pela sociedade brasileira ao longo da história. As transformações produzidas pelo conhecimento científico e tecnológico, saberes populares, experiências práticas exitosas, construídas acerca da importância dos

cuidados primários, não foram suficientes para romper definitivamente com o modelo biologicista e de mercado.¹⁸ As questões supracitadas nos levam a pensar que o pouco interesse dos profissionais de reabilitação em conhecer as políticas públicas deve-se ao fato de que a preocupação central ainda está direcionada para o universo técnico do modelo biomédico. Essas lacunas observadas possivelmente geram impacto no movimento de consolidação do SUS, uma vez que os profissionais conhecem pouco o sistema onde atuam e desconsideram questões relevantes para o seu fortalecimento, o que contribui para a manutenção do modelo hegemônico assistencial. Os participantes citaram de forma tímida e sem muito aprofundamento alguns programas e projetos atuais nos quais estão inseridos e, para muitos deles: [...] conhecer as políticas públicas é uma questão de interesse pessoal ou, mais especificamente, função dos gestores. (GF2)

[...] o reconhecimento das políticas às vezes vai muito do esforço pessoal. Entra um novato e não é trabalhado a fundo as políticas... é uma repetição sem reflexão. (GF3)

Embora se sintam motivados com o trabalho, como exposto no tema anterior, os profissionais não se interessam pelo debate das políticas públicas e acreditam ser suficiente o repasse feito pelos gestores. A ausência da responsabilidade de ser um participante ativo nesse cenário pode ser resquício da formação fragmentada dos trabalhadores. Sendo assim, pontos importantes para reflexão são: o pouco conhecimento da história, da sistematização e organização do sistema de saúde no Brasil, e o enfoque com que se opera o debate sobre os serviços, assuntos que são pouco abordados ao longo da formação dos profissionais. Esses trabalhadores deixam as escolas, indo, muitas vezes diretamente, para o serviço público, com a falsa sensação de estarem aptos a atender uma grande gama de casos e desenvolver atividades multidisciplinares. No entanto o que se observa são imprecisões conceituais, desinteresse em compreender a organização do trabalho e um conhecimento restrito sobre o SUS, o que faz com que o profissional compreenda as demandas do usuário apenas no

contexto de sua profissão. Vivenciamos um período em que há necessidade de mudanças profundas no aparelho formador dos profissionais da saúde, porque o atual, individualista e antropocêntrico, não atende mais às necessidades das pessoas nem do processo de trabalho em saúde.¹⁹

Nesse sentido, atualmente encontramos novas estruturas curriculares na graduação das diferentes profissões que integram a área de reabilitação, como os cursos de residência multiprofissional no âmbito do SUS por todo o Brasil, e novos cursos de pós-graduação, o que poderá, no futuro, repercutir positivamente no problema.

Se por um lado existe a necessidade de mudança na formação profissional, os serviços sempre precisam adequar os trabalhadores à lógica de organização do trabalho e sensibilizá-los quanto às políticas institucionais e locais. Nesse sentido, os trabalhadores destacaram o treinamento ao ingressarem no serviço público em Belo Horizonte. Para alguns desses profissionais, as informações que recebem no serviço acabam sendo a primeira aproximação deles com as políticas públicas, programas e projetos em andamento no município. Ainda que tais treinamentos tenham sido percebidos de forma positiva pelos profissionais, é possível constatar que foram criados numa tentativa de suprir as lacunas da formação profissional, o que significa, de certa forma, repassar para o município o que seria atribuição das escolas onde eles estudaram. Como apontado por outros autores, é imperativo refletir e buscar respostas sobre as razões que levam as instituições de ensino a não mostrarem interesse por esse conteúdo, considerando que as escolas seriam os espaços mais apropriados para a sensibilização e responsabilização dos futuros profissionais.²⁰

[...] quando as pessoas entram e têm o momento de capacitação, um encontro de sensibilização, de capacitação do serviço inicial, as coisas são colocadas, mas isso não é trabalhado muitas vezes a fundo, fica de cada um levar aquele material, ler e pesquisar.

(GF3)

Ainda com relação a essa temática, os participantes apontaram que a velocidade com que as políticas, programas e resoluções vêm sendo propostas parecem resultar num descompasso entre estrutura e modelo assistencial, o que gera muitas vezes descrença quanto à sua importância e continuidade e gera ainda resistências à sua implementação. O encontro entre os profissionais, propiciado pela capacitação, fez surgir discursos relacionados ao problema:

[...] a gente está sempre trocando pneu com o carro andando. (GF2)

[...] eu espero principalmente dar continuidade no trabalho que a gente fez, porque o ano passado a gente ficou o ano inteiro, se não me engano, foi o ano inteiro. E eu queria dar continuidade a esse trabalho. Às vezes a gente começa um trabalho e... Começa um momento e depois para, é desconfortante. (GF1)

Para suprir essas deficiências, fazendo valer a política de educação continuada, várias têm sido as iniciativas da SMSA-BH. As capacitações desenvolvidas hoje no SUS estão inseridas na PNEPS, o que se constitui como importante mudança na concepção e nas práticas de formação dos trabalhadores da saúde. Essa proposta incorpora o ensino para o trabalho e a vida cotidiana das organizações; adota estratégias educativas que problematizam o próprio fazer e, dessa forma, dá oportunidade aos trabalhadores de construir o conhecimento com base nas suas experiências e vivências.¹⁹ Diante do quadro, capacitações que tragam informações coerentes e consistentes sobre as políticas que regulamentam o SUS podem ser um caminho para a transformação efetiva do modelo assistencialista ainda vigente. Somado a isso, a questão da comunicação torna-se um ponto fundamental e talvez essencial para a formação de uma verdadeira Rede de Reabilitação. Um estreitamento das relações entre os profissionais dos diferentes equipamentos que compõem a rede demonstrou ser extremamente importante para melhorar a qualidade do cuidado e para garantir os direitos de saúde do paciente.

