

**Sandra Minardi Mitre**

**AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA  
REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM  
REABILITAÇÃO DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)**

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

**Belo Horizonte- MG**

**2011**

**Sandra Minardi Mitre**

**AVANÇOS E OS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA  
REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM  
REABILITAÇÃO DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (MG)**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas de Saúde e Planejamento.**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade**

**Belo Horizonte – MG**

**M684a**      **Mitre, Sandra Minardi**  
**O acolhimento na reabilitação [manuscrito]: um estudo dos centros de referência em reabilitação do Sistema Único de Saúde do Município de Belo Horizonte – MG./ Sandra Minardi Mitre**  
**- - Belo Horizonte: 2011.**  
**246p.: II.**  
**Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade**  
**Área de Concentração: Saúde Pública**  
**Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina**

**1. Acolhimento. 2. Reabilitação. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Avaliação de Serviços de Saúde. Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título**

**NLM:WA 540**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS****Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

**Vice-Reitora**

Profª. Rocksane de Carvalho Norton

**Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

**Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima dos Santos

**FACULDADE DE MEDICINA****Diretor**

Prof. Francisco José Penna

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Profª. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA****Coordenadora**

Profª Mariângela Leal Cherchiglia

**Subcoordenador**

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

**Colegiado**

Profª. Ada Ávila Assunção

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profª. Mariângela Leal Cherchiglia

Profª. Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Profª. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª. Waleska Teixeira Caiaffa

Aline Dayrell Ferreira

Graziella Lage Oliveira

Orozimbo Henriques Campos Neto

Gustavo Laine Araujo de Oliveira



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fonc: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de SANDRA MINARDI MITRE número de registro 2009655596. Às quatorze horas do dia vinte e cinco de fevereiro de dois mil e onze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Eli lola Gurgel de Andrade, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Eli lola Gurgel de Andrade/ Orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Andréa Maria Silveira	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Marcella Guimarães Assis Tirado	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de fevereiro de 2011.

Profa. Eli lola Gurgel de Andrade Eli lola Gurgel de Andrade

Profa. Andréa Maria Silveira Andréa Maria Silveira

Profa. Marcella Guimarães Assis Tirado Marcella G. Assis Tirado

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia/ Coordenadora Mariângela Leal Cherchiglia

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia  
Coordenadora do Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina - UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação



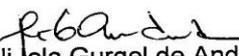
FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

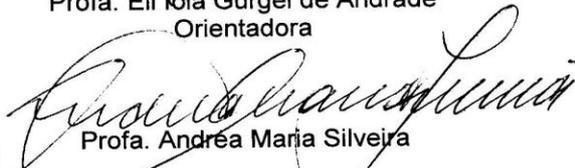
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



**DECLARAÇÃO**

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores :Eli Iola Gurgel de Andrade, Andréa Maria Silveira, Marcella Guimarães Assis Tirado, aprovou a defesa de dissertação intitulada **“AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA REABILITAÇÃO: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE – MG”**, apresentada pela aluna **SANDRA MINARDI MITRE** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 25 de fevereiro de 2011.

  
Profa. Eli Iola Gurgel de Andrade  
Orientadora

  
Profa. Andréa Maria Silveira

  
Profa. Marcella Guimarães Assis Tirado

## **DEDICATÓRIA**

**À minha família, pelo apoio e valores ensinados, e por acreditarem  
nos meus sonhos e objetivos, mesmo se o caminho for árduo...**

**Especialmente, à minha irmã Rosângela Minardi Mitre Cotta, pelo carinho,  
apoio e ensinamentos no meu percurso acadêmico e na vida.**

**À Profa. Eli Iola Gurgel Andrade pelas valiosas orientações e pelo acolhimento.**

**As pessoas que em algum momento foram acolhidas pela reabilitação  
e aos seus profissionais – acolhedores, que constroem um  
Sistema Único de Saúde – SUS - inclusivo e humanizado!**

## AGRADECIMENTOS

*Sonho que se sonha só, não passa de um sonho.  
Sonho que se sonha em conjunto pode se tornar  
realidade!*

*Paulo Freire*

Agradeço a **Deus** pela força, luz e inspirações durante o meu caminhar nesta jornada...

A minha **mãe Oneida** e ao meu **pai José** (*in memoriam*) pelo exemplo de perseverança, amor, esforço, honestidade e luta! Obrigada!

Aos meus irmãos, em especial **Beatriz, Eduardo, Elizabeth, Patrícia e Rosangela** pelo apoio, compreensão, solidariedade e estímulos, por compartilharem comigo os momentos de dificuldades e alegrias!

Aos meus **queridíssimos sobrinhos** pelas alegrias no dia a dia de nossas vidas!

A **Prof<sup>ª</sup>. Mariângela Leal Cherchiglia**, coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e a **Prof<sup>ª</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade** pelo apoio, confiança e por acreditarem neste projeto!

Ao **Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**, instituição de relevância no cenário nacional. Obrigada pela oportunidade e enriquecimento na minha formação acadêmica e humana!

As professoras **Andrea Maria Silveira** e **Marcella Guimarães Assis Tirado** pela apreciação e valiosas contribuições neste trabalho.

Ao **Dr. Wagner Eduardo Ferreira**, Secretário Adjunto da Secretaria de Estado de Minas Gerais e ex-presidente da Fundação Educacional Lucas Machado – FELUMA e ao **Prof. Carlos Henrique Mudado Maletta** pelo apoio inestimável.

Ao **Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira**, Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte, e demais gerencias e coordenações, especialmente a **Janete dos Reis Coimbra, Maria Luisa Tostes e Sonia Gesteiro de Matos** pela receptividade e apoio, fundamentais no desenvolvimento deste projeto.

As gerencias e coordenações dos Centros de Referência em Reabilitação (CRR) da Rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, em especial a **Cláudia Ribeiro de Castro Sêda, Leila Maria Ferreira, Luiza Oliveira Lignani, Maria Aparecida Teles Brandão Rodrigues e Maria de Fátima Pereira Batista** por acolherem este projeto e possibilitarem a entrada no campo de pesquisa.

Aos **profissionais dos CRR** da Rede SUS/BH e seus **usuários**, que abriram o coração e se dispuseram a participar deste estudo.

Ao **corpo docente e discente da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais**, sobretudo a Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional, **Prof<sup>a</sup>. Adriana S. Nasser** e a secretaria da FELUMA, **Sonia Aparecida Silva Almeida**, pelo apoio durante este caminhar.

**As pessoas** que em algum momento tornaram meu caminho mais colorido, me acompanharam, choraram, riram, sentiram, participaram, aconselharam, dividiram... sorrisos, palavras e ausências, expressões de um amor profundo - **Obrigada!**

*NÃO SEI**CORA CORALINA*

*Não sei se a vida é longa demais para nos,  
Mas sei que nada que vivemos tem sentido  
se não tocarmos o coração das pessoas.*

*Muitas vezes, basta ser: colo que acolhe,  
braço que envolve,  
palavra que conforta, silêncio que respeita,  
alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia,  
desejo que sacia, amor que promove.*

*E isto não é coisa de outro mundo...*

*É o que dá sentido a vida.*

*É o que faz que ela não seja curta demais,  
mas que seja intensa, verdadeira e pura,  
enquanto durar*

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico, a urbanização e industrialização com a emergência de novos problemas e aumento das morbidades por causas externas, somados a evolução dos cuidados tecnológicos têm colocado em evidência a reabilitação no contexto da saúde pública. Historicamente, os serviços de reabilitação no Brasil, se caracterizaram pela baixa cobertura e resolubilidade. A luz das inovações propostas pela Reforma Sanitária brasileira iniciou-se a reconstrução da assistência à saúde da pessoa com deficiência, com a consequente implantação de uma rede territorial de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), desde a média e alta complexidade até a atenção primária. O SUS propõe a criação e o fortalecimento de uma linha de cuidado que possa ser receptiva às demandas dos diferentes usuários, acolhendo-as e apresentando respostas resolutivas e eficazes. O acolhimento, diretriz operacional para a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), consiste em reorganizar o processo de trabalho nos serviços de saúde para dar acesso a todos que procuram, fortalecendo os princípios da universalidade, equidade e a busca da integralidade. Os Centros de Referência em Reabilitação (CRR) tornaram-se responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, e o aumento da demanda por seus serviços têm colocado em xeque o modo como suas ações são produzidas para responder as necessidades da população. O município de Belo Horizonte (BH) busca garantir o acesso humanizado aos serviços de saúde de sua rede/SUS, implementou o acolhimento desde a atenção primária em 1995 e a partir de 2005 nos seus CRR. **Objetivos:** descrever e analisar a forma como se dá o acolhimento aos usuários que demandam atendimento nos CRR da Rede SUS de BH (SUS/BH). **Métodos:** foram realizadas revisões da literatura sobre a temática do acolhimento nos diferentes níveis de complexidade do SUS, e sobre a reabilitação no Brasil. Uma pesquisa de campo sobre o acolhimento nos três CRR – SUS/BH também foi realizada, que elegeu a abordagem qualitativa como meio de apreender este fenômeno pesquisado em sua complexidade e singularidade. Para coleta de dados foram utilizados: a observação participante, análise documental, entrevistas semi-estruturadas com os usuários e grupos focais com os profissionais dos CRR- SUS/BH. A análise dos dados realizou-se por meio da Análise de Conteúdo, que compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de BH – CEP/SMSA/BH, e da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG / COEP, nº 0017.0.410.203-10. **Resultados:** Nos CRR SUS/BH estudados a implantação da diretriz do acolhimento provocou reflexões e questionamentos, suscitando a necessidade de mudanças ao ampliar a visão e governabilidade das equipes. Assim, ações inovadoras de reabilitação baseadas na integralidade foram vislumbradas no cuidado ao usuário, contudo alguns elementos têm dificultado o acolhimento nos CRR tais como: o modelo biomédico adotado; a impossibilidade de compatibilizar os fatores geográficos, econômicos e funcionais do acesso para dar prosseguimento a linha de cuidado na reabilitação pelo excesso de demanda e escassez de serviços para atender aos casos mais complexos; a ausência de um trabalho em redes integradas, tanto para o usuário

que fica peregrinando pelos serviços, quanto para os profissionais pelas dificuldades com fluxos de encaminhamento e/ou pela ausência de definições claras das atribuições específicas e possibilidades de cada equipamento de saúde que compõe a rede SUS/BH. Por outro lado, na perspectiva do usuário e dos profissionais, constatou-se que a dimensão do cuidado vem sendo absorvida nas práticas cotidianas do acolhimento nos CRR, tanto pelo seu funcionamento em horário integral, como pelas informações prontamente prestadas, além da capacidade de escuta e postura humana dos profissionais que realizam o acolhimento. As preocupações apontadas pelos profissionais dos CRR, como com o espaço físico inadequado para realização do acolhimento, atenção centrada no procedimento e não no usuário, a sobrecarga de trabalho no momento do acolhimento - como ter que informatizar os dados coletados, ao mesmo tempo em que se faz o acolhimento, associado ao excesso de demanda e a necessidade de um prontuário unificado e transdisciplinar, evidenciam que o acolhimento passa por importantes mudanças, deixando de ser apenas uma boa recepção e/ou triagem, para transformar-se em uma expressão de compromisso e busca de uma prática solidária e resolutiva. **Conclusão:** Os resultados deste estudo apontam para a importância de instrumentalizar as equipes dos CRR para intervenções inovadoras pela Educação Permanente, como também pela necessidade de criar espaços protegidos das equipes para reflexão, discussão e aprofundamento dos impasses, limites e superação do modelo biomédico a luz da integralidade na reabilitação. Há necessidade de se repensar e reconstruir os fluxos dos usuários nos diferentes níveis de complexidade do SUS de BH, facilitando, assim a integralidade e intersectorialidade para ações mais resolutivas do acolhimento na reabilitação.

**Palavras chaves:** Acolhimento; Reabilitação; Assistência Humanizada; Sistema Único de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Brasil

## ABSTRAT

**Introduction:** In Brazil, the change in the epidemiological, demographic, urbanization and industrialization with the emergence of new problems and increased morbidity due to external causes, coupled with the technological developments in care have put in evidence the rehabilitation in the context of public health. Historically, rehabilitation services in Brazil, were characterized by low coverage and resolution. The light of the innovations proposed by the Brazilian Health Reform began the reconstruction of health care to the disabled person, with the consequent establishment of a territorial network of assistance in the Unified Health System (SUS), since the medium and high complexity to primary care. The SUS proposes the creation and strengthening of a line of care that can be responsive to the demands of different patients, user embracement them and providing answers and resolving effective. The user embracement operating guideline for the National Policy of Humanization of SUS (PNH), is to reorganize the work process in health services to provide access to all that seek to strengthen the principles of universality, fairness and the pursuit of completeness. The Centers for Excellence in Rehabilitation (CRR) became responsible for actions and procedures of medium and high complexity and increased demand for its services have put in check how their actions are produced to meet the needs of the population. The municipality of Belo Horizonte (BH) seeks to guarantee access to health services humanized their network / SUS, implemented user embracement the primary in 1995, and 2005 in their CRR. **Objectives:** To describe and analyze how the user embracement is given to patients who require care in the CRR Network BH SUS (SUS / BH). **Methods:** We performed a literature review on the theme of user embracement the different levels of complexity of the SUS, and on rehabilitation in Brazil. A field survey on the user embracement in three CRR - SUS / BH was also held, which elected a qualitative approach as a means of understanding this phenomenon studied in its complexity and uniqueness. For data collection were used: participant observation, document analysis, semi-structured interviews and with patients and focus groups with professionals in CRR-SUS / BH. Data analysis was carried out through the Analysis of Content, which comprised three stages: pre-analysis, material investigation and processing of results, inference and interpretation. The project was approved by the Ethics Committee of the Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte - CEP / SMSA / BH, and the Federal University of Minas Gerais - UFMG / COEP, No 0017.0.410.203-10. **Results:** CRR SUS / BH studied the implementation the user embracement caused reflections and questions, raising the need for changes to extend the vision and governance teams. Thus, innovative actions based on comprehensive rehabilitation care have been devised to the patient, but some elements have hindered the user embracement in the CRR such as the biomedical model adopted, the impossibility of reconciling the geographical factors, economic and functional access for continuing the line of care in rehabilitation by excess demand and shortage of services to meet the more complex cases, the absence of a work in integrated networks, both for the user who is wandering the services, and for the professionals

with the difficulties of routing and flow / or the absence of clear definitions of responsibilities and possibilities of each specific health equipment comprising the network SUS / BH. Moreover, the user perspective and practitioners, it was found that the dimension of care has been absorbed in the daily practices of the user embracement in CRR, both for its operation on a full time, as the information promptly given, and the ability to listen human posture and the professionals involved in the host. The concerns raised by professionals in the CRR, as with inadequate physical space to perform the reception, attention focused on procedure and not on the patient's workload at the time of user embracement - like having to computerize the data collected at the same time that becomes the user embracement, associated with excess demand and need for a unified medical record and cross-disciplinary, evidence that the user embracement undergoes significant changes, no longer just a good reception and / or screening, to become an expression of commitment and search of a practice of solidarity, and efficient. **Conclusion:** The results of this study indicate the importance to equip the teams in the CRR for innovative interventions for Continuing Education, as well as by the need to create protected spaces of the staff for reflection, discussion and analysis of the impasses, limits and surpassing the biomedical model light completeness in rehabilitation. There is need to rethink and reconstruct the flow of patient at different levels of complexity of the SUS BH, thus facilitating the integration and intersectoral actions for resolving the user embracement in rehabilitation.