Dar oportunidade aos profissionais para que vivenciem tanto as políticas públicas quanto os diferentes equipamentos da rede, aproximando-os entre si, pode potencializar a comunicação, diminuindo as distâncias tanto físicas quanto da própria linguagem profissional. *Eu acho que esse curso do ano passado foi um grande diferencial. Se não tivesse esse curso, a gente não ia conseguir sair da nossa ilha. (GF1)*

[...] a rede também passa por conhecer o trabalho do outro. E a nossa capacitação contribuiu pra isso. (GF2)

A rede é o que mais precisa ser trabalhado, a comunicação é o maior entrave. O perfil do profissional é muito importante e tem profissional que não se envolve. (GF2)

Em síntese, a proposta de se conhecerem as políticas públicas se insere em dois pressupostos: o de que esse conhecimento ainda no curso de graduação poderia resultar na formação de profissionais mais preparados para atuar no SUS, e ainda no entendimento de que tal conhecimento poderia melhorar a qualidade da assistência em saúde. Com isso, uma formação melhor irá impactar a comunicação em seu sentido mais amplo, fazendo com que os profissionais que passem a integrar o sistema sejam capazes de compreender e se comprometer com os objetivos do trabalho, colaborando com a construção de um conhecimento comum da forma e da organização desse trabalho, criando ferramentas coerentes que possam fortalecer o modelo de atenção assistencial pautado na integralidade.

Tema 3 - O Modelo assistencial e a efetivação da Rede de Reabilitação: consensos e desacordos

Belo Horizonte, como outros municípios brasileiros, tem enfrentado um importante desafio: a proposição de uma pauta de prioridades na atenção básica que possibilite a construção do trabalho em redes de atenção à saúde. A reabilitação, principalmente após a

implantação dos NASF, se inseriu nesse processo e vem tentando superar inúmeros dilemas teóricos e operacionais que interferem nos resultados.

Durante as discussões relativas à configuração da rede de reabilitação no município, foi possível identificar uma construção conceitual e que os trabalhadores percebem de forma muito positiva essa estratégia para a organização dos serviços. Na visão dos participantes, a rede de cuidados em reabilitação, embora frágil, já aponta para uma nova forma de realizar as ações nos serviços prestados.

Essa questão da rede, ela é interessante porque vai chegar ao ponto, assim, que ela vai ter que funcionar. De um jeito ou de outro ela vai precisar funcionar. As pessoas estão procurando mais, elas estão cada vez mais... Até vão descobrindo, descobrindo os direitos e tudo. Falando nas questões de direito, muitos têm apelado pra questão jurídica mesmo, reivindicando, exigindo. E nós, no serviço, a gente chega até determinado ponto e fala: até aqui eu vou. Daqui eu tenho que me comunicar com outro serviço, com outro colega, e isso força esse movimento. (GF1)

Entre outros temas, a capacitação aqui problematizada criou espaços de discussões que permitiram aos profissionais rever e repensar as seguintes questões: Qual lugar a reabilitação ainda ocupa na lógica da organização por complexidade rotineira no SUS? Que relação a reabilitação tem estabelecido entre si e com os outros equipamentos de saúde? Como têm se dado os processos de trabalho e a comunicação entre os profissionais?

Conhecer as ações que são realizadas nos diferentes equipamentos de saúde, compreender o funcionamento de todos os “nós” da rede e a maneira como esses “nós” são potentes e resolutivos com relação aos sujeitos e à mobilidade do usuário em suas necessidades foram objetos de reflexão também nos grupos focais. Embora os profissionais se sintam mais qualificados após a capacitação e seja possível identificar e elencar avanços, muitos ainda resumem o seu entendimento da rede a um escalonamento de possibilidades de

encaminhamento de pacientes na tentativa de resolver os seus problemas, sem que ninguém assuma a responsabilidade pelo acompanhamento desses pacientes.

[...] a gente tem alguns buracos também. Às vezes eu vejo chegando um paciente com determinada coisa e ninguém atende na rede: vai pra um, vai pra outro. Aí eu fico pensando: gente, como é que fica esse usuário? (GF1)

Temos dificuldade na prática por causa de posições diferentes. O matriciamento é passagem de caso, encaminhamento. O perfil dos nossos profissionais é inadequado. (GF1)

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

Essas questões nos remetem novamente à formação profissional, reforçando a constatação de que, historicamente, o modelo que acompanha o profissional traz características modeladoras de práticas, tais como: foco na doença; busca pela “normalidade” definida por parâmetros externos ao sujeito; ações fragmentadas decorrentes de decisões centralizadas e individualizadas; pouca experiência de trabalho em equipe e uma visão restrita do usuário em seu papel de paciente apenas.^{21,22} Os serviços de reabilitação no nosso país sempre foram organizados a partir da visão de saúde-doença preconizada pelo modelo biomédico, que tem como explicação da doença a unicausalidade, o biologicismo, a fragmentação, o mecanicismo, o tecnicismo e a especialização.²¹ É possível concluir que essas premissas têm norteado o modelo assistencial no campo da reabilitação.

Modelo assistencial é aqui entendido como “a forma de organizar e articular diferentes recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para resolver os problemas de saúde de uma população.” Importante demarcar que esse modelo não se refere a programas ou ações, mas à gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho comprometidos com o cuidado das pessoas, populações, lugares e coisas.²³ Nesse sentido, a reabilitação tem sido

delineada hegemonicamente ao longo de sua história no modelo biomédico sob a lógica liberal.²⁴ Os grupos focais mostraram que esse modelo ainda exerce significativa influência no processo de consolidação da rede de reabilitação no município. Foram apontadas questões estruturais, normatizações definidas pela SMSA que amarram e dificultam a concretização de mudanças e ainda os outros profissionais da ESF e pacientes, que seguem demandando atendimentos individuais e procedimentos tradicionais de reabilitação.

A lógica toda do sistema é voltada pro atendimento médico, pro número de consultas, voltada pra questão da cura, pra quem não morreu, pra quem nasceu e sobreviveu. (GFI)

A preocupação e o investimento na construção da rede de reabilitação de BH resultaram na parceria entre os coordenadores e o NEPIT e na elaboração do projeto de reorientação do modelo assistencial apresentado ao MS, ações que se justificaram pela necessidade urgente de superação de antigas práticas assistenciais.²⁵ Ancorado nos conceitos de Redes de Atenção, Modelos Assistenciais e na CIF, o objetivo de tal proposta foi repensar o modelo assistencial da reabilitação pautado na doença, mudando o foco para uma visão de funcionalidade, que incorpore e integre os modelos médico e social, na busca pela integralidade da atenção ao indivíduo e maior resolubilidade da rede de reabilitação.²⁵

O modelo de funcionalidade e incapacidade proposto pela OMS considera a forma como as pessoas vivem os seus problemas de saúde e como elas podem melhorar as suas condições de vida para que consigam ter uma existência produtiva e enriquecedora. Propõe uma transformação da visão de deficiência como problema de um grupo minoritário para uma perspectiva de que a incapacidade ou limitação funcional é parte da existência humana, ou seja, todos nós vamos vivenciar, de forma transitória ou permanente, essa experiência ao longo de nossas vidas. O modelo incorpora aspectos biológicos e sociais, propondo mecanismos para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade.^{26,3} Assumir os pressupostos do modelo biopsicossocial da CIF pressupõe mudanças profundas do

modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho em reabilitação e também do compromisso dos profissionais com a proposta.

[...] tudo que a gente avança traz uma série de desafios. E fazer a rede ser efetiva realmente, não só uma rede de papel, um organograma, é um desafio muito grande. (GF2)

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

Entre os produtos dessa capacitação cabe citar o Protocolo de Levantamento de Problemas em Reabilitação (PLPR) e um caderno de apoio para os profissionais. O PLPR vem ao encontro da demanda por um protocolo informatizado, com características dos usuários e coerente com o modelo da CIF, possibilitando a construção do banco de dados funcionais que permita mostrar quem são as pessoas que procuram a rede de reabilitação.

Acredito que é um norteador desta visão; para aqueles que não conseguem ver o ser biopsicossocial, é a forma de chamar a pessoa para isto. (GF1)

É, portanto, no modelo assistencial que se encontram os maiores obstáculos de um sistema de saúde.²⁷ Logo, é intervindo nele que podemos almejar mudanças consistentes. A proposta de reorientar o modelo de assistência da reabilitação em BH implica uma nova dinâmica de estruturação de serviços em seus diversos níveis de complexidade assistencial, dentro de uma perspectiva de rede, recuperando o foco de seu objeto de intervenção, a funcionalidade humana, numa visão ampliada e, portanto, contextualizada dos usuários e dos serviços que lhes são prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama trazido à tona por meio da narrativa dos trabalhadores da Rede SUS de Reabilitação aponta não apenas para a real necessidade da reorientação do modelo assistencial em busca de uma verdadeira rede de assistência, mas também sinaliza para a direção que essa

reorientação precisa seguir. O norte sugerido é a melhoria da comunicação, seja ela entre trabalhadores e serviços nos vários níveis de atenção, entre as políticas propostas e a realidade de trabalho, ou ainda entre a realidade de trabalho e o próprio modelo assistencial. O conhecimento e a apropriação das políticas públicas de saúde propostas no país e o modelo de funcionalidade da OMS, ratificado pelo MS, também se constituem em estratégias para alcançar o objetivo.

Portanto a produção de redes não pode se restringir à articulação de serviços. Essa integração é muito importante para o estabelecimento da rede de reabilitação, mas é apenas um dos aspectos dessa produção. A rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da atenção ao usuário desse serviço precisa contar com trabalhadores motivados, que conheçam as políticas que regem seu trabalho e que possam verdadeiramente repensar e modificar seus modos de fazer.

Na perspectiva de rede como algo dinâmico e inacabado, desenvolvida sem a pretensão de tornar os nós e as distâncias iguais e os fluxos com a mesma intensidade, trabalhar em rede pressupõe lidar com a incerteza, o conflito e a contradição. Não há trabalho pronto na produção de redes. Portanto, além da necessidade de mudança na formação do trabalhador no que se refere ao conhecimento das políticas de saúde, é necessário que estratégias sejam estabelecidas para o desenvolvimento de habilidades que possibilitem a adequada atuação desses profissionais.

Diante disso, é importante refletir como a própria educação permanente, no caso, a capacitação, modifica dinamicamente a rede de assistência. Todo o esforço para a qualificação de unidades (nós) altera outros nós e a relação entre eles. Assim, o fato de reorganizar a rede de serviços em reabilitação trará reflexos para outros nós que compõem o sistema. As dificuldades de mudanças então são previsíveis dentro desse conceito de rede. De todo modo, é possível que a transformação na forma de pensar possa se dar em um tempo

mais curto quando comparada às transformações necessárias no cotidiano do trabalho, considerando a complexidade gerada pelo envolvimento dos diferentes atores como ESF, gestores, usuários e todas as categorias profissionais envolvidas no NASF.

Os incômodos provocados pelas discussões realizadas durante as oficinas com relação a fluxo, acolhimento, apoio matricial, enfim, todo o processo de trabalho e comunicação entre os diferentes profissionais e nós da rede confirmam as mudanças na forma de pensar e a incorporação gradativa de novos conceitos. De forma concreta, isso resultou em propostas e estratégias de modificação do processo de trabalho, como por exemplo, o protocolo de acolhimento baseado em informações funcionais. Mudanças na prática são difíceis, sendo possível constatar que até mesmo este produto, criado em conjunto com todos os participantes, pautado em uma necessidade definida por eles, vem encontrando resistência para ser incorporado às práticas cotidianas. Todas essas considerações acerca de questões do processo de trabalho não diminuem a importância dos investimentos para melhorar a estrutura física, recursos tecnológicos e os equipamentos necessários para a qualificação dos serviços e ações da reabilitação.

Em síntese, a motivação para o trabalho, o conhecimento das políticas de saúde e a reflexão sobre os modos de fazer contribuem para uma melhor comunicação entre os atores da assistência à saúde e podem conduzir à formação de uma real, dinâmica e propositalmente inacabada rede de reabilitação, tendo como maior beneficiado o usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010: 24. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

2. CARDOSO LGRA. *Estudo Sobre a distribuição dos serviços de Reabilitação: o Caso do Estado do Rio de Janeiro*[dissertação]. Brasília (DF): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD/OMS; 2011.
4. MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Projeto Piloto: Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS-BH** Modelo Assistencial Coordenação de Reabilitação, Gerência de Assistência e Gerência de Projetos Especiais, 2011.
6. BRASIL. **Portaria 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). *Ministério de Estado da Saúde* 2010; 30 dez.Ramos MN. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*. **Fiocruz** 2003; 1(Supl. 1): 93-114.
7. GOLAFSHANI N. Understanding **Reliability and Validity in Qualitative research**. *The Qualitative Report*2003; 8 (Supl. 4): 597-607.BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 70.ed. Lisboa: LDA, 2009.
8. BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Resolve Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *D.O.U.* 2013; 13 Jun.
9. GATTI BA. **Formação de grupos e redes de intercâmbio em pesquisa educacional: dialogia e qualidade**. *Rev. Bras. Educ*, 2005:30. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n30/a10n30.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.Motta PR. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.
10. AFFONSO LMF, ROCHA HM. **Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados**. In: *VII SEGet - Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*; 2010; Resende/RJ. p. 1-15.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