Keywords: User embracement; Rehabilitation, Single Health System; Humanization of assistance; Health Services Evaluation; Brazil

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>23</b>
. CAMPO DO ESTUDO	24
. MÉTODOS	30
. SUJEITOS	38
. ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	38
. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
<b>3. ARTIGOS DE REVISÃO .....</b>	<b>43</b>
<b>3.1. ARTIGO 1</b>	
<b>AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA OPERACIONALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RETRATO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA DO BRASIL</b>	<b>44</b>
3.1.1. RESUMO	
3.1.2. INTRODUÇÃO	46
3.1.3. MÉTODO	50
3.1.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
3.1.4.1. Acolhimento: múltiplos conceitos e dimensões	51
3.1.4.2. Perspectivas do acolhimento: a consolidação e qualificação do SUS	62
3.1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
3.1.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
<b>3.2. ARTIGO 2</b>	
<b>O ACOLHIMENTO NA MÉDIA E ALTACOMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: INCLUSÃO, ALTERIDADE E INTEGRALIDADE NA RECONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.</b>	<b>78</b>
3.2.1. RESUMO	
3.2.2. INTRODUÇÃO	79
3.2.3. MÉTODO	82
3.2.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
3.2.4.1. O acolhimento no cenário hospitalar: resgatando espaços para o cuidado humanizado	83
3.2.4.2. O acolhimento na Saúde Mental: da inclusão à reconstrução do cuidado centrado no Ser Humano	91
3.2.4.3. Acolhimento aos sujeitos em situação de vulnerabilidade: erigindo alteridade e equidade	96

3.2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
3.2.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
<b>3.3 ARTIGO 3 .</b>	
<b>A EVOLUÇÃO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	114
3.3.1. RESUMO	
3.3.2. INTRODUÇÃO	115
3.3.3. MÉTODO	118
3.3.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	119
3.3.4.1. Do assistencialismo caritativo aos Centros Reabilitação: sob a lógica do modelo biomédico	120
3.2.4.2. A Reabilitação Baseada na Comunidade: avanços, limites e desafios	126
3.2.4.3. Sistema Único de Saúde: a reabilitação como direito social	130
3.2.4.4. Inovações na reabilitação: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde	138
3.2.4.5. A intersectorialidade: importante estratégia na reabilitação	141
3.2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
3.2.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
<b>4 – ARTIGOS ORIGINAIS – PESQUISA DE CAMPO .....</b>	150
<b>4.1. ARTIGO 4 .</b>	
<b>O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE, M G: (RE)PENSANDO A PRÁXIS DESDE A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS</b>	151
4.4.1. RESUMO	
4.4.2. INTRODUÇÃO	152
4.4.3. MÉTODO	154
4.4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	156
4.4.4.1. O acolhimento sob lógica do modelo hegemônico biomédico	157
4.2.4.2. O acolhimento na construção de Modelos inovadores para a reconstrução da práxis na reabilitação	163
4.2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	168
4.2.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	170
<b>4.2. ARTIGO 5 .</b>	
<b>FACILITADORES E DIFICULTADORES DO ACOLHIMENTO NA REABILITAÇÃO: A VOZ DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS</b>	175

## **DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS, BELO HORIZONTE, MG.**

4.4.1. RESUMO	
4.4.2. INTRODUÇÃO	176
4.4.3. MÉTODO	179
4.4.4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	181
4.4.4.1. Acolhimento e acesso na perspectiva da reabilitação	181
4.4.4.2. Acesso e acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS- BH	183
4.4.4.3. O acolhimento: da interdisciplinaridade às Redes Integradas do SUS	192
4.4.4.4 Acolhimento e a mudança no processo de trabalho na reabilitação	200
4.2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	206
4.2.6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	208
<b>5- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>215</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>220</b>
<b>FLUXOGRAMAS DO ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS\BH - VALIDADOS</b>	<b>221</b>
<b>ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO (CRR) DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE - MG</b>	<b>240</b>
<b>ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO (CRR) DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE - MG</b>	<b>241</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DOS CRR</b>	<b>242</b>
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS USUÁRIOS DOS CRR</b>	<b>243</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>244</b>
<b>Folhas de aprovação - Comitês De Ética em Pesquisa com Seres Humanos:</b>	
<b>COEP - Universidade Federal De Minas Gerais &amp;</b>	<b>244</b>
<b>CEP - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG</b>	<b>245</b>
<b>CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO</b>	<b>246</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2008). No Brasil, já na década de 70, o projeto de Reforma Sanitária buscava garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde, que pudesse suprimir qualquer tipo de discriminação para formular um novo modelo de ética e de justiça social, pautado na solidariedade e em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1997).

A concepção de saúde ampliada, que considera seus vários determinantes, foi assumida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que buscou ainda transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurar a garantia do direito a saúde a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1986). Dois anos depois, a Constituição da República anunciou às garantias para sistematizar as ações e serviços de saúde, inscritas na universalidade da cobertura, equidade e integralidade da assistência; na descentralização da gestão administrativa com participação da comunidade; e na integração da rede pública de serviços num Sistema Único de Saúde. – SUS (CORDEIRO, 2004). Para Nascimento e Zioni (2010) o SUS manifesta-se como um movimento de resistência à exclusão, em defesa dos direitos universais.

O SUS, ao longo da década de 90, foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para a sua efetivação (ANDRADE, DIAS-FILHO, 2010; FAVERET FILHO, OLIVEIRA, 1990). O acesso aos serviços públicos era difícil, suas instalações e equipamentos eram insuficientes e sucateados, marcados pelas enormes filas e pelo baixo nível de qualidade e resolubilidade, herança do modelo previdenciário (COTTA, MENDES, MUNIZ, 1998; SILVA, 1995). As práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas, a imagem da assistência pública era negativa, conforme apoio da mídia, que enfatizava a eficiência e qualidade do setor privado, em detrimento ao público (MERHY, 1997; ROLLO, OLIVEIRA, 1997).

Tornou-se, portanto, emergente a necessidade de construir novos modos de produzir e de operar o trabalho em saúde no SUS, que se comprometessem com a defesa da vida e com os

direitos sociais plenos. Ao mesmo tempo, que pudessem dar resolubilidade aos problemas identificados no dia a dia do trabalho, orientados para a autonomia dos usuários e das comunidades (MERHY, 1997). Surge então, o acolhimento, que ganha o discurso de inclusão social em defesa do SUS. Um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal ao SUS, no resgate do conhecimento técnico da equipe multiprofissional, e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999; MERHY, 1997).

Destarte, a partir de 2000, o debate em torno do acolhimento se intensifica na perspectiva da humanização da saúde, anunciada na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano (BENEVIDES, PASSOS, 2005a). O relatório final desta Conferência aponta para as dificuldades enfrentadas pelo SUS e sua incompatibilidade com o modelo econômico vigente, caracterizado pelo autoritarismo, clientelismo, exclusão, dificuldade de organização social, aumento da pobreza e iniquidades sociais.

Em 2003, em clima democrático renovado, com vistas às novas políticas sociais e econômicas, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH). Uma política que afirma a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; uma diretriz que assegura o modelo de inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde; e, um princípio que impulsiona ações para disparar processos no plano das políticas públicas e transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde (SANTOS-FILHO, BARROS, GOMES, 2009).

O acolhimento, neste novo cenário, ganha o discurso oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) se configurando como uma das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS. Neste contexto, o acolhimento propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho; e mudanças estruturais na forma de gestão do serviço para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e decisões coletivas.

Ademais, o acolhimento se expressa em uma atitude de inclusão, na qual os profissionais de saúde “tomam para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas” para buscar a resolubilidade aos seus problemas de saúde (BRASIL, 2006a, p. 19).

Na perspectiva da reabilitação, no Brasil, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico, a urbanização e industrialização com a emergência de novos problemas e o aumento das morbidades por causas externas (violência e acidentes), somados a evolução dos cuidados tecnológicos, que aumenta a sobrevivência de indivíduos, têm ampliado de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação e colocado em evidência o modo como suas ações de saúde são produzidas para responder as reais demandas da população (BRASIL, 2008).

Historicamente, os serviços de reabilitação no Brasil, se caracterizaram pela baixa cobertura e resolubilidade. A assistência a saúde às pessoas com deficiência era concentrada nos centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas, excluindo grande contingente de pessoas com deficiência (CARDOSO, 2004; ALMEIDA, CAMPOS, 2002; ALMEIDA, 2000).

A luz das inovações propostas pela Reforma Sanitária brasileira iniciou-se a reconstrução da assistência à saúde da pessoa com deficiência, com a consequente implantação de uma rede territorial de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente pelo Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria n.º 827/1991, e a partir de 2002 pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, promulgada pela Portaria n.º 1.060/2002. Reformulada a cada ano, esta Política busca construir um modelo de reabilitação baseado na integralidade, centrado no usuário, articulado em redes integradas e regionalizadas, e em interface com outras políticas e setores, para além da saúde (BRASIL, 2008).

A rede de atenção a pessoa com deficiência no SUS vem sendo reconstruída desde a média e alta complexidade até a atenção primária. Assim, os Centros de Reabilitação tornaram-se responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial, além do desenvolvimento e produção de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU (2006, p.35) a reabilitação é:

Um processo que visa conseguir que as pessoas com deficiência estejam em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo a contar com meios para modificar sua própria vida e ser mais independentes. Pode abranger medidas para proporcionar ou restabelecer funções, e para compensar a perda ou a falta de uma função ou uma limitação funcional. Abrange, portanto, uma ampla variedade de medidas e atividades, desde a reabilitação mais básica e geral até as atividades de orientação específica.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p.71) a concepção de reabilitação utilizada pela Política Nacional Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência é:

Um processo de duração limitada e com objetivos definido com vistas a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e /ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vistas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais.

Entretanto, é preciso reconhecer que qualquer processo de reabilitação deve providenciar medidas que favoreçam a autonomia da pessoa com deficiência, garantindo a sua independência econômica e inclusão social. Para tal, os programas de reabilitação precisam desenvolver medidas individuais e coletivas que assegurem a esses indivíduos a possibilidade de tornarem-se independentes, o que inclui o direito a diferença e a inclusão (LISBOA, 2007).

O acolhimento, enquanto uma diretriz capaz de garantir a inclusão de todos os indivíduos nos serviços de saúde do SUS, e promover a governabilidade das equipes para o trabalho coletivo, humano e resolutivo, vem alcançando todos os níveis de complexidade (ALVES, DESLANDES, MITRE, 2009; HENNINGTON, 2005; COIMBRA, KANTORSKI, 2005; CAMPINA, ALMEIDA, 2004; MANGIA *et al.*, 2002) e chegou aos Centros de Referência em Reabilitação (VAZ *et al.*, 2005).

O município de Belo Horizonte (BH) busca garantir o acesso humanizado aos serviços de saúde de sua rede/SUS. Foi um dos primeiros municípios a implantar o acolhimento, na atenção básica, em 1995, assim, possibilitando a inclusão dos usuários nos serviços, sem o perverso mecanismo de filas ou distribuições de senhas (MALTA, MERHY, 2004; ANANIAS, 1998).

Em consonância com a PNH, a Secretaria de Saúde de BH tem ampliado esta diretriz para outros níveis de atenção; e, a partir de 2005, implantou o acolhimento nos seus três Centros de Referência em Reabilitação – CRR (BRASIL, 2006 b; VAZ *et al.*, 2005)

Assim, escutar os trabalhadores que compõem a equipe do acolhimento nos CRR da rede SUS/BH e os usuários que ali são acolhidos pode auxiliar na compreensão da especificidade desta diretriz no contexto da reabilitação, seus elementos facilitadores e dificultadores e contribuir com o seu aperfeiçoamento e com o fortalecimento da PNH.

Desta perspectiva, a aproximação com este objeto de estudo – o acolhimento nos CRR decorreu da trajetória da pesquisadora no campo da reabilitação há quase 23 anos, e por ter trabalhado em um dos CRR, onde participou da experiência de implantação do acolhimento. Essa experiência inicialmente pautada apenas em acertos e erros, visto com olhares limitantes e pela ausência de referências norteadoras na literatura sobre este tema relacionado à reabilitação, levou a alguns questionamentos que motivaram ao desenvolvimento deste projeto de pesquisa.

Algumas perguntas nortearam inicialmente o projeto: - O que teria motivado a implantação do acolhimento como diretriz da PNH no SUS? O que poderia ser feito para torná-lo mais eficiente e realmente humanizado nos CRR, que tratam de uma população tão vulnerável e sofrida, cuja demanda aumenta a cada dia? - Como a academia, a pesquisa, enfim a ciência poderia contribuir para avançar as ações da reabilitação no contexto da reabilitação? Perguntas estas que gradativamente foram sendo respondidas (e novas perguntas surgiram), durante o processo de construção deste trabalho.

Esta dissertação foi apresentada na forma de cinco artigos. Os três primeiros artigos são ensaios críticos-reflexivos subsidiados por ampla revisão de literatura, cujos enfoques foram didaticamente divididos em: o primeiro - o acolhimento na atenção primária, o segundo - acolhimento na média e alta complexidade, e o terceiro a reabilitação no contexto brasileiro. Os dois últimos artigos são frutos da pesquisa de campo, realizada nos CRR da rede SUS de BH, MG.

## **2- OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Descrever e analisar a forma como se dá o acolhimento aos usuários que demandam atendimento nos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS de Belo Horizonte (CRR - SUS/BH)

### **Objetivos Específicos**

- Descrever a dinâmica do acolhimento nos CRR - SUS/BH;
- Identificar os aspectos facilitadores e dificultadores na realização do acolhimento nos CRR - SUS/BH;
- Discutir a percepção dos profissionais sobre o acolhimento nos CRR - SUS/BH;
- Discutir a percepção dos usuários sobre o acolhimento nos CRR - SUS/BH.

## O CAMPO DO ESTUDO

### Caracterização da área

O município de Belo Horizonte (BH) foi fundado em 1897, capital de Minas Gerais, é a terceira maior cidade do Brasil, com área de 331 km<sup>2</sup>. De acordo com dados do IBGE levantados em 2010, BH possui população de 2.375.444 habitantes, sendo a 6ª cidade mais populosa do país. Já foi indicada pelo *Population Crisis Committee*, da ONU como a metrópole com a melhor qualidade de vida, na América Latina e foi considerada a 45ª entre as 100 melhores do mundo. Ocupa o 5º maior PIB entre os municípios brasileiros, o que representa 1,38% do total de riqueza produzida no Brasil (BELO HORIZONTE, 2009).

A região Metropolitana de Belo Horizonte (Figura 1), integra 34 municípios, com população de cerca de 5.397.438 habitantes, ocupam área de aproximadamente 9.400 Km<sup>2</sup>. O limite geográfico de Belo Horizonte, se faz com os municípios de Vespasiano, Santa Luzia, Ribeirão das Neves, Contagem, Sabará, Nova Lima, Brumadinho e Ibirité (BELO HORIZONTE, 2005).



**Figura 1: Mapa da Região Metropolitana de Belo Horizonte**  
**Fonte: BELO HORIZONTE, 2005, p. 2**

## **A gestão da saúde e o acolhimento na Rede SUS de Belo Horizonte**

Na perspectiva da saúde, a gestão municipal de BH, em 1993, implantou um novo modelo de atenção e de gestão. Para assumir Constituição Federal de 1988 o município implementou integralmente a proposta de descentralização das ações em saúde, dando início ao processo de municipalização da saúde (MALTA, 2001).

Segundo Ananias (1998), a construção do SUS foi prioridade, entendendo-se que para a gestão municipal da Saúde produzir resultados significativos deveria aproximar-se fisicamente da população, e ao mesmo tempo, integrar os seus vários setores sociais. Diante desta premissa, procurou-se mudar a base conceitual e operacional dos serviços de saúde do antigo modelo de atenção, privativo, oneroso e excludente para o modelo participativo e democrático.

Neste sentido, a partir de 1994 o processo de distritalização foi uma estratégia utilizada para identificar e selecionar os problemas de saúde prioritários, com base no planejamento local. Assim, BH foi dividida em nove regionais, áreas administrativa da prefeitura, que coincidem com o território de cada distrito sanitário e que englobam diferentes equipamentos<sup>1</sup> de saúde (CAMPOS, 1998).

As nove regionais (Figura 2), distritos sanitários foram: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (BELO HORIZONTE, 2005; CAMPOS, 1998).

---

<sup>1</sup> Compõem os equipamentos de saúde da Rede SUS/BH: na atenção primárias as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que contam com o Programa de Saúde da Família (PSF), as equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o programa academias da cidade e Lian Gong; na atenção a saúde mental: os Centros de Ref. em Saúde Mental (CERSAM), Serviços de Urgência Psiquiátrica Noturna; Equipes de Saúde Mental nas UBS, Centros de Convivência, Moradias protegidas, Serviços de atenção à criança e ao adolescente, Incubadora de empreendimentos econômicos e solidários (projeto associado a ONG); na atenção a saúde do trabalhador: Centro de Ref. em Saúde do Trabalhador (CERSAT), Centros de Ref. e unidades básicas (RENAST); na atenção especializada: as Unidades de Ref. Secundária (URS), laboratórios, policlínicas, ambulatórios hospitalares (próprios ou contratados/conveniados), Núcleo de Cirurgia Ambulatorial (NCA), Centros de especialidades Médicas (CEM), Centros de Ref. em Reabilitação (CRR); Centros de Ref. doenças transmissíveis e outras doenças infecciosas (CTR DST/AIDS), Centro de Testagem Anônima (CTA), Centro de Ref. Imunobiológicos Especiais (CRIE); as Urgência e emergência: Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Hospitais próprios e contratados/conveniados e Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU); Atenção Hospitalar com rede hospitalar própria e contratados/conveniados; a Vigilância Sanitária; Controle de Zoonoses e Vetores; e o Conselho Municipal de Saúde (Belo Horizonte, 2009; 2008; 2006; 2004 a, b).

**Figura 2- Distribuição dos Distritos Sanitários no município de Belo Horizonte**



**Fonte: BELO HORIZONTE, 2005, p. 8**

Vale ressaltar, que desde aquela época o modelo de atenção à saúde foi pensado com a concepção de cuidado, buscando desenvolver uma visão mais abrangente de saúde, considerando seus determinantes políticos, sociais e econômicos, para além do aspecto puramente biológico na construção de seus projetos e programas (ANANIAS, 1998; MALTA *et al.*, 1998).

O acolhimento já era considerado uma estratégia, que foi implementada em algumas unidades de saúde da atenção primária para que funcionassem de portas abertas, buscando eliminar as filas nas portas dos serviços ou a entrada por critérios de ordem de chegada e distribuição de senhas. O modelo anterior trabalhava com as portas fechadas, caracterizado por longas filas para agendamentos, o que excluía grandes contingentes de cidadãos, além de contribuir com

a idéia de que os serviços públicos possuíam atenção precária e desqualificada (FRANCO, BUENO, MERHY, 1998; MERHY, 1998; 1997; MALTA *et al.*, 1998).

Segundo Merhy (1998, p. 114), o antigo modelo assistencial que operava os serviços de saúde, estava centrado e organizado “a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar”. Neste contexto os outros profissionais da equipe de saúde ficavam subjugados a mesma lógica e seu núcleo cuidador era negligenciado.