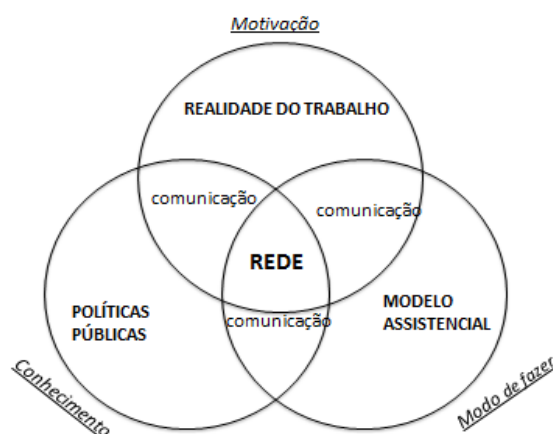
12. BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Resolve Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *D.O.U.* 2013; 13 Jun
13. MENEGAZ JC, Leopardi MT, BACKES VMS. **Políticas públicas de saúde: aspectos do conhecimento de graduandos em enfermagem e medicina.** *Sau. & Transf. Soc.* 2012. 3 (3): 69-76.
14. CUTOLO LRA. **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica.** *ACM arq. catarin. Med,* 2006; 35 (4): 16-24.
15. NASCIMENTO MC, SAMPAIO RF, SALMELA JH, MANCINI MC, FIGUEIREDO IM. **A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais.** *Rev. bras. fisioter.* [periódico na internet]. 2006 [acessado em 2014 Fev 13]; 10 (2): [cerca de 10 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200016
16. MOROSINI MVGC, CORBO ADA, organizadores. **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.
17. FARIA HP, Coelho IB, WERNECK MAF, SANTOS MA. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília : Ministério da Saúde, 2010: 242 . (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS: 1).
19. SAMPAIO RF, LUZ MT. 2009. **Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde.** *Cad. Saúde Pública.* [periódico na internet]. 2009 Mar [acessado 2014 Fev 13]; 25 (3): [cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300002&script=sci_arttext
20. ALVES VS. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface* [periódico na internet]. 2005 Set-Fev [acessado 2014 Fev 14]; 9 (16): [cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_arttext

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do material empírico usado para o entendimento das questões propostas neste estudo revelou algumas das percepções e experiências vivenciadas pelos participantes pós-capacitação, a partir da interpretação das narrativas transcritas nos textos dos grupos focais e da observação não participante. Os temas trabalhados nos grupos estavam relacionados à realidade cotidiana de trabalho, conhecimento das políticas públicas, conceitos de rede e potência da CIF para a mudança do modelo assistencial no campo.

O panorama trazido à tona por meio da narrativa dos trabalhadores da Rede de Reabilitação SUS/BH foi analisado e discutido a partir de três eixos temáticos que apontaram não apenas para a real necessidade da reorientação do modelo assistencial em busca de uma verdadeira rede de assistência, mas também sinaliza para questões importantes que precisam ser solucionadas. O norte sugerido apresenta algumas convergências entre os eixos temáticos: a melhoria da comunicação, seja ela entre trabalhadores e serviços nos diferentes níveis de atenção, entre as políticas propostas e a realidade de trabalho, ou ainda entre a realidade de trabalho e o próprio modelo assistencial. O conhecimento e a apropriação das políticas públicas de saúde vigentes no país e o modelo de funcionalidade da OMS, ratificado pelo MS, também se constituem como estratégias valiosas para alcançar o objetivo. Nesse sentido, a reabilitação ancorada no modelo biopsicossocial pode representar um promissor espaço de implementação de novas práticas e combinações tecnológicas que incorpore noções de deficiência e limitações funcionais como responsabilidade social e direito à saúde.

FIGURA 3 - Diagrama – Síntese dos Resultados



Com relação à **realidade de trabalho**, características como a infraestrutura física dos locais e a rotatividade de profissionais envolvidos no cuidado emergiram como barreiras para a concretização do modelo assistencial. A motivação e a disposição para o trabalho não são suficientes para efetivar o cuidado integral. É indispensável que haja condições concretas para tal. A prática, então, parece ser limitada pelo espaço físico restrito. Com isso, mecanismos que propiciam o encontro, por exemplo as diversas formas de reuniões, podem ser prejudicados. Esses encontros se constituem como estratégias importantes de comunicação, essencial para que ferramentas básicas do processo de trabalho, como o compartilhamento de casos e o projeto terapêutico singular⁸, edifiquem-se. Somado a isto, parece ser de grande importância, a mínima garantia de permanência dos profissionais de saúde nos serviços, de forma a possibilitar que eles possam avançar no conhecimento do modelo assistencial e consolidar o processo de reorientação desse modelo. A mudança constante na composição das equipes faz com que haja uma quebra, uma desaceleração e, muitas vezes, um retrocesso no andamento das ações.

Quanto ao **conhecimento das políticas públicas**, o alcance dessa capacitação foi limitado no que se refere à sensibilização dos trabalhadores para a importância desse conhecimento na modulação de suas práticas. Mesmo reconhecendo que os conteúdos trabalhados nos encontros presenciais foram determinantes para iniciar uma mudança em sua compreensão e conduta no fazer diário e que, em sua maioria, esses conteúdos envolviam diretamente as políticas públicas, pode ser notado um distanciamento do trabalhador com relação a essas políticas e a noção de que estas ainda são temática para os gestores. Deve-se ter em mente que “políticas de saúde se materializam nos serviços, mediante as ações de atores sociais e

⁸ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas (CARTILHA NASF,2009).

suas práticas cotidianas”(ALVES, 2005), e ainda que conhecer os preceitos que envolvem a idealização, os objetivos e a organização de todo um sistema complexo de saúde favorece a comunicação.

A melhora do contato entre os profissionais dos diferentes serviços que compõem a Rede de Reabilitação e a possibilidade concreta da organização do acesso ao cuidado por meio do protocolo de acolhimento (PLPR) são produtos importantes da capacitação, que não só aprimoram a comunicação, como também contribuem para o delineamento do novo **Modelo Assistencial**, que se propõe a funcionar em rede. Essa integração é muito importante para o estabelecimento da rede de reabilitação, mas é apenas um dos aspectos dessa produção, que não pode se restringir à articulação de serviços. Embora o protocolo criado coletivamente e baseado em informações funcionais tenha sido apontado como uma ferramenta chave para a consolidação da abordagem biopsicossocial do usuário, contemplando a doutrina da Integralidade, entraves para sua operacionalização foram identificados. No que diz respeito às condições de trabalho, problemas na estrutura, como a não informatização do protocolo, parecem dificultar o avanço na difusão e utilização do serviço. O distanciamento dos trabalhadores em relação às políticas públicas voltadas para a área também pode ser apontado como um dos obstáculos, uma vez que muitos dos trabalhadores dos serviços receberam essa proposta com certa resistência, parecendo não compreender que ela atende a uma resolução do MS.

Nesse sentido, a rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da atenção ao usuário desse serviço precisa contar com uma infraestrutura de trabalho e profissionais motivados, que conheçam as políticas que regem seu trabalho e que possam verdadeiramente repensar e modificar seus modos de fazer. Numa perspectiva de rede como algo dinâmico e inacabado, desenvolvida sem a pretensão de tornar os nós e as distâncias iguais e os fluxos com a mesma intensidade, trabalhar em rede pressupõe lidar com

a incerteza, o conflito e a contradição. Não há trabalho pronto na produção de redes (BRASIL, 2010b). Portanto, além da necessidade de mudança na formação do trabalhador no que se refere ao conhecimento das políticas de saúde, é necessário que estratégias sejam estabelecidas para o desenvolvimento de habilidades que possibilitem a adequada atuação desses profissionais.

Diante disso, é importante refletir como a própria educação permanente, no caso, a capacitação, modifica dinamicamente a rede de assistência. Todo o esforço para a qualificação de unidades (nós) altera outros nós e a relação entre eles (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b). Assim, o fato de reorganizar a rede de serviços em reabilitação trará reflexos para outros nós que compõem o sistema como um todo. As dificuldades de mudanças, então, são previsíveis dentro desse conceito de rede. De todo modo, é possível que haja um descompasso entre a transformação na forma de pensar e aquelas necessárias ao cotidiano do trabalho, considerando-se as complexas relações que necessitam ser estabelecidas entre os diferentes atores com suas diferentes formações: gestores, profissionais da ESF, todas as categorias profissionais do NASF e os usuários. Nessa perspectiva, a Rede de Reabilitação encontra um desafio duplo: estabelecer-se como Rede de forma coesa, como um grupo especializado, sem perder de vista a sua dispersão como apoiador, e ainda inserir-se de forma eficiente e resolutiva na Rede de Atenção à Saúde como um todo. Além disso, precisa pensar seus indicadores a partir de parâmetros da saúde coletiva sem perder seu foco, que é a funcionalidade humana.

Em síntese, uma boa estrutura e motivação para o trabalho, o conhecimento das políticas de saúde e a reflexão sobre os modos de fazer contribuem para uma melhor comunicação entre os atores da assistência à saúde e podem conduzir para a formação de uma real, dinâmica e propositalmente inacabada rede de reabilitação, tendo como maior beneficiado o usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, L.M.F.; ROCHA, H.M. Fatores organizacionais que geram insatisfação no servidor público e comprometem a qualidade dos serviços prestados. In: **SEGET - SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA**, VII, 2010, Resende/RJ. p. 1-15.

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** [periódico na internet]. 2005 Set-Fev [acessado 2014 Fev 14]; 9 (16): [cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100004&script=sci_arttext.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70.ed. Lisboa; LDA, 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde – SMSA. Coordenação de Reabilitação. Gerência de Assistência. Gerência de Projetos Especiais. 2º Seminário da atenção básica do SUS-BH. **Projeto Piloto: Reorientação do modelo assistencial de reabilitação do SUS/BH**. Coordenação de Reabilitação, Gerência de Assistência e Gerência de Projetos Especiais, 18 de julho de 2011. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/cib. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2007a. 232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. 24 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 49. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 15 set. 2013.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002.** Determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema objeto da Política ora aprovada, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012.** Que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF seja utilizada no Sistema Único de Saúde, inclusive na Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012c.** Resolve Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **D.O.U,** Brasília, n.112, seção 1, p,59, quinta-feira, 13 de junho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde:** planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica:** programa de saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ato Portaria n.198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras

providências. Brasília: Ministério da Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 49. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 34 p, (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_norteador_cronicas.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília : CONASS, 2007b.232 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2013.

CARDOSO, L. G.R. A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Brasília, 2004. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/almeidalgrm.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

CUTOLO, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **ACM arq. catarin. med.** v.35, n.4, p.16-24. Out./dez. 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 2.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

FARIA, H.P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

GATTI, B.A. Formação de grupos e redes de intercâmbio em pesquisa educacional: dialogia e qualidade. **Rev. Bras. Educ**, n.30, 2005, p. 124-132. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n30/a10n30.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLAFSHANI, N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative research. **The Qualitative Report**, n. 8, supl. 4, p. 597-607, 2003.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher ea criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 191-199, 2010. Disponível em:<www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/846/809>. Acesso em: 15 set. 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

MENEGAZ, J.C.; LEOPARDI, M.T.; BACKES, V.M.S. Políticas públicas de saúde: aspectos do conhecimento de graduandos em enfermagem e medicina. **Sau. & Transf. Soc.** v.3, n. 3, p.69-76.2012.

MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. 192p.

MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007.

NASCIMENTO, M.C. *et al.* A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev. bras. Fisioter**, v. 10, n.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000200016 . Acesso em: 15 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA - OMS. **CIF**:Classificação Internacional de Funcionalidade,Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora Edusp, 2003.326p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.

PEREIRA, S. O. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS**: elementos para um debate sobre integralidade. 2009. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2009. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10898/1/22222222.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

RAMOS, M.N. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. **Trab. educ. saúde (Online)** .v. 1,n.1,p.93-114.2003.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.475-483, mar.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/02.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

SAMPAIO, R.F.; FERREIRA, F.R.; SOUZA, M.A.P. **Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS** - Belo Horizonte. Belo Horizonte: 2013. (Caderno de Apoio).

SAMPAIO, R.F.; FERREIRA, F.R.; SOUZA, M.A.P. **Reorientação do Modelo Assistencial da Rede de Reabilitação SUS**: relatório final. Belo Horizonte, 2012.

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.**v.9, n.2, p.389-401, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>>. Acesso em: 15 set. 2013.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G. C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>>. Acesso em: 15 set. 2013.

SOUZA, L. A.; MANCUSSI e FARO, A.C. História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na revisão de literatura. **Enferm. glob.**, v.10, n.24, 2011. Disponível em: <<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/25571/3/Hist%C3%B3ria%20da%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20no%20Brasil,%20no%20mundo%20e%20o%20papel%20da%20enfermagem%20neste%20contexto,%20reflex%C3%B5es%20e%20tend%C3%Aancias%20com%20base%20na%20revis%C3%A3o%20de%20literatura.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2013.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH.