Destarte, para superar esta lógica, de acordo com Merhy (1998), foi necessário redefinir os espaços de relação e finalidades dos serviços, buscando ampliar os modos de produzir os atos em saúde centrados no usuário para sua autonomia e empoderamento. Diante da nova proposição de produzir saúde e operar cuidados, os profissionais precisariam atuar no campo das tecnologias leves “modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos” em defesa da vida (MERHY, 1998, p. 117).

Para Malta e Merhy (2004, p. 260) o acolhimento na rede pública municipal de Belo Horizonte foi implementado a partir da atenção primária em saúde, em 1995, e constituiu em uma:

[...] estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculos/ responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando sua intervenção. Esse processo possibilitou ainda uma reflexão sobre a saúde como direito de cidadania, resgatando no cotidiano dos serviços a ampliação do acesso, a integralidade na assistência a ampliação do acesso, a integralidade na assistência, a resolubilidade, a responsabilização clínica e sanitária; através das mudanças na micropolítica do processo de trabalho em saúde, desenhando esse ‘novo` fazer em saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) criou a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH), assumindo o acolhimento como sua principal diretriz operacional. E em consonância com a PNH, a gestão municipal de BH iniciou a ampliação da diretriz - acolhimento em seus demais serviços, para além da atenção primária.

Assim, a secretaria municipal de saúde de BH renovou suas ações para consolidar e qualificar o SUS, reafirmando o acolhimento e a gestão participativa entre seus objetivos, dos quais se destacam: “[...] apoiar as unidades de saúde na qualificação das ações de acolhimento; implementar a integração da gestão e dos serviços para concretude do princípio da integralidade; capacitar as Unidades de Saúde para o exercício da gestão colegiada [...]” (BRASIL, 2006b, p. 10).

### **Os Centros de Reabilitação de Belo Horizonte e a operacionalização da Diretriz do Acolhimento**

Atualmente, o município conta com três Centros de Referência em Reabilitação (CRR), que foram se organizando de acordo com suas especificidades e contextos históricos da reabilitação no município e Estado, e que atualmente compõem rede SUS de BH (BELO HORIZONTE, 2004a).

Em 30 de agosto de 2001 o primeiro CRR do município, Centro de Reabilitação Sagrada Família (CREAB), foi credenciado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/SAS nº 431, como Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, constituindo-se como referência de alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, preconizado pela Portaria nº 818 /GM de 05 de junho de 2001. Contudo, desde o final da década de 90, já era responsável pelo atendimento de grande parte da população de BH (OLIVEIRA, RADICCHI, 2005).

No dia 09 de julho de 2004, foi inaugurado o que seria a segunda unidade de reabilitação do município de BH para atendimentos complexos, o Serviço de Reabilitação da URS Padre Eustáquio, que ocupou o terceiro andar da Unidade de Referência Secundária (BELO HORIZONTE, 2004b).

Somente a partir de 2006, um terceiro Centro de referência Centro Geral de Reabilitação (CGR) foi municipalizado. Este centro, segundo Vaz *et al.* (2005) foi criado em março de 1987, como unidade ambulatorial da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, e em 2002 foi credenciado pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria/SAS nº 431, como

Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, constituindo-se como referência de alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, preconizado pela Portaria nº 818 /GM de 05 de junho de 2001.

A responsabilidade de receber e encaminhar os usuários, que necessitavam de reabilitação e a tarefa de regular os serviços conveniados/contratados (clínicas, ambulatórios e hospitais) era realizada até final de 2008 pelo CREAB. Quando, por meio de reuniões colegiadas com gestores e representantes das respectivas equipes dos três centros, decidiu-se por regionalizar os três CRR (BELO HORIZONTE, 2009a).

Desta perspectiva, os distritos sanitários do município de Belo Horizonte e sua respectiva população passaram a ser atendidos conforme referência regional, responsabilidade sanitária atribuída a cada CRR.

**Quadro 1- Responsabilidade sanitária de cada CRR BH/SUS**

<b>CRR</b>	<b>Regionais ou Distritos Sanitário</b>
URS – Padre Eustáquio	Oeste e Noroeste
CGR	Barreiro, Centro-Sul, Norte e Pampulha
CREAB	Leste, Nordeste e Venda Nova

Fonte: Dados da pesquisa – análise documental, no período de agosto a dezembro de 2010

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) os centros de reabilitação são responsáveis por ações e procedimentos de maior complexidade, em caráter ambulatorial e pela produção de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação. Tem caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, com o objetivo de alcançar a maior cobertura e resolutividade possível dos casos detectados. Fornecem órteses, próteses, equipamentos auxiliares a locomoção, bolsas de ostomia e demais recursos tecnológicos necessários à autonomia e inclusão social de pessoas com deficiência. Além disto, por serem serviços de maior complexidade, em articulação entre os gestores podem cumprir o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e atender as populações das macrorregiões e microrregiões no fornecimento destes equipamentos (BRASIL, 2008).

**Figura 3: Localização dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/BH – MG**



**Fonte: Adaptado em 2010, de BELO HORIZONTE, 2005, p. 8.**

O acolhimento foi implantado nos CRR a partir de 2005, pela Secretaria Municipal de Saúde/BH, em consonância com a PNH visando organizar e humanizar o acesso nestes serviços e nas unidades credenciadas/contratadas, em caráter complementar e por eles reguladas (BRASIL, 2006b). Antes de sua implantação, segundo Vaz *et al.* (2005) emergiam vários problemas como as filas na porta das unidades, o uso de senha sem a garantia de atendimento, o que caracterizava a falta de resolubilidade do serviço de reabilitação com a insatisfação de usuários e de seus profissionais.

Passados quase seis anos de sua implantação, foi objeto de análise deste estudo.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Abordar o mundo ‘lá fora’ (e não em contextos especializados de pesquisa, como os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais ‘de dentro’ de diversas maneiras diferentes (GIBBS , 2009, p.8).

Elegeram-se a abordagem qualitativa como meio para apreender o fenômeno apresentado nesta pesquisa, - o acolhimento nos centros de referência em reabilitação da Rede SUS de Belo Horizonte. Considerou-se que essa abordagem adequa-se aos fenômenos singulares e delimitáveis por contemplar o seu grau de complexidade e possibilitar a abertura de novas perspectivas, quando atinge o mundo dos símbolos, significados, subjetividade e intencionalidade dos diversos sujeitos. Ao captar a realidade dinâmica e complexa o pesquisador pode ainda contextualizar o fenômeno em sua dimensão histórico-social (MINAYO, 2006; MINAYO, SANCHES,1993; LUDKE, ANDRÉ,1986).

A pesquisa foi realizada no período de 9 de agosto a 27 de dezembro de 2010, nos três CRR da Rede SUS/BH.

A fim de cumprir os requisitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seus complementares e garantir o anonimato dos sujeitos deste estudo, para identificar cada CRR da Rede SUS / BH foram utilizadas as letras A, B e C, conforme entrada do pesquisador em cada unidade, que ocorreu em períodos diferentes.

A entrada no campo foi previamente preparada por meio de reuniões, que se deram inicialmente com a equipe de Coordenação Geral da Reabilitação da Secretaria de Saúde de BH, e em seguida com as gerências e/ou coordenação de cada CRR. A recepção foi positiva, evidenciando confiança na perspectiva de que o estudo poderia trazer contribuições significativas para o acolhimento realizado nestas unidades.

## **A coleta de dados**

Em resposta à natureza do fenômeno estudado foi utilizada uma combinação de técnicas para a coleta de dados: a observação participante, a análise documental, grupos focais e entrevistas.

### **Observação participante**

Minayo (2006, p. 274) considera a observação participante “como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de investigação científica”. O observador torna-se parte do contexto, e ao mesmo tempo em que pode modificá-lo pode ser modificado. Assim, estabelece-se uma relação face a face, na qual o pesquisador participa do cenário, colhe os dados e produz novas percepções.

A observação participante, segundo Angrosino (2009, p. 34) “não é propriamente um método de pesquisa, mas um estilo pessoal adotado por pesquisadores em campo de pesquisa que, depois de aceitos pela comunidade estudada, são capazes de usar uma variedade de técnicas de coleta de dados” para os objetivos de sua pesquisa. Desta forma, os membros da comunidade estudada concordam com a presença do pesquisador, e com o passar do tempo naquele ambiente, a presença dele deixa de ser um fato notável, permitindo que as pessoas ali envolvidas continuem exercitando suas rotinas normalmente.

Neste estudo, a observação permitiu ao pesquisador um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado. Por meio da experiência direta nos CRRs, “*in loco*”, pôde-se verificar “como” e “onde” o acolhimento ocorria, suas dinâmicas, fluxos e os procedimentos e atividades que as equipes realizavam.

Para a observação participante foram realizadas cinco sessões de cerca de quatro horas em cada CRR, perfazendo uma carga horária de vinte horas em cada centro, num total de 60 horas. A observação foi sistematizada para analisar os fluxos, locais, dinâmicas e procedimentos realizados no acolhimento. Um diário de campo foi utilizado para as anotações.

Os fluxos do acolhimento e dinâmicas foram desenhados pelo pesquisador e validados pela coordenação dos CRR em momentos de reunião, agendadas previamente. Nestes momentos, pelo diálogo, reflexões e a visibilidade da dinâmica do acolhimento apresentada por meio dos fluxogramas, em programa PowerPoint, ocorreram intervenções de cunho analítico, informativo e de mudanças.

### **Análise documental**

Documento, considerado de forma ampla, é qualquer material escrito, que pode ser utilizado para a pesquisa. O documento tem a vantagem de se constituir em uma fonte não-reativa e por permanecer por longos períodos de tempo intacto, pode retratar e fornecer informações antigas e atuais sobre o contexto pesquisado (GODOY, 1995).

Para Ludke e André (1986) a análise documental se destaca por ter origem em uma fonte estática, ter custo baixo e possibilitar ao pesquisador várias consultas, auxiliando na fundamentação das descobertas.

Neste estudo, a pesquisa documental englobou informações referentes ao acolhimento, contidas em normas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Secretaria Municipal de Saúde de BH, como também os demais documentos disponíveis nas unidades pesquisadas, que foram: os protocolos com critérios de risco, as agendas, as pastas gerais e os cardápios (contendo os recursos e equipamentos disponíveis internos e externos), as escalas, os encaminhamentos trazidos pelos usuários e anotações dos profissionais.

### **Grupo focal**

Um grupo focal é “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal” (GATTI, 2005, p.7).

Nas abordagens qualitativas em pesquisa de saúde, a técnica do grupo focal vem sendo cada vez mais utilizada, pois os processos grupais ocorridos a partir desta técnica podem auxiliar os indivíduos a explorar e clarear sua visão em relação às ações realizadas em suas práticas cotidianas do evento pesquisado (MINAYO, 2006; POPE, MAYS, 2005).

A pesquisa com grupos focais tem por objetivo captar pelas trocas ocorridas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, permitindo ao pesquisador compreender o evento pesquisado. Durante a realização do grupo focal podem emergir vários pontos de vista em relação ao objeto pesquisado pelo contexto de interação propiciado (GATTI, 2005).

Segundo Minayo (2006, p. 271) para realização do grupo focal a presença de um coordenador – facilitador e um relator são fundamentais. Enquanto o “primeiro tem o papel de focalizar o tema, promover a participação de todos, inibir os monopolizadores da palavra e aprofundar a discussão [...]”, o segundo auxilia o coordenador nos aspectos organizacionais e registra os aspectos interativos e a discussão. Orienta esta autora que a reunião não deve ultrapassar uma hora e meia.

Baibour (2009) pontua a necessidade de apenas um coordenador, pois diferentes coordenadores podem gerar dados que são diferentes em conteúdo, comprometendo a pesquisa. Para esta, não existe um número exato para determinar a quantidade de grupos focais a ser realizada, a sua determinação é realizada de acordo com os objetivos e complexidade do fenômeno a ser estudado, já que a pesquisa qualitativa interessa-se em explorar os significados e o modo como as perspectivas foram construídas em sua complexidade. Em relação ao número de participantes para a realização do grupo focal a autora afirma que:

Tanto em termos de moderação de grupos [...] e em termos de análise de transcrição, eu diria que um máximo de oito participantes geralmente é desafiador o bastante. [...]. Em termos de um número mínimo, é perfeitamente possível fazer um grupo focal com três ou quatro participantes (BARBOUR, 2009, p. 88-89),

Neste estudo, foram realizados cinco grupos focais, nas próprias instalações dos CRR e em diferentes turnos (manhã e tarde), visando possibilitar a participação de profissionais que trabalhavam em horários diferentes e respeitar as especificidades e rotinas de cada centro.

O convite foi feito por meio de documento escrito e afixado em local de acesso comum, e também pelo contato pessoal do pesquisador com os profissionais. As datas foram agendadas previamente, acordadas com a gerência e/ou coordenação de cada CRR. O espaço físico foi cedido em cada unidade pela coordenação, destaca-se que as salas eram adequadas sob o ponto de vista do sigilo e privacidade das informações e do conforto.

Assim, no CRR-A foi realizado dois grupos focais um para cada turno, participaram 9 profissionais. Na unidade CRR-B foi realizado apenas um grupo focal, no turno da manhã, isto decorreu pelo fato de existir um menor número de profissionais que realizam o acolhimento nessa unidade, pela saída, durante o período da pesquisa, de um profissional, como também pela não inclusão de duas profissionais que ocupavam cargo relacionado diretamente com a gestão do serviço, participando 4 profissionais. No CRR- C foram realizados dois grupos focais, um em cada turno. Nesta unidade uma profissional não foi incluída por ocupar cargo relacionado diretamente a gestão do serviço, onde participaram 8 profissionais.

O total de grupos focais realizados foram 7 com participação de 21 profissionais, de diferentes categorias: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

A duração média dos grupos focais foi de 90 minutos. No início de cada reunião era lido em voz alta o TCLE, depois de esclarecidos os termos e assinado pelos presentes, como também consentido a gravação era iniciado o grupo focal. Para gravação foi utilizado um gravador portátil da marca Panasonic e pequenas fitas cassetes.

Todos os grupos focais foram coordenados por uma experiente pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa, MG, visando minimizar o viés, já que a mestrandia autora desta dissertação trabalhou em um destes centros por período de quase dez anos e conhecia previamente os profissionais participantes. A mestrandia atuou como foi relatora, durante a realização dos

grupos focais, realizando anotações das falas. Um roteiro foi previamente elaborado e utilizado em todos os grupos focais realizados (Apêndice)

### **Entrevista**

Segundo Neto (1995) a entrevista é um instrumento mais comum para o trabalho de campo, no qual o pesquisador busca informações contidas na fala dos sujeitos que vivenciam determinada realidade a ser focalizada. Para Lucke e André (1986) pode ser considerada como instrumento poderoso de comunicação e de enorme utilidade na pesquisa, pois permite a captação imediata e corrente da informação necessária.

De acordo com Minayo (2006, p.261), “a entrevista é acima de tudo uma conversa [...] destinada a construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa”. No ato da entrevista, a inter-relação contempla o plano afetivo, existencial e o contexto do dia-a-dia, das experiências e linguagens do senso comum, condição importante para o sucesso da pesquisa qualitativa. Assim, a fala pode ser reveladora de condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, concepções e percepções, acerca do que se quer conhecer nas pesquisas.

A modalidade de entrevista semi-estruturada utiliza um roteiro, que serve como apoio na seqüência das questões e facilita a abordagem aos sujeitos ( MINAYO, 2006). Assim, para este estudo foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais com os usuários dos três CRR, em salas disponibilizadas em cada CRR. Um roteiro foi formulado previamente e auxiliou o pesquisador, que realizou todas as entrevistas (Apêndice ).

No ambiente do acolhimento ou na sala de espera, o usuário era convidado pelo pesquisador a participar do estudo, era também informado que a entrevista seria conduzida depois de realizado o acolhimento. Aquele que aceitava era encaminhado até a sala pelo pesquisador, que inicialmente prestava esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios. Assim, entregava cópia do TCLE e o lia em voz alta, somente depois de aceito os termos e assinado iniciava-se a entrevista.

Alguns dos usuários, quando convidados preferiram não participar, justificando não terem tempo (ora tinham que retornar ao trabalho, ora para casa, alguém esperando, etc.). Houve ainda alguns usuários que se recusaram a participar, no momento de assinar o TCLE. Assim, foram entrevistados 30 usuários, sendo dez sujeitos selecionados em cada CRR

Para definir o tamanho e seleção da amostra, foram seguidos a preceitos propostos por Minayo (2006), como o recrutamento dos sujeitos que detém as informações e experiências com o acolhimento na unidade de reabilitação estudadas, considerando o conjunto de informantes que possibilitaram a apreensão de semelhanças e diferenças e o número de sujeitos para permitir a reincidência das informações.

Ressalta-se que, em estudos qualitativos o tamanho da amostra não se constitui como fator determinante da significância, geralmente as amostras são propositais, já que buscam “apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalizações para todos os casos possíveis” (NOGUEIRA-MARTINS, BÔGUS, 2004, p.45).