Pesquisador: Rosana Ferreira Sampaio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14142513.9.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.328

Data da Relatoria: 18/09/2013

Apresentação do Projeto:

Parte-se do pressuposto que a capacitação de trabalhadores de reabilitação contribuiu para a articulação entre os diferentes níveis da reabilitação no município de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de caso qualitativo que será realizado com 62 trabalhadores, entre eles: coordenadores de Reabilitação, Gerência de Assistência e Gerência de Projetos Especiais da SMSA-BH, que participaram diretamente do curso para Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação e os demais trabalhadores que foram treinados por estes multiplicadores. Esse curso de capacitação foi realizado entre dezembro de 2011 a novembro de 2012 tendo como eixos orientadores o modelo de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) adotado pela OMS, a legislação vigente e a perspectiva de organização dos serviços de saúde em rede. A coleta de dados será realizada por meio de análise documental, observação, entrevistas e grupos focais. Os roteiros de entrevista e dos grupos focais encontram-se em anexo. As entrevistas serão gravadas e os grupos focais serão filmados e gravados para análise posterior. Para a análise da informação será empregada a técnica da análise do discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever e analisar o processo de reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS/BH,

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 309.328

que teve com eixos orientadores o modelo de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) adotado pela OMS, a legislação vigente e a perspectiva de organização dos serviços de saúde em rede, sob a ótica de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário: - Conhecer os equipamentos de reabilitação disponíveis no município de Belo Horizonte e como se organizam; - Investigar as políticas públicas que influenciaram o SUS/BH na reabilitação; - Identificar os conceitos de Rede que embasam a trajetória da Reabilitação em Belo Horizonte; - Identificar como o modelo da CIF esta sendo utilizado e suas contribuições para a prática clínica e o relacionamento entre os profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considera que o estudo não acarretará nenhum tipo de risco pela participação na pesquisa, além daqueles presentes no dia a dia das pessoas. Entretanto, há de se considerar riscos de constrangimento mesmo que mínimos advindos da entrevista e das filmagens, além de que haverá exposição dos participantes durante o grupo focal. Enquanto benefícios informa não haver benefício direto aos participantes, espera-se que haja uma contribuição para uma Rede de Reabilitação do SUS/BH mais efetiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é viável, está escrita de forma clara e há coerência entre o objeto em estudo e a metodologia escolhida, com cronograma de desenvolvimento coerente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente assinada; apresenta termo de compromisso assinado pelas pesquisadoras; há carta de anuência da coordenação da reabilitação da PBH, que é informada como co-participante; parecer consubstanciado aprovado em Assembleia Departamental de Fisioterapia - EEEFTO - UFMG; apresenta 02 TCLEs - um para entrevista e outro para o grupo focal com as informações devidas. Pedido de emenda justificada por O campo de preenchimento da Instituição Coparticipante estava incorreto, portanto, foi modificado corretamente.

Recomendações:

Foram acrescentadas as informações no TCLE referentes a:

- 1.Foram acrescentados os riscos sugeridos com possíveis formas de minimiza-los.
- 2.Foram anexados os dois TCLEs (Grupo Focal e Entrevista) modificados segundo as recomendações do parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 30065
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 399.138

- Foi informado sobre possíveis riscos de constrangimento e formas de minimizá-los;
- Foi garantido por escrito que as filmagens serão vistas apenas pelos pesquisadores, que não haverá exposição de imagens e que tanto as entrevistas quanto as filmagens ficarão sobre a guarda dos pesquisadores e que serão destruídas após 5 anos;
- Foi esclarecido que além de não receber pagamento, não haverá despesas para o participante;
- Foi retirado o espaço para assinatura de testemunha na última página do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação da emenda ao projeto "Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH." da pesquisadora Rosana Ferreira Sampaio ea orientanda Maria Angélica Alves

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

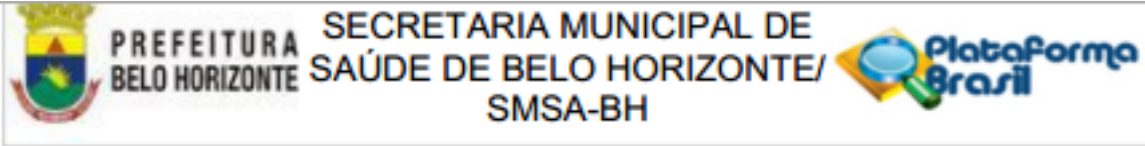
Aprovada emenda conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 18 de Setembro de 2013

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 3005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE – SMSA/ BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH.

Pesquisador: Rosana Ferreira Sampaio

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14142513.9.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 408.479

Data da Relatoria: 24/09/2013

Apresentação do Projeto:

Neste estudo será utilizada abordagem qualitativa de pesquisa. Trata-se de um estudo de caso, que procurará esclarecer o motivo pelo qual uma decisão ou um conjunto de decisões foram tomadas, como foram implementadas e quais os resultados foram alcançados. A amostra

será constituída pelos 62 trabalhadores de Reabilitação do SUS/BH, que participaram da capacitação realizada durante o período de março a novembro de 2012, e os demais trabalhadores que participaram individualmente do processo através dos multiplicadores. As técnicas metodológicas utilizadas para a coleta dos dados serão: 1) observação; 2) entrevista semi-estruturada que consiste da fala livre do informante sobre o tema proposto, limitado, contudo, por um roteiro de questões a serem abordadas; 3) grupo focal; 4) análise documental. As técnicas de entrevista e grupo focal proporcionam dados subjetivos os quais refletem diretamente as atitudes, valores e opiniões do indivíduo entrevistado. O método de amostragem será por conveniência o que envolve a seleção de elementos que estejam disponíveis para participarem do estudo e que possam oferecer as informações necessárias. O número de participantes será definido pelo princípio da saturação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo

Endereço: Av. Afonso Pena, 2335 - 9º andar

Bairro: Funcionários

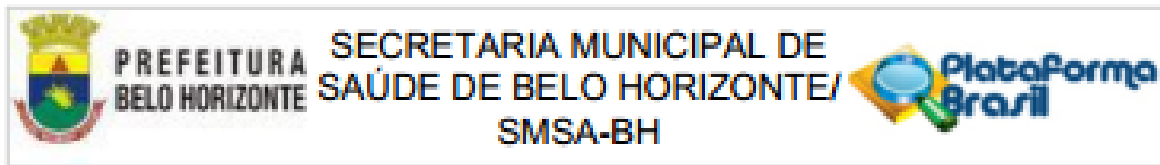
CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 408.479

considerado relevante persistir na coleta de dado (Turato,2005).

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A capacitação de trabalhadores de reabilitação contribuiu para a articulação entre os diferentes níveis da reabilitação no município de Belo Horizonte.