### **Técnica de análise**

As entrevistas e grupos focais foram transcritos pelo pesquisador, e juntamente com os demais materiais coletados no campo foram organizados, estudados e analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Bardin (2009, p. 44) é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Operacionalmente, a análise seguiu as fases cronológicas apresentadas por Bardin (2009) e Minayo (2006):

- (1) Pré-análise: escolha dos materiais a serem analisados, retomando os objetivos iniciais da pesquisa, definindo as unidades de registros, contextos e trechos significativos;
- (2) Exploração do material: operação classificatória, buscando encontrar categorias (expressões ou palavras significativas à categorização);
- (3) Tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao manifestado, propondo inferências e interpretações visando ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado e atingir os objetivos do estudo.

## **SUJEITOS DO ESTUDO**

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais e usuários dos três CRR.

Para seleção dos profissionais foram seguidos os seguintes critérios: realizar o acolhimento na unidade, aceitar participar do estudo e assinar o TCLE. Foram excluídos os profissionais que ocupavam cargos relacionados a coordenação e/ou gerência.

Para a seleção dos usuários foram considerados os seguintes critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, não possuírem transtornos psíquicos e/ou cognitivo, aceitar participar do estudo logo após terem realizado o acolhimento nos CRR e assinar o TCLE.

## **ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de B H – CEP/SMSA/BH, em 16 de junho de 2010 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG – COEP, em 04 de agosto de 2010.

**Parecer nº. ETIC 0017.0.410.203-10A**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo. 2000.

ALMEIDA, M.C.; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; v.13, n.3, p. 118-126, 2002.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.13, supl.1, p.581-594, 2009.

ANANIAS, P. Prefácio. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 7-8.

ANDRADE, G.E.I.; DIAS FILHO, P.P.S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L.VC.; FLEURY, S. (Org.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.160-172.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Coleção Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Coleção Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA., 2009.

BELO HORIZONTE, Prefeitura de Belo Horizonte, Gerencia de Planejamento e Desenvolvimento. **O Plano Municipal de Belo Horizonte**: 2005-2006. Secretaria Municipal de Saúde. Gerencia, 2005. 158p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia do usuário do SUS/BH**. Prefeitura de Belo Horizonte, 2004a .

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Saúde Digital. Assessoria de Comunicação Belo Horizonte ganha Centro de Reabilitação no Padre Eustáquio. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**; n. 30, 2004b. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/julho2004/centroreabilitacaope.ht...> Acessado em 17/11/2009.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Gerencia de Assistência à Saúde. Coordenação de Reabilitação. **Documento inicial para discussão no fórum de reabilitação das equipes dos Centros de Reabilitação e dos NASF**. Mimeo. Junho de 2009 a.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Belo Horizonte. **SUS-BH: Cidade Saudável**. Plano Macroestratégico. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte 2009-2012. Documento inicial para discussão com as Gerências e Equipes do SUS- BH. Junho de 2009 b, 24 p.

BENEVIDES R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 17, p. 398-406, 2005 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Boletim da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde**. 1. Ed. Brasília: DF.1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A realidade do país aos 60 anos de Declaração Universal**. Brasília: SEDH, 2008.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Boas práticas de Humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde: Humaniza SUS/Belo Horizonte**. Esplanada dos Ministérios. Brasília: DF; 2006b.

CAMPINA, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**; v.28, n. 1, p. 69-76, 2004.

CAMPOS, C.R.. A produção da cidadania: construindo o SUS em Belo Horizonte. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p.11-49.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 121f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2004.

COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento em Centro de atenção Psicossocial. **Rev. enferm. UERJ**; n.13, v.1, p. 57-62, 2005.

CORDEIRO, H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p.343-362, 2004.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV- CEBES, 1998.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Ipea. **Planejamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1990: IPEA. n.3, p.139-162.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária

brasileira. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-41.

FRANCO T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciência social e humana**. Brasília: Líber Livro, Editora; 2005. 77p.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed 2009.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos e fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**; v.35, n.3, p.20-29, 1995.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

KIND, L. Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**; v.10, n. 15, p.124-136, 2004.

LISBOA. Conselho da Europa. **Uma Política coerente para a reabilitação das pessoas com deficiência**. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Caderno SNR. 2007.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo.2001.

MALTA, D.C; MERHY, E.E. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf.**,v. 8 n.2, p 259-267, 2004.

\_\_\_\_\_; FERREIRA, L.M; REIS, A.T.; MERHY, E.E Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E REIS. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p 121-142 .

MANGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F. ; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura estratégica. **Rev. Ter. Ocup**; n.13, v.1, p.15-21, 2002.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, T.A. et al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

\_\_\_\_\_, E.E. O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno Saúde Pública**; v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9º. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 408 p.

NASCIMENTO, P.R.; ZIONI, F. O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos sociais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.14, n.32, p.199-205, 2010.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1994, p.51-66.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.R.; BÔGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recursos para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**; v.13, n.3, p. 44-57, 2004.

OLIVEIRA, T.R.P.R.; RADICCHI, A.L.A. Inserção do nutricionista na equipe de atendimento ao paciente em reabilitação física e funcional. **Rev. Nutr., Campinas**; v. 18, n. 5, p. 601-611, 2005.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Normas**: sobre a equiparação de oportunidade para pessoas com deficiência. APADE/CVI-NA . São Paulo, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROLLO, A. OLIVEIRA, R.C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **O agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997. p. 321-352.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, sup.1, p. 603-613, 2009.

SILVA, G.R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n.2, p. 15-21, 1995

VAZ, ACA., RIBEIRO, C.L; RODRIGUES, M.A.T.B; VIANA, M.L.M. A implantação de um modelo e gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. **Rev. Min. Saúde Pub.**, v.4, n.6, p.20-30, 2005.

## **ARTIGOS DE REVISÃO**

## Artigo 1

# AVANÇOS E DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA OPERACIONALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RETRATO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA DO BRASIL

**Progress and challenges of the user embracement at the operation and qualification the  
Single Health System: a portrait of Brazil literature production**

**Avanzos y retos del acogimiento en la operacionalización y calificación del Sistema  
Único de Salud: un de retrato la producción bibliografica en Brasil**

### **RESUMO:**

As políticas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por sucessivas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização, vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade. Realizou-se análise crítica da produção bibliográfica, no Brasil, no período de 1989 a 2009, sobre o acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na APS. As bases de dados consultadas foram SciELO, LILACS e, MEDLINE. Os resultados apontaram avanços na ampliação do acesso aos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. Contudo, a falta de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, e espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho, têm colocado em xeque a potencialidade desta diretriz na qualificação do SUS.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Programa de Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Humanização da Assistência.

## **Abstract**

The policies adopted by the Unified Health System (SUS) have gone through successive transformations, seeking to reaffirm the universal right to health. The user embracement, guidelines of the National Policy of Humanization is gaining proper outlines and relevance in primary health care (PHC) to ensure access and humane resolution. We conducted a critical analysis of literature production in Brazil from 1989 to 2009, on admission into operation and qualification of SUS by the PHC. The databases consulted were SciELO, LILACS and MEDLINE. The results showed progress in expanding access to PHC services and healthy professionals more sensitive to needs of the users and communities. However, lack of coordination in integrated networks, excess of demand, the hegemonic biomedical model, the lack of empowerment, democratic and reflective spaces to reorganize the work process, has put into question the potential of this qualification guideline in the SUS.

**Keywords:** User embracement; Primary Health Care; Family Health Program; Single Health System; Humanization of assistance.

## **Resume**

Las políticas adoptadas por el Sistema Único de Salud (SUS) han pasado por sucesivas transformaciones, buscando reafirmar el derecho universal a la salud. El acogimiento, directriz operacional de la Política Nacional de Humanización, tiene ganado contornos propios y pertinencia en la atención primaria de salud (APS) para garantizar el acceso humanizado y resolución. Se realizó un análisis crítico de la producción de la literatura en el Brasil desde 1989 hasta 2009, sobre el acogimiento en el funcionamiento y en la calificación del SUS en la APS. Las bases de datos consultadas fueron SciELO, LILACS y MEDLINE. Los resultados mostraron progresos en la ampliación del acceso a los servicios de APS y profesionales de la salud más sensibles a las necesidades de los usuarios y comunidades. Sin embargo, la falta de coordinación en redes integradas, el exceso de demanda, el modelo hegemónico biomédico, la falta de capacitación, y de espacios democráticos y de reflexión para la reorganizar el proceso de trabajo, tienen puesto en jeque la potencialidad de esta directriz na calificación del SUS.

**Palabras clave:** Acogimiento; Atención Primaria de la Salud; Programa de Salud de la Familia; Sistema Único de Salud; Humanización de la Atención.

## **Introdução**

Na Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em 1978, a Declaração de Alma-Ata afirmou a saúde como um direito humano universal. A desigualdade no estado de saúde dos diferentes povos foi considerada uma questão política, social e economicamente inadmissível, constituindo-se em objeto de preocupação de ordem mundial - promover a saúde de todos os povos do mundo (URSS, 1978).

No Brasil, já na década de 70, o projeto de Reforma Sanitária buscava garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde, que pudesse suprimir qualquer tipo de discriminação para formular um novo modelo de ética e de justiça social, pautado na solidariedade e em uma comunidade politicamente inclusiva (Fleury, 1997).

Os grandes desafios da Reforma Sanitária brasileira foram o alto custo e a baixa efetividade das ações de saúde com a exclusão de grupos e locais mais pobres e a ineficiência da gestão pública. Era necessário ampliar a concepção de saúde e incorporar os seus determinantes sociais, políticos e econômicos, superando o modelo de atenção às enfermidades, oneroso, hospitalocêntrico, privado e curativo (Cordeiro, 2004; Fleury, 1997; Paim, 1997).

A concepção de saúde, assim redimensionada, foi assumida pela VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que buscou transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurar a garantia do direito à saúde a todo cidadão brasileiro (Brasil, 1986). Dois anos depois, a Constituição da República anunciou às garantias para sistematizar as ações e serviços de saúde, inscritas na universalidade da cobertura, equidade e integralidade da assistência; a descentralização da gestão administrativa com participação da comunidade; e a integração da rede pública de serviços num Sistema Único de Saúde. - SUS (Cordeiro, 2004; Fleury, 1997). Para Nascimento e Zioni (2010) o SUS manifesta-se como um movimento de resistência à exclusão, em defesa dos direitos universais.

No início da década de 90, a tendência nacional para enfrentar as iniquidades sociais e ampliar o acesso aos serviços de saúde, tendo na atenção primária à saúde (APS) a porta de entrada ao sistema sanitário, começava a ser modificada por iniciativa de alguns municípios,

ao implantar o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Em 1994, o Ministério de Saúde, buscando ampliar e reordenar as ações da rede primária implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), almejando a superação do modelo de saúde centrado na doença, tendo como alvo as demandas de saúde de indivíduos, famílias e comunidades de forma integral e continuada (Gomes, Pinheiro, 2005)

Não obstante, quando implantado, o PSF estava limitado aos grupos populacionais de maior risco social e expostos às precárias condições sanitárias, e predominantemente em municípios de pequeno porte, enquanto os de maior população apresentaram pouca adesão (Gomes, Pinheiro, 2005). Em situações de precariedade e escassez de recursos para atender o princípio da equidade, a opção foi privilegiar as áreas e populações mais carentes e pauperizadas (Cotta, Mendes, Muniz, 1998).

A despeito destas questões, o SUS, ao longo da década de 90, foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para a sua efetivação (Andrade, Dias Filho, 2010; Faveret Filho, Oliveira, 1990). O acesso aos serviços públicos era difícil, suas instalações e equipamentos eram insuficientes e sucateados, marcados pelas enormes filas e pelo baixo nível de qualidade e resolubilidade, herança do modelo previdenciário (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Silva, 1995). Os planos privados de saúde já atingiam as camadas médias da sociedade brasileira e alguns seguimentos operários. As práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas, a imagem da assistência pública era negativa, conforme apoio da mídia, que enfatizava a eficiência e qualidade do setor privado, em detrimento ao público (Rollo, Oliveira, 1997; Silva, 1995). Segundo Feuerwerker (2005) o direito a saúde era visto como direito ao consumo de procedimentos médicos e medicamentos em hospitais.

Ademais, de acordo com Cecílio (1997), a rede de APS não conseguia tornar-se a “porta de entrada” mais importante do sistema, que continuava a ser o hospital. Os pronto-socorros estavam sempre lotados, com a evidência de que o perfil de morbidade da clientela atendida nestas unidades poderia ter resolubilidade ao nível da atenção primária. Associado a este quadro, estava o baixo impacto que as ações da APS tinham sobre os principais problemas de saúde da população, evidenciado pelo aumento da incidência de doenças evitáveis e

erradicáveis, apesar dos avanços científicos e tecnológicos já alcançados (Merhy, 1998; 1997).

Tornou-se, portanto, emergente a necessidade de se construir novos modos de produzir e de operar o trabalho em saúde no SUS, que se comprometessem com a defesa da vida e com os direitos sociais plenos. Ao mesmo tempo, que pudessem dar resolubilidade aos problemas identificados no dia a dia do trabalho, orientados para a autonomia dos usuários e das comunidades (Merhy,1998;1997). Surge então, o acolhimento, que ganha o discurso de inclusão social em defesa do SUS. Um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, na retomada do acesso universal ao SUS, no resgate do conhecimento técnico da equipe multiprofissional, e na qualificação das relações entre usuários e profissionais de saúde (Franco, Bueno, Merhy, 1999; Merhy, 1998; Malta et al., 1998).

Destarte, a partir de 2000, o debate em torno do acolhimento se intensifica na perspectiva da humanização da saúde, anunciada na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano (Benevides, Passo, 2005a). O relatório final desta Conferencia, aponta para as dificuldades enfrentadas pelo SUS e sua incompatibilidade com o modelo econômico vigente, caracterizado pelo autoritarismo, clientelismo, exclusão, dificuldade de organização social, aumento da pobreza e iniquidades sociais. A proposta de “Reforma do Estado”, na época, contemplava a cessão dos serviços públicos “[...] lucrativos ao setor privado; a concentração da ação direta do Estado em programas de baixo custo e voltados às populações pobres, e a ampliação dos recursos dos planos de saúde para camadas medias da população [...]” (Brasil, 2001, p. 20).

Nova crise se instaura, assinalada pela dificuldade do acesso aos serviços do SUS, e na qualidade da assistência prestada. De um lado, estavam os usuários, que buscavam a atenção com acolhimento e de modo resoluto, e de outro, os profissionais da saúde, que reivindicavam melhores condições de trabalho, com acesso a capacitação profissional e à relações democráticas com os gestores (Benevides; Passos, 2005a).

Em 2003, em clima democrático renovado, com vistas às novas políticas sociais e econômicas, que assegurassem o desenvolvimento econômico sustentável do país,

distribuição de renda e inclusão social, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência retoma o debate em torno da universalidade do acesso aos serviços de saúde do SUS e da valorização dos usuários e dos trabalhadores na participação e na gestão do sistema (Brasil, 2004a).

Assim, em 2003, surge a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH). Uma política que afirma a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde; uma diretriz que assegura o modelo de inclusão de usuários e trabalhadores na gestão dos serviços de saúde; e, um princípio que impulsiona ações para disparar processos no plano das políticas públicas e transformar os modelos de atenção e da gestão da saúde (Santos-Filho, Barros, Gomes, 2009).

O acolhimento, neste novo cenário, ganha o discurso oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2006a), se configurando como uma das diretrizes de maior relevância da PNH, para operacionalização do SUS. Neste contexto, o acolhimento propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho; e, mudanças estruturais na forma de gestão do serviço para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e decisões coletivas.

Sem embargo, a temática do acolhimento vem ganhando contornos próprios e uma importância crescente para o SUS, enquanto a APS cresce em relevância para a reorientação do modelo assistencial, evidenciado pela expansão do Programa de Saúde da Família nos grandes centros urbanos, além dos municípios de pequeno e médio porte (Gomes, Pinheiro, 2005).

Desde esta perspectiva, o objetivo deste estudo foi realizar uma análise crítica da produção bibliográfica, dos últimos vinte anos, acerca do acolhimento, suas dimensões e implicações na operacionalização e qualificação do SUS na APS, discutindo os avanços e desafios colocados.

## **Método**

Este estudo de natureza bibliográfica foi realizado por meio de uma revisão da literatura, centrada no período de 1989-2009. As informações sobre o material bibliográfico concentrou-se nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Para a consulta nestas bases de dados utilizou-se o descritor *acolhimento*, conjugado com *Atenção Primária à Saúde e Programa de Saúde da Família*.

Na busca com a utilização destes descritores em “assuntos” encontrou-se 14 referencias, contudo observou-se que tais produções aparecem somente a partir de 2004. Diante da necessidade de conhecer estudos realizados no Brasil, no período de janeiro de 1989 a dezembro de 2009, ampliou-se a busca para “título”, expandindo o número de referencias total para 36 publicações. Dados os objetivos do estudo, foram excluídas as teses, monografias, resenhas, editoriais, artigos de revisão, e aqueles que se repetiam, resultando na análise de 28 artigos.

Os artigos selecionados foram sistematizados por ano de publicação, bem como por localidades, sujeitos e delineamento dos estudos. A análise das publicações teve como objetivo discutir os estudos segundo as seguintes categorias: a abrangência do conceito de acolhimento e as principais temáticas abordadas em seus resultados. A referência metodológica para esta análise foi o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008).