Objetivo Primário:

Descrever e analisar o processo de reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS/BH, que teve com eixos orientadores o modelo de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) adotado pela OMS, a legislação vigente e a perspectiva de organização dos serviços de saúde em rede, sob a ótica de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

Conhecer os equipamentos de reabilitação disponíveis no município de Belo Horizonte e como se organizam; Investigar as políticas públicas que influenciaram o SUS/BH na reabilitação; Identificar os conceitos de Rede que embasam a trajetória da Reabilitação em Belo Horizonte; Identificar como o modelo da CIF esta sendo utilizado e suas contribuições para a prática clínica e o relacionamento entre os profissionais de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

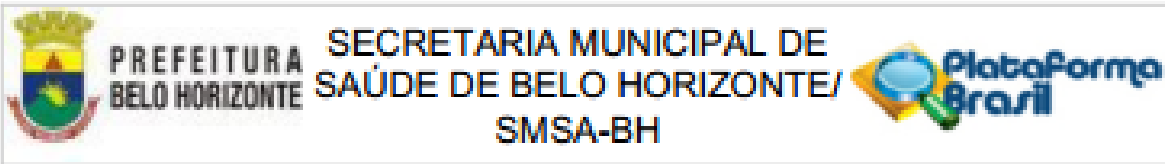
Segundo a Pesquisadora a realização da presente proposta não implicará em nenhum tipo de risco pela participação na pesquisa, além daqueles presentes no dia a dia das pessoas. Os participantes podem se sentir cansados e terão o direito de interromper para intervalos. Pode também haver constrangimento em relação à alguma pergunta ou discussão do tema no decorrer do grupo, para isso o participante poderá pedir para desligar e interromper a filmagem sem que haja qualquer tipo de dano. Ao final do grupo e da entrevista haverá um momento para fazermos as considerações finais para esclarecimento de possíveis dúvidas em relação ao projeto, que tenha ficado sem explicação.

Benefícios:

Segundo a Pesquisadora os possíveis benefícios com a pesquisa serão indiretos, podendo contribuir para uma Rede de Reabilitação do SUS/BH mais efetiva.

NO ENTANTO, NO TCLE EDITADO EM 26/09/2013 PELA PESQUISADORA, A MESMA AFIRMA QUE <DURANTE A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA SITUAÇÕES INESPERADAS PODEM OCORRER E GERAR CONSTRANGIMENTOS. PARA MINIMIZAR ESTE TIPO DE RISCO, AS ENTREVISTAS SERÃO REALIZADAS EM LOCAL RESERVADO. ALÉM DISSO, SERÁ ESCLARECIDO SOBRE O FATO DE

Endereço: Av. Afonso Pena, 2536 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.136-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coop@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 408/179

QUALQUER MOMENTO QUE QUISE OU SE SENTIR DESCONFORTÁVEL POR QUALQUER MOTIVO. AO FINAL DA ENTREVISTA VOCÊ PODERÁ FAZER MODIFICAÇÕES CASO JULGUE NECESSÁRIO. A ENTREVISTA SERÁ REALIZADA EM AMBIENTE RESERVADO ONDE SOMENTE O PARTICIPANTE E O ENTREVISTADOR TERÃO ACESSO>.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta ora analisada é factível, sendo viável a sua realização. A proposta se encontra apresentada de forma objetiva, estando claro os objetivos pretendidos, estando em consonância com a metodologia escolhida. O cronograma apresenta prazos compatíveis com as diversas etapas, sendo que a coleta de dados só deverá ser iniciada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte a partir da aprovação da presente Proposta por este Comitê da SMSA/PBH-BH.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Rosana Ferreira Sampaio, pelo representante da Instituição proponente foram devidamente apresentadas.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa. Foram apresentados os questionários a serem aplicados na pesquisa.

Recomendações:

A formalização da obtenção do consentimento livre e esclarecido deverá ser efetuada por meio dos modelos de TCLE's anexados à PB em 27/09/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não encontrando objeções éticas, recomendo a aprovação do projeto Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH.

Situação do Parecer:

Aprovado

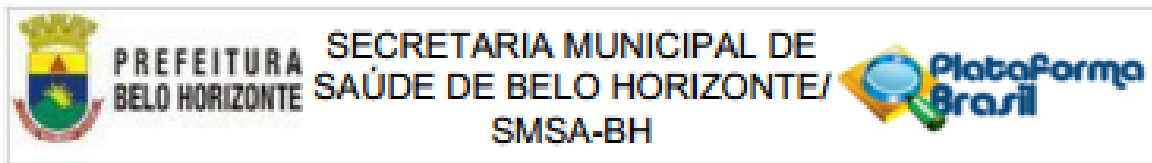
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

Endereço: Av. Afonso Pena, 2338 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 408.479

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.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 27 de Setembro de 2013

Assinador por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 3338 - 9º andar
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de discussão do Grupo Focal

Projeto de Pesquisa da *aluna Maria Angélica Alves* do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação das Prof.^a Dra. Rosana Ferreira Sampaio e Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira.

Pesquisa: Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH.

Objetivos

1. Descrever e analisar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores participantes (diretos e indiretos) na implantação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) no município de Belo Horizonte.
 - a. Identificar os principais problemas que afetam a reabilitação em Belo Horizonte.
 - b. Analisar as influências das políticas públicas no processo de trabalho.
 - c. Identificar as percepções e impressões dos trabalhadores sobre as dificuldades de integração dos equipamentos existentes no município envolvendo conceitos sobre rede de assistência.
 - d. Constatar as perspectivas dos trabalhadores em relação à concepção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), enquanto organizador do processo de trabalho e auxiliador no enfrentamento dos problemas da reabilitação.

Temas/Perguntas	Tempo
<p>Realidade do Trabalho</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1. Apresentação nome, profissão, tempo de formação, expectativa em relação à participação no grupo focal. 2. O que vocês destacariam como o que mais gostam em seu trabalho 3. O que vocês destacariam como avanço em seu trabalho nos últimos anos? 	15'
<p>Conhecimento das políticas públicas que influenciam a área da Reabilitação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vocês conhecem as políticas públicas que influenciam a área da Reabilitação? 2. Vocês saberiam nomeá-las? 3. Essas políticas que vocês citaram tem impacto no trabalho de vocês? 	15'
<p>Conceitos de Rede Integrada de Assistência e a Rede Municipal de Reabilitação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O que é uma rede integrada de assistência? 2. Como se dá a Rede de Reabilitação em Belo Horizonte? 3. Quais são as potencialidades e dificuldades encontradas no processo de construção diária dessa rede? 	20'
<p>Capacitação para implantação da CIF em Belo Horizonte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a importância da sua atuação para essas mudanças? 2. Qual o alcance e as limitações do Modelo teórico da CIF para os serviços de Reabilitação? 3. Como você avalia a implementação do PLPR para a construção da Rede de Reabilitação em Belo Horizonte? 	30'
<p>Compreensão sobre a CIF e sua potencialidade de inovar a prática da</p>	15'

<p>Reabilitação</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De que maneira você acha possível a CIF contribuir para mudanças no Modelo Assistencial de Reabilitação? 2. De que maneira a capacitação de Reorientação do Modelo Assistencial para os profissionais da rede de Reabilitação do SUS/BH, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde(CIF) trouxe mudanças para o seu trabalho? 	
<p>Fechamento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gostariam de acrescentar ou retirar algo que seja importante para vocês? 	15'

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo Focal

No _____

Investigador: Maria Angélica Alves

Orientadoras: Prof^a. Dra. Rosana Ferreira Sampaio
Dra. Fabiane Ribeiro Ferreira

Projeto de Pesquisa: Reabilitação em rede na perspectiva do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): desafios para um grupo de trabalhadores de reabilitação do SUS/BH.

Informações

O sr (a) está sendo convidado a participar de um Projeto de Pesquisa a ser desenvolvido na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, para investigar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores participantes (diretos e indiretos) na reorientação do Modelo Assistencial na Rede de Reabilitação do município de Belo Horizonte.

Detalhamento do Estudo

O estudo tem como objetivo descrever e analisar o processo de reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação do SUS/BH sob a ótica de seus trabalhadores. Este processo ocorreu por meio de um curso de capacitação realizado de dezembro de 2011 a novembro de 2012 tendo como eixos orientadores o modelo de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) adotado pela OMS, a legislação vigente e a perspectiva de organização dos serviços de saúde em rede.

O sr (a) está sendo convidado a participar do estudo por ser um trabalhador/ra da rede de Reabilitação do SUS/BH, que participou direta ou indiretamente da referida capacitação.

Descrição do estudo

O sr (a) irá participar de uma entrevista em grupo denominada grupo focal. Durante esta atividade, será respeitado o seu direito de opinar e dialogar com os demais participantes sobre o tema proposto. O grupo terá a duração prevista de 1 a 2 horas, podendo ser estendido caso seja do interesse dos participantes. Esta atividade será gravada e filmada para análise posterior.

Riscos

Durante a realização dos grupos focais situações inesperadas podem ocorrer e gerar constrangimentos. Para minimizar este tipo de risco, os grupos focais serão realizados em local reservado. Além disso, será esclarecido sobre o fato de poder interromper a qualquer momento que quiser ou se sentir desconfortável por qualquer motivo. Ao final do grupo você poderá fazer modificações em seu depoimento caso julgue necessário. Os grupos focais serão realizados em ambiente reservado onde somente os participantes e os mediadores do grupo terão acesso.

Benefícios

Embora as informações resultantes deste estudo não ofereçam nenhum benefício direto a você, os resultados poderão contribuir para uma Rede de Reabilitação do SUS mais efetiva.

Confidencialidade

As informações produzidas pelos grupos focais serão analisadas pela técnica de análise de conteúdo dividida em três etapas: 1) pré-análise (leitura e releitura da informação); 2) exploração do material (organização do material em unidades temáticas) e 3) tratamento dos resultados obtidos.

A pesquisa resultará em Dissertação de mestrado e será disponibilizada na página web do Curso de Pós-Graduação Ciências da Reabilitação e na biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Será enviada uma cópia dos resultados para o gestor de

nível central que disponibilizará para os profissionais participantes da pesquisa. Será elaborado, no mínimo, um artigo científico com a pesquisa.

As gravações de voz, de imagens e dados coletados se destinarão única e exclusivamente para os fins de pesquisa. Todos os dados e materiais deste estudo relativo aos participantes serão estritamente confidenciais e serão guardados no Departamento de Fisioterapia (FIT) da Universidade Federal de Minas Gerais e descartados após 5 anos da conclusão do estudo. Os voluntários deste estudo serão mencionados apenas por números em qualquer publicação ou material que possa resultar desta pesquisa.

Natureza voluntária do estudo, liberdade para se retirar.

A sua participação é voluntária e o sr (a) tem o direito de não participar do grupo ou interromper sua participação a qualquer momento, sem prejuízo para sua pessoa.

Pagamento

O sr (a) não receberá nenhuma forma de pagamento por participar desse estudo e não haverá nenhuma despesa para você que irá participar.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu li e entendi toda a informação dada sobre este estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem utilizada, satisfatoriamente clara. Eu tive tempo suficiente para considerar a informação acima e tive oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e tenho direito de agora ou mais tarde discutir qualquer dúvida que eu venha a ter com relação à pesquisa.

Pesquisadores responsáveis:

Dra. Rosana Ferreira Sampaio- 3409 7401

Maria Angélica Alves- 92550050

- **COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COEP/UFMG**

Av. Antônio Carlos, 662 Unidade Administrativa II – 2º andar- Sala 2005 Campus Pampulha

Belo Horizonte MH-Brasil Cep. 31 270-901 Fone: (31) 3409-4592

- **CEP COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Rua Frederico Bracher Júnior,103, 3º andar Funcionários - Belo Horizonte - MG.

CEP: 30.720-00 0 Telefone: 3277-5309

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que concordo em participar do grupo focal.

Assinatura do participante

Data

DECLARAÇÃO DO INVESTIGADOR

Eu, ou um dos meus colegas, cuidadosamente explicamos ao participante a natureza do estudo descrito anteriormente. Eu certifico que, salvo melhor juízo, o participante entendeu claramente a natureza, benefícios e riscos envolvidos neste estudo.

Assinatura do Investigador _____

Data ___/___/___

APÊNDICE C – FICHA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Reorientação do Modelo Assistencial de Reabilitação com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), na prática cotidiana dos profissionais e na construção da rede de reabilitação em Belo Horizonte.

FICHA DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Código do participante: _____

1. Data de Preenchimento: ___/___/___
2. Nome:
3. Data de nascimento: ___/___/___
4. Idade: _____ anos
5. Sexo:
6. Naturalidade:
7. Estado Civil:
8. Escolaridade:
9. Situação ocupacional atual:
10. Ano de conclusão do curso de graduação:
11. Escola em que concluiu o curso de graduação:
12. Cursos de formação na área da Saúde Pública: S ___ N___ Quais?
13. Tempo de experiência na PBH:
14. Local de trabalho:
15. Função que exerce atualmente:
16. Vínculo de trabalho na PBH: Contrato___ Efetivo___