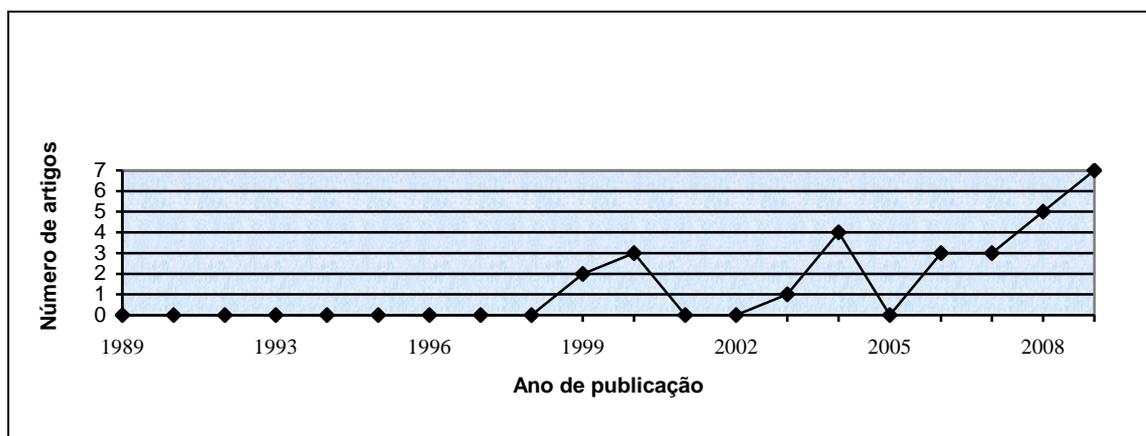
## **Resultados e Discussão**

As primeiras publicações sobre a temática do acolhimento na atenção básica foram realizadas em 1999, com experiências pioneiras nos municípios de Betim e Belo Horizonte (MG), enquanto em 2000, surgem publicações em outros municípios, como Ribeirão Preto e Curitiba. Há um incremento das publicações em 2004, com a emergência do debate em torno da PNH, segundo Benevides e Passos (2005b), em 2004, foi criado o Prêmio David

Capistrano que oportunizou a publicização de iniciativas e experiências inovadoras com a participação de usuários, profissionais e gestores, na construção de um SUS humanizado. Contudo, houve um declínio de publicações nos anos de 2005, com ascensão a partir de 2006 (Gráfico 1).

Em relação às regiões onde as pesquisas sobre a temática do acolhimento foram realizadas, observa-se na Tabela 1, que as publicações se concentraram na região sudeste (46%), seguidas pelas regiões sul (29%) e nordeste (26%). Entende-se que qualquer conhecimento científico produzido busca a articulação entre a teoria e a realidade empírica, portanto há de se preocupar com a ausência de publicações nas regiões centro-oeste e norte do Brasil, quando se discute o acolhimento como possibilidade de inclusão social, em defesa do SUS (Franco, Bueno, Merhy, 1999), um SUS humanizado e “que dá certo” (Benevides, Passos, 2005b, p. 569).

**Gráfico 1: Distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação, no período de 1989 a 2009**



Fonte: Bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, no período de 1989 a 2009

**Tabela 1 – Distribuição dos artigos analisados, segundo localização, Brasil**

<b>REGIÃO - Município / Estado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>SUDESTE</b>	<b>13</b>	<b>46</b>
Betim – MG	1	4
Belo Horizonte – MG	3	11
Ribeirão Preto – SP	3	8
São Paulo – SP	3	11
Campinas – SP	1	4
São Carlos – SP	1	4
Santana do Parnaíba – SP	1	4
<b>SUL</b>	<b>8</b>	<b>29</b>
Curitiba – RS	2	7
Porto Alegre – RS	2	7
Balneário de Comburui – SC	1	4
Londrina – PR	2	7
Não Especificado - RS	1	4
<b>NORDESTE</b>	<b>7</b>	<b>26</b>
Fortaleza – CE	3	11
Campina Grande – PB	1	4
Alagoinha - BA	1	4
Aracaju – SE	1	4
Não Especificado – RN	1	4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

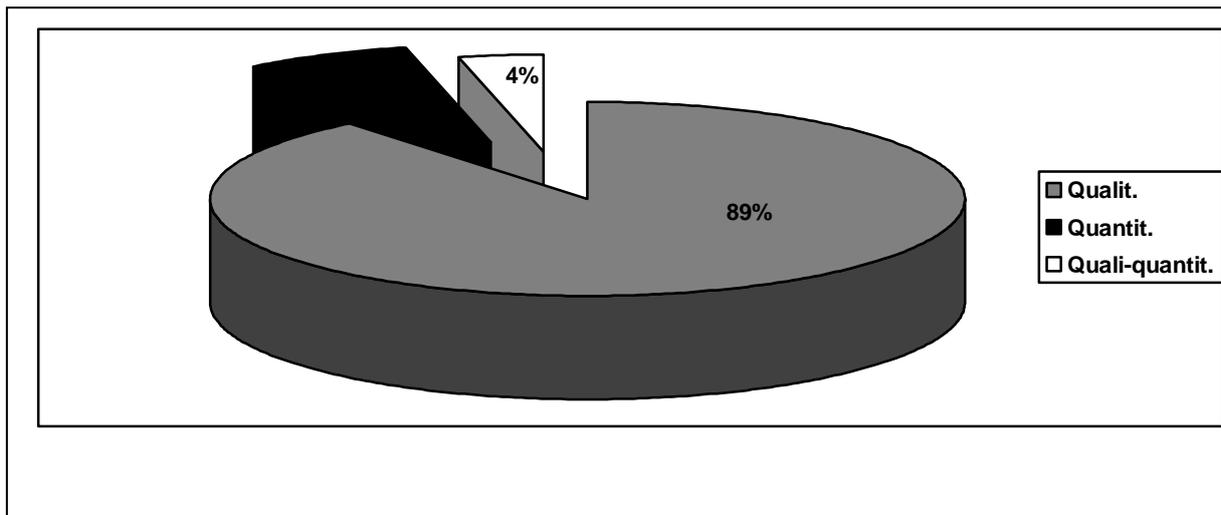
Fonte: Bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, no período de 1989 a 2009

Pode-se constatar (Gráfico 2), que a maioria dos estudos teve abordagem qualitativa (89%), sendo os profissionais e usuários seus maiores protagonistas (Tabela 2). Historicamente, no campo da saúde, houve a tendência de transformar sujeitos em doentes/pacientes, enquanto na organização dos serviços de saúde, o planejamento e avaliação, destacavam-se os métodos que conferiam relevância as relações entre cargos, papéis e relações técnicas. Mesmo no campo organizacional do planejamento estratégico, a ênfase ainda volta-se para a observação dos diferentes atores buscando controlá-los, ao invés de aclamar por sua participação (Minayo, 2001).

Em contrapartida, os estudos sobre o acolhimento analisados, buscaram alcançar o sujeito na qualificação da atenção e cuidado em saúde, como também na gestão do processo de trabalho. Assim, trazer a reflexão sobre estes sujeitos, a partir da temática do acolhimento possibilitou reconhecê-los como seres autênticos, dotados de necessidades e valores próprios, capazes de produzir história e corresponsabilização (Santos-Filho, 2009; Ayres, 2001).

Ademais, os estudos selecionados expressaram como esta diretriz foi absorvida nas práticas do cotidiano dos serviços de saúde, ao reunir diferentes perspectivas e interesses de vários sujeitos – profissionais de saúde, usuários, conselheiros e gestores, que atuam em um mesmo espaço, tanto no âmbito da produção de cuidados, como na gestão dos serviços do SUS.

**Gráfico 2. Distribuição dos artigos analisados, segundo o delineamento do estudo, no período de 1998 a 2009**



Fonte: Bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, no período de 1989 a 2009

**Tabela 2 – Distribuição dos artigos analisados, segundo os sujeitos pesquisados**

Sujeitos	N	%
Profissionais de saúde	12	43
Usuários	5	18
Profissionais e usuários	5	18
Profissionais e gestores	2	7
Profissionais e Conselheiros	1	3
Profissionais, usuários e estudantes do PSF	1	3
Não se aplica ( organização do serviço)	2	7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: Bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, no período de 1989 a 2009

Em relação aos núcleos de conteúdos que compõem a análise deste estudo, eles foram sistematizados em dois recortes: o primeiro discute o alcance e limites da concepção de acolhimento utilizada nas publicações, enquanto o segundo apresenta as temáticas abordadas, representada no Quadro 1, que foram categorizadas em: acesso, redes integradas, modelos assistenciais, protocolos (critérios de risco), organização do trabalho, ambiência e tecnologia informacional. Nesta perspectiva, serão discutidos os avanços e os desafios do acolhimento para a operacionalização e qualificação do SUS na APS.

### **Acolhimento: múltiplos conceitos e dimensões**

Uma das publicações pioneiras sobre o acolhimento na APS foi realizada por Franco, Bueno e Mehry (1999). Neste estudo, os autores propõem discutir o acolhimento como uma diretriz operacional, pautada nos princípios do SUS com as seguintes finalidades: (1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços, garantindo a universalidade no acesso; (2) reorganizar o processo de trabalho, buscando deslocar o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, responsabilização e o vínculo no compromisso com a resolubilidade; e (3) qualificar a relação dos profissionais com os usuários, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. Para estes autores, o acolhimento deve alcançar a dimensão da gestão do processo de trabalho, pois ele só será

“possível se a gestão for participativa, baseada em princípios democráticos e de interação entre a equipe, [...], pois a mudança no processo de trabalho pressupõe a adesão dos trabalhadores à nova diretriz” (Franco, Bueno, Mehry, 1999, p.351).

Nas publicações posteriores, o acolhimento aparece como uma ferramenta (Leite, Maia, Sena, 1999), estratégia (Sena et al., 2000), arranjo tecnológico (Shimith, Lima, 2004) utilizado para iniciar mudanças no processo de trabalho em saúde, garantir o acesso a serviços humanizados, resolutos e de qualidade com a responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades dos usuários. Nesta concepção, a dimensão acolhimento em torno de uma gestão participativa não é debatida, e a resolubilidade pelos problemas de saúde do usuário passa a ser discutida como responsabilização dos profissionais de saúde. Observa-se nos resultados destes estudos a falta de compreensão pelos profissionais de saúde do processo de trabalho no acolhimento, que eles reconhecem como uma espécie de triagem humanizada e apontam para a sobrecarga de trabalho.

Em outra concepção proposta por Silveira *et al.* (2004), o acolhimento aparece como um pilar fundamental para a construção do novo modelo de APS, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem receber a demanda, buscar formas de resolubilidade, mas que não significará a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário. Ao profissional cabe dispensar a atenção ao usuário, que envolve escuta, valorização da queixa e identificação das necessidades individuais e coletivas. Neste estudo, os profissionais de saúde associaram o acolhimento à sala de espera, praticado como mais uma atividade, dentre outras tantas que são executadas na UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde).

Nesta perspectiva, vale ressaltar que segundo Cunha (2010), à medida que os profissionais de saúde incorporam uma ferramenta ou atividade como uma rotina, neste caso o acolhimento, acabam por esquecer ou não reconhecer os motivos e fundamentos conceituais, passando a executá-la de forma acrítica. Esta alienação pode ter consequências tanto para a saúde dos trabalhadores, quanto para a eficácia da produção do cuidado no serviço de saúde. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), quanto menos ritualizadas as ações, mais flexíveis os profissionais e, trabalhando juntos, maior será a possibilidade de troca de saberes pessoais e profissionais para realizar o acolhimento. No entanto, isto requer uma prática profissional

com “comunicação, interpretação e negociação permanente entre a equipe e com os usuários, estimulando o vínculo, acalmando ansiedades e buscando soluções” (Tesser, Poli Neto, Campos, 2010, p. 3620).

Neste sentido, evidencia-se o estudo desenvolvido por Takemoto e Silva (2007), no qual o acolhimento foi discutido como uma postura diante do usuário em todos os momentos do processo de trabalho, além de um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho na UAPS. Estes autores apontam como resultado a atribuição do acolhimento exclusiva para um grupo de recepção, o que gera a sobrecarga de trabalho com pouca adesão dos profissionais de saúde a esta diretriz. Em conclusão, resgatam a necessidade do apoio da instituição para a produção de espaços de reflexão e capacitação do profissional e para a dimensão do acolhimento inserida em uma gestão participativa.

Em publicações que propõem pesquisar a percepção do usuário sobre o acolhimento, este é discutido como uma postura dos profissionais na recepção dos usuários, considerada positiva quando baseada no respeito, consideração e atenção dispensada (Ramos, Lima, 2003). O acolhimento também aparece referenciado no modelo de ajuda, que requer dos profissionais habilidades pessoais para se interessar, compreender e responsabilizar-se pelos problemas do usuário (Camelo et al., 2000). Tais publicações não apontam para o processo de trabalho do acolhimento, e nem para a dimensão da gestão do trabalho em saúde.

Nesta perspectiva, a identificação dos problemas de saúde trazidos pelo usuário, integrando a compreensão do contexto de vida e dos recursos mobilizados por ele, diante de tantas iniquidades, ressalta-se a inclusão, pelos profissionais de saúde, da “arte da alteridade”, como ponto chave na produção do cuidado em saúde (Cotta et al., 2007). Assim, desloca-se do “eu” em direção ao “outro”, a alteridade, que congrega a noção de humanidade plural, nega a existência de um centro do saber, aceita a diversidade de culturas, e é capaz de apreender a cultura alheia a partir da diferença (Scholze, Duarte-Junior, Silva, 2009).

Reconhece-se assim, que o usuário detém o poder sobre suas escolhas, e deve ser o sujeito na definição de finalidades e dos meios do trabalho em saúde. Para Ayres (2004), essa perspectiva constitui uma nova interface dialógica, e terá um enorme potencial para a reconstrução das práticas de saúde. Assim, a responsabilização assume importância

fundamental no cuidado, que vai desde a construção do vínculo serviço-usuário, a garantia do controle social das políticas públicas, até a gestão dos serviços de saúde.

Ademais, vale lembrar, que o acolhimento proposto pela PNH (Brasil, 2008), ancora-se no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, que incluem os usuários, os profissionais de saúde e gestores. Tal política enfatiza a necessidade de reorganizar o serviço de saúde com mudanças na forma de gestão, a partir da ampliação dos espaços interdisciplinares e democráticos de discussão.

Recentemente, o conceito de “acolhimento coletivo” foi introduzido por Cavalcante Filho et al. (2009), como um dispositivo para ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde, estruturar o processo de trabalho centrado nas necessidades de saúde da população, com potencial para formar novas formas de produzir cuidado. Um espaço capaz de incluir a voz do usuário na construção de projetos terapêuticos, e integrar os profissionais e seus saberes na busca da produção de cuidado numa perspectiva “entre-disciplinar”, na qual os saberes e tecnologias circulam em benefício do cuidado. O acolhimento coletivo não exclui a necessidade do acolhimento individual, contudo, enfatiza um processo de trabalho que resulte também em realização profissional dos membros da equipe.

Diante do exposto, faz-se necessário identificar e discutir as linhas de força, - avanços, e os pontos críticos, - desafios, do acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na APS.

**Quadro 1 – Caracterização da temática do acolhimento nos artigos selecionados e os principais resultados**

<b>Temática</b>	<b>Resultados</b>		<b>Artigos identificados</b>
<b>Acesso</b>	<b>Avanços</b>	- Garante a ampliação do acesso as UPAS pelos usuários do SUS	<b>Coelho, Jorge, 2009; Nery et al., 2009; Esmeraldo et al., 2009; Pinafo, Lima, Baduy, 2008; Zaicaner et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Silveira, Baldacci, 2006; Moresco, Souza, Pimentel, 2000; Ramos, Lima, 2003; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
		- A organização territorial das UAPS facilita o acesso	<b>Ramos, Lima, 2003; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
	<b>Desafios</b>	- Persistem dificuldades no acesso aos exames e consultas especializadas.	<b>Coelho, Jorge, 2009; Esmeraldo et al., 2009; Souza et al., 2008; Pinafo, Lima, Baduy, 2008; Souza et al., 2008; Santos et al., 2007; Fracolli, Zoboli, 2004; Marciel-Lima, 2004; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy 1999.</b>
<b>Redes integradas</b>	<b>Desafios</b>	- Ausência de mecanismos de comunicação e integração da APS com demais níveis de complexidade do SUS. - Fraco mecanismo de referencia e contra-referencia.	<b>Souza et al.; 2008; Oliveira et al., 2008; Lima et al., 2007; Santos et al., 2007; Fracolli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
		-Ausência de prontuários unificados com informações gerais do usuário, para serem referendados a outros níveis de atenção, dificulta a comunicação e realização do projeto terapêutico integrado e centrado no usuário	<b>Coelho, Jorge, 2009.</b>
<b>Modelo Assistencial</b>	<b>Desafios</b>	- Pouca adesão e mudança no processo de trabalho dos médicos.	<b>Silveira, Baldaci, 2006; Ayres et al., 2006; Fracolli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy, 1999.</b>
		- Manutenção da hegemonia no trabalho em saúde centrado no modelo clínico. - A organização do trabalho centrado na consulta médica, que dificulta a autonomização do usuário.	<b>Souza et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>

		- O Modelo queixa-conduta faz com que o usuário tenha que exagerar na queixa para ser atendido.	<b>Fracolli, Zoboli, 2004</b>
		- Pouca valorização dos saberes, crenças e habilidades dos usuários pelos profissionais de saúde. - Despreparo para lidar com a subjetividade do usuário. - Tendência dos profissionais de culpabilizar os usuários por seus problemas de saúde.	<b>Cavalcante Filho et al., 2009; Coelho, Jorge, 2009; Matumoto et al., 2009; Pina et al., 2009; Oliveira et al., 2008; .</b>
		- Necessidade de outros profissionais na UBS como fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentre outros.	<b>Nery et al., 2009</b>
		- Conflitos e desarticulação das equipes. - Ausência de reuniões e espaços para a discussão e reflexões das equipes. As reuniões, geralmente são informativas e normativas.	<b>Nery et al., 2009; Freire et al., 2008; Souza et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Fracolli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000.</b>
		- Modelo biomédico, centrado na doença, enfatizado pelos profissionais e demandados pelos usuários deixa pouco espaço para ações educativas, promoção e prevenção à saúde.	<b>Oliveira et al., 2008; Schimith, Lima, 2004; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
		- Poucos mecanismos de acesso para a capacitação dos profissionais de saúde – educação permanente.	<b>Nery et al., 2009; Souza et al., 2008; Oliveira et al., 2008; Ayres et al., 2006; Schimith, Lima, 2004; Silveira et al., 2004; Fracolli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
<b>Protocolos prioritários - critérios de riscos</b>	<b>Avanços</b>	- O uso de protocolos prioritários garante a priorização do atendimento a partir da identificação de riscos e necessidades, e não apenas por critérios burocráticos e administrativos, como por ordem de chegada ao serviço.	<b>Esmeraldo et al., 2009; Pina et al., 2009; Zaicaner et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Silveira, Baldaci, 2006; Franco, Bueno, Merhy, 1999.</b>
		- O uso do protocolo associado à capacitação e ao trabalho em equipe – foi eficaz para a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).	<b>Pina et al. 2009.</b>
	<b>Desafios</b>	- Manter a sensibilização, participação e compreensão dos profissionais de saúde para o uso de protocolos.	<b>Zaicaner et al., 2008; Scholze et al., 2006; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
- Permitir uma flexibilização dos protocolos para ampliar e qualificar a escuta. - Há o risco de manter a avaliação do profissional de		<b>Cavalcante Filho et al., 2009</b>	

		saúde somente para a queixa-conduta e nos aspectos clínicos dos problemas de saúde apresentados pelo usuário. - O atendimento do usuário centrado somente pela gravidade do problema de saúde, faz com que ele tenha que exagerar na queixa. - A percepção do usuário de que o profissional é quem decide por ele, - se deve ou não ser atendido pelo médico , gera insatisfação e limitação de sua autonomia.	<b>Matumoto et al. 2009; Souza et. al. 2008; Fracolli, Zoboli, 2004.</b>
<b>Organização do trabalho</b>	<b>Desafios</b>	- O excesso de demanda e a falta de profissionais de saúde gera a sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse nos trabalhadores.	<b>Ayres et al. 2006; Fracolli, Zoboli, 2004; Schimith, Lima, 2004; Silveira et al., 2004; Sena et al., 2000; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
		- A pressão pelo atendimento rápido causa sofrimento nos profissionais de saúde	<b>Nery et al., 2009; Pinafo, Lima, Baduy, 2008.</b>
		- O medo da agressividade de alguns usuários, quando não há mais vagas para as consultas gera estresse nos trabalhadores.	<b>Takemoto, Silva, 2007; Sena et al., 2000.</b>
		- Há práticas conflitivas entre normatização administrativa e demandas dos usuários.	<b>Fracolli, Zoboli, 2004</b>
		- Exigências dos gestores para a realização de tarefas administrativas em detrimento as atividades assistenciais	<b>Schimith, Lima, 2004;</b>
		- Precárias condições de trabalho dos Agentes comunitários de saúde – ACS	<b>Pinafo, Lima e Baduy, 2008; Silveira et al., 2004.</b>
		- Pouca valorização do usuário pelo trabalho do auxiliar de enfermagem.	<b>Nery et al.,2009</b>
		- Fragmentação do processo de trabalho e ausência de participação dos profissionais nas resoluções da unidade.	<b>Coelho, Jorge, 2009</b>
		- A atribuição do acolhimento a somente um grupo apesar de propiciar maior agilidade no acolhimento, pode contribuir para pouca adesão, descompromisso e/ou desresponsabilização dos demais profissionais da equipe pela mudança no processo de trabalho.	<b>Freire et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007;</b>
<b>Ambiência</b>	<b>Avanços</b>	- Houve melhora em algumas UAPS, com salas individualizadas para acolhimento, respeitando a privacidade do usuário.	<b>Esmeraldo et al., 2009</b>

	<b>Desafios</b>	- A ausência de espaço físico adequado para realização do acolhimento diminui sua potencialidade.	<b>Matumoto et al., 2009; Pina et al., 2009; Coelho, Jorge, 2009; Nery et al., 2009; Freire et al., 2008; Fracolli, Zoboli, 2004; Leite, Maia, Sena, 1999.</b>
<b>Tecnologia informacional</b>	<b>Avanços</b>	- Facilita o controle e a manutenção dos registros da recepção. - Agiliza o setor de recepção de procedimentos e de prontuários. - Facilita agendar consultas com especialistas, e outros programas das secretarias de saúde.	<b>Marciel-Lima, 2004; Moresco, Souza, Pimentel, 2000.</b>
	<b>Desafios</b>	- Aumenta o risco de burocratizar o atendimento. - Interfere no estabelecimento de uma relação satisfatória entre o profissional de saúde e o usuário. - Coloca em risco a qualidade do atendimento para uma escuta ampliada. - Permanecem as filas (listas) de espera para especialidade no plano virtual.	<b>Marciel-Lima, 2004;</b>

Fonte: Bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, no período de 1989 a 2009.

## **Perspectivas do acolhimento: a consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde**

A ampliação do acesso aos serviços de APS a partir da implantação do acolhimento, evidenciados nos estudos analisados e apresentados no Quadro 1, levanta questões importantes sobre sua definição. Para Donabedian (1999) seria a capacidade do usuário do serviço de saúde obter, quando necessita, cuidado à sua saúde, de maneira fácil e conveniente. No entanto, quando relacionado ao serviço o acesso está associado ao desempenho e à oferta de cuidados que este pode oferecer, enquanto para o usuário, o uso efetivo do serviço resultaria de uma multiplicidade de fatores, como individuais predisponentes, fatores contextuais e aqueles relativos a qualidade do cuidado ofertado (Travasso, Martins, 2004). A medida do acesso, portanto é complexa, e no caso dos estudos analisados nesta revisão foram utilizadas medidas indiretas que indicaram o aumento da oferta dos serviços pelo aumento da capacidade instalada, representada pela ampliação do número de atendimentos realizados e da demanda aos profissionais de saúde na APS (Malta, Merhy, 2004).

Um fator facilitador do acesso dos usuários à ABS, citado em alguns estudos (Quadro 1), foi a territorialização, conceito técnico que consiste na definição de territórios para distinção de responsabilidades sanitárias. Os municípios passaram se dividir em territórios com margens de responsabilização sanitária para implementar áreas de abrangência das ações básicas em saúde pelas equipes do PSF (Brasil, 2005).

O primeiro e grande desafio apresentado é a dificuldade de acesso aos exames e consultas especializadas e ausência de mecanismo de comunicação e integração da APS com os demais níveis de complexidade do SUS (Quadro 1). Tal resultado demonstra a necessidade de reformular as organizações e equipamentos de saúde do SUS, criando condições para que este se aproxime cada vez mais dos seus usuários. Assim, hierarquização rígida do trabalho organizado sob a orientação do eixo de cada nível de complexidade do sistema precisaria ser repensada.

Segundo Mendes (2006), quando os níveis de complexidade de um sistema de saúde tornam-se autônomos há o risco de sua fragmentação, que pode ocorrer entre unidades semelhantes ou em diferentes níveis de complexidade, com conseqüências negativas para o acesso,

eficiência e equidade do sistema. De acordo com Gottems e Pires (2009), a articulação da APS com os demais níveis de complexidade da saúde influenciaria efetivamente na dimensão econômica do SUS, já que poderia interferir na lógica da oferta a partir da demanda e reduzir iniquidades.

Ademais, a relação entre os níveis de atenção do SUS seria o ponto estratégico para a transformação do modelo de saúde vigente, uma vez que, a interface da atenção básica com as demais unidades poderia impactar as ações de alta complexidade do SUS, racionalizar a utilização dos serviços a partir das demandas dos usuários; e ao mesmo tempo, poderia promover maior regulamentação do Estado aos prestadores contratados (Gottems, Pires, 2009).

Surge, no cenário nacional, a concepção de redes integradas e regionalizadas de atenção a saúde. A sua efetivação se daria pela centralidade das ações nas necessidades dos usuários, na continuidade do cuidado de forma articulada, integrando as diversas unidades e níveis de complexidade do SUS. O reconhecimento da complementaridade e da interdependência de cada unidade e nível de atenção deveria ser implementado para a construção de vínculos e conexões capazes de abordar problemas complexos em saúde e impulsionar inovações para a resolubilidade do SUS (Brasil, 2006b).

De acordo com Cecílio (2006), para que a construção da atenção articulada em redes integradas e regionalizadas se concretize, cada serviço deveria se articular em fluxos e circuitos, de forma complementar e dialética, a partir das necessidades reais dos usuários. Assim, a atenção integral seria o resultado da articulação entre cada nível de complexidade do SUS, quer seja uma equipe do PSF, ou uma unidade de referência complexa, buscando agregar saberes das equipes interdisciplinares e de outros setores, para além da saúde.

Neste sentido, o acolhimento seria concebido como uma rede de conversação, conforme assinala Teixeira (2007 p. 102), “acolhimento- dialogo”. Um autêntico espaço interligado e composto de regiões de conversa, no qual o acolhimento teria o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço, para oferecer aos usuários amplas possibilidades de transito nesta rede. O acolhimento-diálogo, desde a perspectiva do desempenho global da rede, pode ser visto como uma espécie de distribuído, operador da distribuição, por estar onipresente em

todos os pontos desta. Nesses momentos e espaços de encontros buscar-se-ia o entendimento e a negociação permanente para formulação da trajetória do usuário pela rede do SUS, porém com a participação efetiva deste sujeito.

Outro importante desafio do acolhimento para a operacionalização e qualificação do SUS, apontado nesta revisão (Quadro 1) foi a necessidade da transformação do modelo assistencial, que para Teixeira, Paim e Vilas Bôas (1998, p.24) é uma “combinação de tecnologias acionadas para o enfrentamento de problemas (danos e riscos) e a necessidade de saúde (incluídas as carências e problemas, [...] as oportunidades e projetos de vida pessoal ou de classe de sujeitos sociais)”. Assim, as transformações necessárias, envolveriam a recomposição dos meios de trabalho, a reestruturação das atividades nos serviços de saúde e a redefinição das relações sociais e técnicas sob as quais se realizam o processo de trabalho.

Conforme verificado nos resultados dos estudos (Quadro 1) ficou evidenciado que, a partir da adoção da diretriz do acolhimento, os profissionais se tornaram mais sensíveis às necessidades e responsabilização com a saúde dos usuários. No entanto, ainda se observa a manutenção do modelo hegemônico do trabalho em saúde, centrado no modelo clínico e na organização do processo de trabalho a partir da consulta médica. Este modelo que enfatiza a queixa-conduta, na avaliação de riscos para a entrada no serviço faz com que o usuário tenha que exagerar na queixa para ser atendido.

Outro aspecto confirmado neste estudo (Quadro 1) foi a pouca valorização dos saberes, crenças e habilidades, e o despreparo dos profissionais para lidar com a subjetividade dos usuários, cuja tendência leva-os a culpabilizá-los por seus problemas de saúde.

Não obstante, o modelo médico hegemônico, adotado historicamente pelo sistema de saúde brasileiro, cuja lógica da assistência a saúde centra-se no ato prescritivo de produzir procedimentos (consultas, exames, medicamentos, curativos, vacinas, entre outros), desconsidera os demais determinantes do processo saúde-doença e a subjetividade dos sujeitos. (Matumoto et al., 2005). Em decorrência o processo de trabalho está apoiado no modelo biomédico e na concepção biológica e mecanicista do processo saúde-doença, na qual a doença é vista como uma perturbação no funcionamento normal, cabendo aos profissionais

de saúde o papel de intervir, física ou quimicamente, para corrigir este defeito ou disfunção (Capra, 2006; Mitre et al., 2008).

Ora, se a doença é vista como um mau funcionamento do organismo e a equipe de saúde como interventora, resta ao usuário ocupar uma condição passiva e dependente (Herzog, 1991). Marcado por sua condição de adoecimento, às vezes crônica, o usuário se percebe subjugado e subordinado aos serviços de saúde e aos profissionais disponíveis, se colocando sob sua tutela. Por conseguinte, os profissionais de saúde, passam a dar assistência por meio de procedimentos técnicos, exames, testes, protocolos, prescrições, ao mesmo tempo em que cobram a obediência destes usuários (Cotta, et al., 2007; Lacerda, Valla, 2007; Ayres, 2001).

Neste contexto, vale evidenciar os resultados encontrados nos estudos sobre o acolhimento, referentes à adoção de protocolos para critérios de risco (Quadro 1). Foi confirmado que o uso destes protocolos garante a priorização do atendimento, a partir da identificação de riscos de grupos ou indivíduos, que apresentam maior vulnerabilidade de morrer, adoecer, ter comprometida sua qualidade de vida ou limitada sua autonomia funcional. Assim, o seu uso interrompe a perversa ordem de entrada nos serviços de saúde por critérios burocráticos, administrativos, como, por exemplo, a distribuição de senhas por ordem de chegada no serviço.

Há o risco, no entanto de manter a avaliação do profissional de saúde somente para a queixa-conduta, centrada nos aspectos clínicos dos problemas apresentados pelo usuário e definidos a partir desses protocolos. Ao mesmo tempo, isto pode levar o usuário a exagerar na sua queixa, ao compreender que, o profissional que o recebeu é quem irá decidir por ele, - se deve ou não ser atendido pelo médico -, perpetuando sua insatisfação e limitando sua autonomia. Para amenizar tais riscos deve-se manter a sensibilização, a participação e compreensão dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o uso destes protocolos. Além de permitir uma flexibilização no seu uso, buscando ampliar e qualificar a escuta no ato de acolher (Quadro 1).

O modelo assistencial hegemônico utilizado pelos profissionais de saúde e demandados pelos usuários, como visto no Quadro 1, deixa pouco espaço para ações educativas, de promoção e prevenção. Além disto, tais ações têm o risco de manter a mesma lógica hegemônica, no embasamento dos programas de saúde, principalmente quando necessitam de ações urgentes

para o controle de certas epidemias. Tal visão higienista da saúde, pontuada como uma questão de hábitos e comportamentos individuais, abstraídos de seu contexto histórico, de suas relações com as condições de vida e de trabalho das populações, poderia levar ao desfecho, que culpabiliza os usuários por seus problemas de saúde, desconsiderando sua singularidade e submetendo-os novamente à autoridade do profissional (Valla, Stotz, 1994; Pires, 2005).

Em contrapartida, para Mendes (2006), a visão ampliada da saúde, ao considerar o estado de saúde em permanente transformação, permite romper com a idéia estagnada e fragmentada de saúde, articulada em apenas uma disciplina. O que representa inscrevê-la como campo do conhecimento interdisciplinar e como prática social na ordem intersetorial. Portanto, é imprescindível integrar e articular diferentes saberes e práticas intra e intersetoriais para guiar essas transformações (Santos, Wetphal, 1999).

Assim, para impactar e transformar este modelo, o foco deve ser dado para a autonomia dos sujeitos, buscando a interdisciplinaridade e as potencialidades partilhadas dos recursos locais (Gottens, Pires, 2009). A construção da autonomia e do autocuidado poderia ser alcançada pela mudança da postura tradicional, que coloca o usuário do serviço como objeto inerte, que deve obedecer de maneira acrítica e sem restrições as prescrições disciplinares dos profissionais. Deve-se buscar a corresponsabilização do usuário, desde a construção do diagnóstico, mapa de vulnerabilidade e riscos até a construção do seu projeto terapêutico (Amaral, Campos, 2007).

Trata-se de mudanças nas praticas cotidianas dos serviços que considerem os usuários, sujeitos do processo de cuidado, inclusive de escolhas terapêuticas. Para isto, os profissionais precisariam compreender os fatores implicados e as representações presentes nas escolhas terapêuticas e na sua adesão, que poderiam estar relacionados a sua satisfação com o serviço e às respostas às suas necessidades de saúde, ao vínculo construído e ao processo de comunicação entre eles e os profissionais de saúde (Oliveira, 2008).

Assim, faz-se necessário uma reconstrução das ações educativas nos serviços de saúde, quer seja na formação ou na educação continuada destes profissionais, para o estabelecimento de

uma nova cultura voltada para os compromissos sociais e para responder as demandas reais da população brasileira (Mitre et al. 2008; Feuerwerker, 2005).

Aponta-se, assim, para um novo desafio, apresentado no Quadro 1, – os poucos mecanismos de acesso para a capacitação dos profissionais de saúde, a educação permanente. Nesta direção a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2001) discute a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde pelo investimento na sua qualificação e capacitação. Enquanto, a IX Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 1992, já afirmava que, para implementar o SUS, seria indispensável investir na qualificação de seus trabalhadores (Brasil, 1993).

Neste contexto, destaca-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2003, que buscou constituir-se em eixo transformador do SUS em relação à articulação entre Educação e Saúde (Campos et al. 2006). A educação permanente entendida como aprendizagem no trabalho, que utiliza o pressuposto pedagógico da aprendizagem significativa com a problematização dos processos de trabalho, e no qual o processo ensino-aprendizagem ocorre no cotidiano dos serviços. É preciso produzir uma nova consciência do sujeito público, que gere inovações para a construção contra-hegemônica de modelos de saúde voltados para a produção do cuidado em saúde (Gomes et al. 2009; Mitre et al., 2008; Cotta et al., 2006).

Assim, a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, com a implantação da educação permanente em saúde (EPS) assumem como parâmetros as necessidades de saúde de pessoas e das populações, a gestão setorial, e o controle social. Novas diretrizes e estratégias a fim de adequar esta política as diretrizes operacionais e ao Pacto pela Saúde, foram colocadas pela Portaria 1996/07, em 2007, tendo como eixo estruturante a valorização do trabalho e dos profissionais de saúde (Peduzzi et al., 2009; Campo et al. 2006).

Completa Ceccim (2005), que uma política de educação para o SUS precisa envolver, não somente os profissionais de saúde que já estão no campo de trabalho, como também os discentes, docentes, gestores de ensino e de informação científica tecnológica, buscando produzir uma política intersetorial e de interface.

Outro importante desafio destacado nesta revisão (Quadro 1) foi a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS caracterizado excesso de demanda e falta de profissionais, levando a pressão pelo atendimento rápido e sobrecarga de trabalho.

Conforme Scholze, Duarte-Junior e Silva (2009) estas condições podem acarretar riscos a saúde destes profissionais, como por exemplo, a síndrome de Burnout, que afeta geralmente pessoas envolvidas nos cuidados em saúde, quando expostos a excessivos e prolongados estados de tensão no âmbito do trabalho. O sofrimento causado pelo trabalho pode levar estes profissionais a utilizarem estratégias defensivas, assegurando certa normalidade pela aparente insensibilidade contra o que possa lhe causar sofrimento, postura contrária à preconizada pelos parâmetros da PNH.

Segundo Campos (2008, p.152), “o profissional de saúde é um cuidador sob tensão, na medida em que seu objeto de trabalho é [...] alguém que expressa sofrimento e que demanda [...] resultados muitas vezes superiores à possibilidade humana de alcançá-los”. Assim, no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais convivem com um conjunto de angustias, conflitos e obstáculos em sua prática, e por isto, do mesmo modo, demandam cuidados. Para este autor, os profissionais precisariam de espaços para acolhimento, escuta e construção de novas formas de lidar com o estresse do trabalho, por meio da própria dinâmica de funcionamento e relacionamento da equipe. Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010 p.3621) “o apoio humano, emocional e institucional para a equipe é necessário, assim como facilitar a construção de clima de equipe, de corresponsabilização e de parceria entre os profissionais; e sua educação permanente”.

No campo da gestão, Campos (1998) descreve um método de co-gestão, que busca assegurar o cumprimento primário da organização de saúde, - a produção da saúde -, ao mesmo tempo em que, permite e estimula os profissionais a ampliar sua capacidade de reflexão, participação com maior realização profissional e pessoal. Neste sentido, propõe criar espaços de democracia ampliada, em um tipo de gestão colegiada fundamentado no conceito de co-gestão, no qual todos participam, ou seja, nunca se decide sozinho ou isoladamente, ou pelo outro.

Tal proposta vai ao encontro da formulação da PNH, quando esta propõe no eixo da gestão do trabalho, promover ações que garantam a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, buscando fortalecer e valorizar sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional (Brasil, 2004b).

No entanto, as práticas cotidianas do acolhimento nos serviços de saúde apontaram contradições, que merecem extrema atenção por parte dos gestores, como apresentadas no Quadro 1: a existência de conflitos e desarticulação das equipes, a ausência de reuniões ou espaços para a discussão e reflexões das equipes e a fragmentação do processo de trabalho, pela ausência da participação dos profissionais na formulação das propostas dos serviços.

Ademais, como descrito no Quadro 1, um ambiente seguro, que possibilite privacidade no acolhimento, pode potencializar o encontro entre usuário e profissionais, no debate em torno da produção de cuidado, vínculo e da corresponsabilização em saúde. Além disto, o uso de tecnologia informacional pode agilizar o setor de recepção, facilitar o agendamento e os registros de procedimento realizado. No entanto, há o risco de burocratizar o acolhimento e interferir no estabelecimento de uma relação entre o profissional e usuário satisfatória, com escuta qualificada e humanizada.

### **Considerações finais**

O acolhimento ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, quando associado a presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, cidadania e corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disto, pode contribuir efetivamente para a superação do mito, construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados, e que os serviços de “ponta” estão no setor privado.

Por outro lado, quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço pode perpetuar a exclusão dos usuários e comunidades ao SUS; além de dificultar a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização. Esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde, como mais

uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras das UAPS, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS.

Assim sendo, o acolhimento em suas diferentes configurações destaca-se como um processo em construção no SUS, mas que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços; e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a reorganização do processo de trabalho na produção de sujeitos para o cuidado em saúde.

### **Referências:**

AMARAL, M.A.; CAMPOS, G.W.S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

ANDRADE, G.E.I.; DIAS FILHO, P.P.S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L.VC.; FLEURY, S. (Org.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.160-172.

AYRES, J.R.C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n.3, p. 16-29, 2004.

\_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n.1, p 63-72, 2001.

AYRES, R. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **Mundo saúde**, v. 30, n.2, p. 306-311, 2006.

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BENEVIDES R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 17, p. 398-406, 2005 a.

\_\_\_\_\_. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3; p. 561-571, 2005 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Boletim da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde**. 1. Ed. Brasília: DF.1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 9ª. Conferencia Nacional de Saúde**. 1. Ed. Brasília: DF, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **11ª. Conferencia Nacional de Saúde**. O Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS - acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **12ª. Conferencia Nacional de Saúde: Conferencia Sergio Arouca**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003. Relatório final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMELO, S. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v.8, n.4, p. 30-37, 2000.

CAMPOS, E.P. Quem cuida dos cuidadores? Implantação de um projeto voltado para os profissionais de um hospital de ensino. **Revista Administração Saúde**, v.10, n.4, p. 151-158, 2008.

CAMPOS, F. et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Cadernos de RH Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Recursos humanos em saúde** – Vol. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 39-43.

CAMPOS, G.W.S. O anti- Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p. 973-986, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. R.J. CEPESC/UERJ, IMS; ABRASCO, 2006. p.113-127.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469 -475, 1997.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

CORDEIRO, H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p.343-362, 2004.

COTTA, R. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.278-286. 2007.

\_\_\_\_\_ et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais de Programa da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n3, p. 7-18, 2006.

\_\_\_\_\_; MENDES, F.F; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV- CEBES, 1998.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3ª. ed.- São Paulo: Hucitec, 2010.

DONABEDIAN A. **Garantí y monitoria de la calidad de la atención médica**. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 1999.

ESMERALDO, R. et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **REV APS**; v,12, n.2, p.112-130, 2009.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Ipea. **Planejamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1990: IPEA. n.3, p.139-162.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n 18, p. 489-506, 2005.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-41.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**; v. 38, n. 2, p 143-151, 2004.

FRANCO T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME- Rev. Min. Enferm**, v. 12, n.2, p. 271-277, 2008.

GOMES, K. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.4. p. 744-755. 2009.

GOMES, M.C.P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 17, p. 287-302, 2005.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p.189-198, 2009.

HERZOG, R. A percepção de si com sujeito-da-doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 1 n.2, p.143-155,1991.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

LEITE, J.C.A; MAIA,C.C.A.; SENA, R.R.. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 52, n. 2, p. 161-168, 1999.

LIMA, M. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. Enferm.**, v.20, n.1, p. 12-17, 2007.

MACIEL-LIMA, S. M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 20; n.2, p. 502-511, 2004.

MALTA, D.C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS, T.A. et al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p 121-142 .

\_\_\_\_\_.; MERHY, E.E. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf.**,v. 8 n.2, p 259-267, 2004.

MATUMOTO, S. et al., Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

\_\_\_\_\_, S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p.1001-1008, 2009

MENDES, E.V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2006.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, T.A. et al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

\_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p. 7-19, 2001.

MITRE, S. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 357-363, 2009.

MORESCO, P. M; SOUZA, I. G.; PIMENTEL, R. M.. Avaliação da informação e do acolhimento solidário na Unidade de Saúde Vila Clarice **Divulg. Saúde Debate**, v. 19, p. 40-43, 2000.

NASCIMENTO, P.R.; ZIONI, F. O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos sociais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.14, n.32, p.199-205, 2010.

NERY, S. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da familiar de São Carlos. SP. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v 12, n.27, p. 749-762, 2008.

OLIVEIRA, M.C. Os modelos de cuidado como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p.347-355, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro: OPAS, 2001.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira In:  
FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11-24.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.13, n 30, p.121-134, 2009.

PINA, J. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta de Enfermagem**, v. 22, n.2, p.142-148, 2009.

PINAFO, E.; LIMA, J.V.C.; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Espaç. saúde (Online)**, v. 9, n.2, p. 17-25, 2008.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 27-34, 2003.

ROLLO, A. OLIVEIRA, R.C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **O agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997. p. 321-352.

SANTOS, A. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23; n.1, p. 75-85, 2007.

SANTOS, J.L.; WETPHAL, M F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v.13, n.35, p. 71-88, 1999.

SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, sup.1, p. 603-613, 2009.

\_\_\_\_\_. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Espaç. Saúde (Online)**, v. 8, n 1, p. 7-12, 2006.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, F.Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, n.31, p.303-14, 2009.

SENA, R. et al. Acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 51-57, 2000.

SILVA, G.R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n.2, p. 15-21, 1995.

SILVEIRA, M.F.A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n.1, p. 71-78, 2004.

SILVEIRA, M.G.G.; BALDACCI, E. R. Humanização e auto-gestão em uma unidade básica de saúde. **Pediatria** (São Paulo), v. 28, n. 4, p.226-233, 2006.

SOUZA, E. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.100-110, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p.190-198, 2004.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância em saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 7, n.2, p.7-28, 1998.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma prática de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007. p. 89-112.

TESSER, D.C.;POLI NETO,P; CAMPOS, G.W.S.. Acolhimento e (dês)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 ,Supl.3, p. 3615-3624, 2010.

URSS. Conferencia Internacional sobre cuidados primários de saúde. **Declaração de Alma Ata**. União Soviética: Alma-Ata, 1978.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

ZAICANER, R. et al. Análise da implantação do protocolo para incorporação de pacientes de grupos prioritários na atenção básica. **Divulg. Saúde Debate**, v 42, p. 90-101, 2008.

## Artigo 2-

# O ACOLHIMENTO NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: INCLUSÃO, ALTERIDADE E INTEGRALIDADE NA RECONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.

### Resumo

**Introdução:** Na década de 90, o SUS foi considerado excludente pela dificuldade de acesso, pelas práticas de cuidados impessoais e fragmentadas e pela ausência e/ou sucateamento dos equipamentos públicos. Em meados de 90, associado aos programas de humanização, o acolhimento foi introduzido nos serviços de saúde como um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças visando a retomada do acesso universal e qualificação do SUS..

**Objetivo:** realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o acolhimento nos modos de produzir saúde e cuidado na média e alta complexidade do SUS. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, cujas bases de dados consultadas foram LILACS, MEDLINE, SciELO, no período de 1989 a 2009. **Resultados:** Oficializado como diretriz operacional da Política Nacional de Humanização/SUS, a partir de 2003 o acolhimento se expandiu para os diversos níveis de complexidade do sistema, atingindo populações em contexto de vulnerabilidade, buscando a acessibilidade e inclusão. O acolhimento foi capaz de transformar o cuidado – de centrado nos procedimentos para centrado no Ser humano, que busca sua participação e corresponsabilização na produção da saúde. Apesar de ter gerado dificuldades e impasses pelas limitações internas e externas aos serviços, a implementação do acolhimento teve o potencial de mobilizar as equipes na construção de um novo modo de produzir saúde, superando o modelo tecnicista e medicalizante. **Conclusão:** Espaços para reuniões, debates e reflexões das equipes são fundamentais, e quando associados aos programas de Educação Permanente podem instrumentalizar os profissionais de saúde para intervenções inovadoras e necessárias na produção do cuidado em saúde. Neste contexto, uma gestão participativa, democrática e acolhedora é condição preponderante para a superação dos obstáculos em prol de uma saúde mais humana e resolutiva.

Palavras chaves: acolhimento, assistência humanizada, saúde mental, Sistema Único de Saúde, hospital

## **Introdução**

O Brasil é a 13ª economia do mundo, mas apenas “1% da população brasileira mais rica detém o equivalente de renda total da mesma magnitude que a dos 50% mais pobres”. Assim sendo, não é um país pobre, mas marcado pela desigualdade na distribuição de renda (Cotta et al., 2007, p. 280).

A população mais pobre consome seu cotidiano na busca de condições para sobreviver, muitas vezes alimentando mal, morando em locais de risco, aceitando trabalhos precarizados, utilizando o trabalho dos jovens, prejudicando a participação escolar, as condições físicas, emocionais, enfim a saúde. A pobreza, desigualdade e enfermidades se retroalimentam e promovem o sofrimento e a opressão, evidenciada nas diferentes morbidades, no aumento dos índices de analfabetismo, no desemprego, violência e na maior dificuldade de acesso a serviços de saúde em todos os seus níveis (Cotta et al. 2007; Marsiglia, Silveira, Carneiro-Junior, 2005).

No Brasil, a desigualdade está relacionada também às regiões, étnica, gênero, além da questão econômica. A prevalência de doenças infecciosas continua alta e recrudescem as endemias entre os extratos e regiões economicamente mais pobres. Por outro lado, as causas externas (acidentes e violência) ocupam as primeiras causas de morte entre os jovens brasileiros (Brasil, 2010; Cotta et al., 2007; Marsiglia, Silveira, Carneiro-Junior, 2005).

A constituição Federal de 1988 garantiu em termos legais o acesso universal, igualitário e integral aos serviços de saúde. A universalidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) deve garantir o acesso aos serviços de saúde pela inclusão de todos os seguimentos populacionais. Entretanto, é preciso promover a inclusão pelo princípio da equidade, priorizando os grupos populacionais mais despossuídos e excluídos, favorecendo lhes além do acesso aos serviços de saúde, programas de qualidade (Cotta et al., 2007; Marsiglia, Silveira e Carneiro-Junior, 2005).

Nesta perspectiva, as políticas de saúde requisitam uma atenção diferenciada, formulando propostas e estruturando serviços que ofereçam o cuidado integral a estes cidadãos. Para tal,

tem sido necessário reconstruir os modos de operar os serviços de saúde para que se comprometam com os direitos plenos dos sujeitos, em defesa da vida, que busquem dar resolubilidade as suas reais demandas, garantindo sua participação e o empoderamento (Merhy, 1988; 1997).

Destarte, no final da década de 90, o acolhimento foi introduzido nos serviços de saúde, como um dispositivo capaz de disparar reflexões e mudanças na organização dos serviços, na retomada do acesso universal ao SUS, no resgate do conhecimento das equipes multiprofissionais, e na qualificação das relações entre usuários/comunidades e profissionais de saúde (Franco, Bueno, Merhy, 1999; Merhy, 1998; Malta et al., 1998).

Em 2003, o acolhimento, assume o discurso oficial do Ministério da Saúde, como diretriz operacional para a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), que consiste em reorganizar o processo de trabalho nos serviços de saúde para dar acesso a todos que procuram, fortalecendo os princípios da universalidade, equidade e a busca da integralidade. Seu eixo essencial é mobilizar reflexões e ações humanizadas, fundamentadas na ética e na cidadania (Brasil, 2006).

Ademais, o acolhimento se expressa em uma atitude de inclusão, na qual os profissionais de saúde “tomam para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas” para buscar a resolubilidade aos seus problemas de saúde (Brasil, 2006, p19). Para tal, será necessário recorrer à alteridade, quando se reconhece os próprios limites e admite-se validar o saber do outro, para identificar e enfrentar os problemas complexos de saúde, superando as práticas tradicionais e alcançando o caminho da integralidade (Cotta et al., 2007).

Segundo Mattos (2005, p.56), trata-se de “oferecer uma resposta ao sofrimento experimentado [...] respostas aos estreitamentos no modo de andar a vida [...] as políticas de saúde pautadas pela integralidade devem basear-se numa perspectiva muito ampliada de apreensão das necessidades assistenciais”. Para este autor, a escuta ampliada e de apreensão das necessidades de saúde de um sujeito é característica da prática baseada na integralidade.

Uma prática centrada no sujeito deve suscitar valores além do técnico-científicos, mas a partir do cuidado “como atitude de solicitude, de atenção e de dedicação pelo outro, e de

preocupação e inquietação por ele. A pessoa que tem cuidado sempre sente-se afetada e afetivamente ligada ao outro” (Boff, 2009,p.19).

Sem embargo, a temática do acolhimento vem ganhando relevância crescente no SUS, se conformando em diferentes concepções. Uma nova tecnologia capaz de reorganizar os serviços, no sentido de garantir o acesso e o atendimento humanizado em busca da resolubilidade aos problemas de saúde apresentado pelo usuário e/ou comunidades (Silva; Alves, 2008; Oliveira et al.,2008; Pinto, Rodolfo, Oliveira, 2004; Solla, 2005). Uma postura profissional pautada na ética e no compromisso com a vida, capaz de criar vínculo e responsabilização na compreensão das reais demandas de saúde dos usuários (Monteiro, Figueiredo, Machado, 2009; Pina et al., 2009; Demeneck, 2008; Schneider et al., 2008).

Um modo de regular os serviços para estimular a cidadania e a autonomia, contribuindo com a satisfação do usuário e a adesão ao processo terapêutico (Alves, Deslandes, Mitre, 2009; Gomes, Pinto, Pinheiro, 2005; Sá et al., 2007; Schimith; Lima, 2004). Escuta e observação qualificada, capazes de perceber as diversas demandas dos usuários e potencializar reflexões sobre as práticas em saúde ao reconhecer a singularidade dos indivíduos, a partir do compromisso e responsabilização no encontro terapêutico, possibilitando mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços (Alves, Deslandes, Mitre, 2009).

Legítimo espaço coletivo de conversações, capaz de articular diferentes atividades de saúde em redes - “acolhimento-diálogo” -, que pode ser distribuidor e operador desta disposição, por estar- “onipresente em todos os pontos da rede” (Teixeira, 2005, p. 102).

Destarte, em suas diferentes dimensões o acolhimento é um processo em construção no SUS, que tem colocado em evidencia as dinâmicas, recursos disponíveis, critérios de acessibilidade e inclusão dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que é capaz de revelar as dinâmicas instituidoras destes serviços e possibilitar reflexões e inovações no modo de trabalhar em saúde para promover a corresponsabilização em a defesa da vida e do SUS (Mangia et al, 2002; Franco, Bueno e Merhy, 1999; Malta et al., 1998).

Diante destas considerações, este artigo tem por objetivo, realizar uma análise crítica da produção bibliográfica no Brasil, dos últimos vinte anos, sobre o acolhimento nos modos de produzir saúde e cuidado, na média e alta complexidade do SUS.

## **Método**

Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, realizado por meio de uma revisão da literatura, centrado nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando o “acolhimento” e seus equivalentes no idioma espanhol e inglês. Considerando que este descritor em “assunto” só aparece em publicações a partir de 2004, a busca foi ampliada para “título”, visando contemplar publicações do período de janeiro de 1989 a dezembro 2009.

No período de estudo proposto foram encontradas 107 referências sobre acolhimento. Para a seleção dos artigos, primeiramente foi realizada a leitura dos resumos, excluídas as teses, monografias, e os artigos não relacionados à temática da saúde. Em outra etapa, foi realizada nova leitura dos resumos a fim de delimitar os artigos por nível de complexidade do SUS em média e alta complexidade. A referência conceitual utilizada foi o documento da “Coleção Progesteres – Para entender a gestão do SUS” (Brasil, 2007), que define a média complexidade como as ações que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade exige a disponibilidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e tratamento. Enquanto, a alta complexidade envolve ações de alta tecnologia e alto custo, em serviços qualificados para este fim.

Por fim, atendendo aos critérios destacados, foram selecionados para análise 39 artigos, que foram categorizadas segundo os núcleos temáticos de inserção e contextos dos sujeitos no acolhimento em: hospitalização, saúde mental e outros contextos de vulnerabilidade. Cada núcleo foi organizado em matrizes compostas das seguintes informações: autores e ano de publicação; objetivos; delineamento, sujeitos e local do estudo e os principais resultados

relacionados ao acolhimento. A referência metodológica para esta análise foi o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008).

## **Resultados e Discussão**

Devido ao grande número de artigos analisados e visando uma melhor compreensão do leitor, os resultados foram apresentados organizado por conteúdos nos quadros 1,2 e 3 e discutidos conforme os núcleos e contextos de acolhimento abordados em: hospitalar, saúde mental e sujeitos em situações de vulnerabilidade.

### **O Acolhimento no cenário hospitalar: resgatando espaços para o cuidado humanizado**

Por meio do Quadro 1, pode-se visualizar os artigos selecionados no período de 1989 a 2009, que tratam de questões relacionadas ao acolhimento no contexto hospitalar.

Na década de 90, alguns autores destacaram o caráter excludente do SUS, tanto pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como pela baixa qualidade e resolubilidade dos serviços prestados (Andrade, Dias-Filho, 2010; Faveret-Filho, Oliveira, 1990). Segundo Rollo e Oliveira (1997) a imagem da assistência hospitalar pública era negativa e para os que dela necessitavam era desesperadora. As pessoas eram reduzidas a objetos, manipulados pela ação de procedimentos técnicos. As práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas, os equipamentos insuficientes e sucateados, e sem uma efetiva integração com o sistema local de saúde.

Em relação ao modelo de assistência ao pré-natal e parto no Brasil, este permanecia inaceitável pelas altas taxas de mortalidade materna e do neonato. Segundo dados de óbitos maternos declarados no Sistema de informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Nascidos vivos, em 2002, eram de 74,5 óbitos maternos por 100 nascidos vivos (Versiani et al., 2008). De acordo com dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), em 2003, no Brasil a taxa de mortalidade materna foi de 63,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo as principais causas as obstétricas diretas relacionadas às doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais e aborto. A maioria destas causas seria evitável

se houvesse uma adequada assistência no período pré-natal, parto e puerpério (Duarte, Andrade, 2006).

Não obstante, já no ano de 2000, o Ministério de Saúde, adotou algumas medidas para a melhoria desta assistência e qualificação do SUS, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Esse programa visava além de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, perinatal, puérperio e neonatal. Houve também um investimento nas redes estaduais de assistência à gestação de alto-risco para qualificar os casos complexos, como os de recém-nascidos prematuros, e para equipar as unidades de terapia intensiva neonatal (Andrade, 2005).

O acolhimento, de acordo com Versini et al. (2008), foi uma estratégia utilizada para garantir a assistência humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, visando reconstruir e aplicar novos valores, junto às equipes. No processo de humanização da assistência hospitalar foi permitido e estimulado o acompanhante junto à usuária do SUS, além terem sido realizados investimentos na estrutura física e equipamentos dos hospitais.

Diferentes autores afirmam que a vivência do parto e da maternidade é experienciada pela parturiente com elevado grau de estresse, dor, medo, ansiedades, sendo que o acolhimento pode auxiliar positivamente nesta experiência. O acolhimento, que envolve a subjetividade, apropriação da vivencia hospitalar, informações oportunas, disponibilidade de um acompanhante e de profissionais de saúde envolvidos na interlocução qualificada no processo da parturição, foram percebido pelas mulheres como capaz de produzir efeitos favoráveis neste período (Davim, Torres, 2008; Rodrigues, Siqueira, 2008; Soares, Silva, 2003).

Para Loreto (2003) o acolhimento, abordagem cuidadosa de cunho afetivo, é essencial no processo terapêutico, pois pode auxiliar na reorganização dos processos emocionais da maternidade, facilitar as interações e formação de vínculo com o bebe, além de prevenir transtornos psicopatológicos.

O Ministério da Saúde, em 2001, prosseguindo na proposta de humanização hospitalar, amplia suas ações e lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

(PNHAH). Tal programa propunha ações integradas, buscando uma transformação cultural no ambiente hospitalar e na qualidade técnico-científica e ética, que respeitasse a singularidade das necessidades do usuário, tanto quanto do profissional de saúde para “acolher o desconhecido e imprevisível [...]” (Fortes, 2004, p. 33).

Finalmente em 2003, visando atingir todos os níveis de atenção a saúde o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), como uma prática de transformação cultural, centrada no usuário e na gestão do processo de trabalho (Fortes, 2004). O acolhimento passou a ser sua diretriz operacional para possibilitar a universalidade da assistência, e capacitar à governabilidade das equipes no trabalho coletivo, acolhedor e resolutivo (Alves, Deslandes, Mitre, 2009; Zoboli, Fracoli, 2006).

Assim, o acolhimento possibilitou mudanças nas práticas de cuidado hospitalar para além dos procedimentos técnicos. Ampliou-se no hospital o debate das equipes para buscar atitudes e comportamentos de cuidado, que requeriam um olhar ampliado para o sofrimento humano (Almeida, Silva, 2008). Os familiares começavam também a serem acolhidos, por meio de espaços para expressão de ansiedades e sofrimentos, que acabavam por favorecer o bem estar, envolvimento e a participação ativa, durante o processo de hospitalização (Morsh, Delaminica, 2005). Formaram-se grupos de profissionais para o atendimento acolhedor aos usuários e a seus familiares, auxiliando-os a atenuar a dor, ansiedade, preocupação ou lutos durante a situação de hospitalização (Souza et al., 2008; Costa et al., 2003).

Especificamente, na internação em UTI pediátrica, Molina et al. (2009) pontuam que os pais vivenciam profundo sofrimento, e que o acolhimento demonstrado pela equipe como respeito e atenção, foi capaz de criar confiança, vínculo e sentimento de gratidão. Já para Alves, Deslandes e Mitre (2009), ao analisar situações e contextos que propiciam ou dificultam as relações de acolhimento e a autonomia de usuários numa unidade de internação pediátrica, afirmam que o acolhimento possibilita relações dialógicas, facilita a produção de vínculos, quando compreende o usuário como protagonista de seu processo, capaz de exercer sua autonomia e compartilhar a responsabilidade pelo cuidado. Contudo, os autores discutem a existência de lacunas na compreensão pela equipe da proposta de um projeto de humanização para o serviço, que precisa contemplar além da gestão, as relações entre os usuários e

acompanhantes. Apontam para a necessidade de reflexão, discussão e aprofundamento pela equipe sobre como a assistência será prestada, problematizando seus obstáculos e discutindo as possibilidades para as reais mudanças das práticas. Sugerem a importância de implementar projetos de Educação Continuada.

Ademais, em relação às equipes envolvidas no cuidado hospitalar, Rossi e Lima (2005), ao avaliaram as práticas gerenciais da enfermagem, afirmaram que o acolhimento é concretizado nas ações resolutas do enfermeiro com os técnicos e auxiliares de enfermagem. No entanto, estes profissionais também precisam receber acolhimento no cotidiano das relações, pois assim serão mais capazes de reproduzi-lo na rotina de cuidado aos usuários.

Morais et al. (2009) aprofundaram este debate ao promoverem oficinas de sensibilização/capacitação para todos os profissionais da recepção e do pronto-atendimento do Hospital Maternidade, estudado. Segundo estes autores, para que o acolhimento aos usuários ocorra é necessário um ambiente e cultura organizacional participativa, estímulos individuais e coletivos, espaços de escuta e diálogos capazes de ouvir demandas, medos e resistências dos profissionais para a mudança. Assim, reafirmam que para acolher os usuários é necessário que o acolhedor seja acolhido.

Na perspectiva de expansão do acolhimento para outras áreas hospitalares, alguns autores têm problematizado o aumento da demanda pela hospitalização por outros grupos, que estariam relacionados à mudança do perfil demográfico e aumento da expectativa de vida do brasileiro. Martins e Nascimento (2005) discutem a importância do acolhimento para o cuidado integral do idoso no contexto da hospitalização, que vai além do conhecimento técnico para amparar-se numa relação de cumplicidade. Já, de acordo com Schneider et al. (2008) na atenção ao sujeito com Infarto Agudo do Miocárdio e de seu familiar, agravo à saúde que ocorre de forma abrupta, é preciso uma nova abordagem, que reconheça a hospitalização como um processo difícil, momento de desamparo e sofrimento, e o ambiente de UTI gerador de estresse, angústias e medos. Para estes autores, o acolhimento deve ser pautado no compromisso de toda a equipe em todos os momentos e deve envolver a escuta, o diálogo, apoio e vínculo.

**Quadro 1 – Artigos seleccionados sobre o acolhimento no contexto da Hospitalização, período de 1989 a 2009.**

<b>Maternidade, Neonatologia e Unidade Pediátrica de Internação</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos Local</b>	<b>Resultados</b>
Soares, Silva, 2003	- Compreender a representação de puerpéras acerca do alojamento conjunto.	Abordagem qualitativa - Entrevista individual - Análise Método Taylor e Bogdan	- Puerpéras Hospital / Maternidade - SP	- A mulher compreende sua vivência de parturiente com angustiante e temerosa, perde o controle da situação, que se revela como imprevisível e não familiar. - Concepção de Acolhimento pelo usuário – ser ajudado, receber esclarecimentos, capacidade de comunicar, de atender prontamente, ser educado, cuidadoso. - O acolhimento instrumentaliza e auxilia as mulheres na vivência de uma experiência mais positiva da hospitalização e parto.
Loreto, 2003	-Discutir a necessidade de diagnóstico precoce e intervenção em transtornos psiquiátricos na gravidez e pós-parto.	- Relato de expediência	- Puerpéras Hospital/ Maternidade - RJ	- Necessidade de romper o mito da Maternidade Feliz, a gravidez e parto pode não representar-se de forma igual para todas as mulheres, pode não ser - bem-estar. - Concepção de Acolhimento - abordagem cuidadosa, de cunho afetivo, mais que conhecimento técnico - essencial no processo terapêutico. - Pode auxiliar na reorganização dos processos emocionais da maternidade, facilitar as interações e formação de vínculo com o bebe, e prevenir transtornos.
Davim, Torres, 2008	- Identificar a opinião das puérpera em maternidade, alojamento conjunto, enfocando o acolhimento	- Abordagem qualitativa - Entrevista - Análise de conteúdo	- Puerpéras - Hospital/ Maternidade - RN	- Acolhimento envolve ação afetiva, pode fazer com que as vivências durante a internação sejam atendidas e elaboradas de forma positiva. - A receptividade, informações oportunas, disponibilidade de um acompanhante e dos profissionais de saúde auxiliam positivamente esta experiência.
Rodrigues, Siqueira, 2008	- Discutir os efeitos benéficos de uma escuta responsiva à verbalização da presença da dor, medos e seus correlatos na	- Abordagem qualitativa - Entrevista - Análise a partir do quadro teórico da Psicologia Social, Psicanálise e Lingüística.	- Puerpéras e Doulas -Hospital / Maternidade - SP	- Vivência do parto é experienciada pela parturiente com elevado grau de estresse, dor, medo, ansiedades. - Concepção de Acolhimento, subjetividade auto-referida e apropriação da experiência - pela interlocução qualificada no processo da parturição. - Foram percebidos pelas mulheres

	cena do parto.			como capazes de produzir efeitos favoráveis sobre suas vivências na hospitalização.
Almeida, Silva, 2008	- identificar as necessidades e percepções das puérperas que demandam cuidado de enfermagem durante sua permanência no alojamento conjunto.	- Abordagem qualitativa - Entrevista - Análise de conteúdo	- Puerpéras - Hospital / Maternidade - BA	- Vivência experienciada pela parturiente tem elevado grau de estresse, dor, medo, ansiedades. - Práticas de enfermagem com ênfase na técnica e execução de procedimentos - Necessidade de mudar a prática de cuidado da enfermagem para além dos procedimentos técnicos, incorporar os valores e iniciativas humanizadas, propiciadas pelo acolhimento.
Costa et al., 2003	- Relatar experiência da equipe multiprofissional no cuidado paliativo da neonatologia.	Relato de experiência	- Serviço de neonatologia  - Hospital - SP	- Acolhimento – cuidado humanizado - Produção de um protocolo de acolhimento aos familiares de recém-nascidos com prognóstico ruim ou óbito em UTI neonatal. - Ampliou o debate no hospital para atitudes e comportamentos de cuidado que vão além da prática de procedimentos, e requer um olhar ampliado para o sofrimento humano. - Formação de grupo de profissionais para o acolhimento aos pacientes e familiares tem atenuado a dor, a ansiedade e a preocupação destes.
Morsch, Delamonica, 2005	- Analisar repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de bebês internados em UTI Neonatal.	Estudo exploratório Abordagem qualitativa Observação Entrevistas	- Familiares – irmãos - Hospital – RJ	- Fantasias de abandono, temor à perda do amor parental, a presença de insegurança podem estar presentes nos irmãos de recém-nascidos em cuidados neonatais intensivos. - Acolhimento espaço para escuta e expressão. - Oferecer espaço de acolhimento possibilitou a expressão da ansiedade e demais sentimentos provocados pela situação. - Foi facilitador do bem-estar destas crianças, que se sentiram aceitas e integradas - com repercussões significativas em sua auto-estima e competência fraterna.
Souza et al., 2008	- Discutir o impacto do óbito e o luto no período neonatal sobre os pais.	- Ensaio reflexivo	—	- Propiciar espaços de acolhimento diante do luto da família, auxiliando no enfrentamento do processo de luto.
Alves, Deslandes, Mitre, 2009	- Analisar as situações e contextos que propiciam ou dificultam as relações de	Abordagem qualitativa Observação etnográfica	-Enfermaria de Internação Pediátrica (idade de 0 a 18 anos) - Hospital	- O acolhimento envolve a observação e escuta atenta, capaz de perceber diferentes demandas. É um princípio voltado para uma reflexão da prática de saúde, pois reconhece o outro em suas diferenças pela corresponsabilização no

	acolhimento e autonomia dos usuários.		- RJ	<p>encontro terapêutico.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve lacunas para efetivação de projeto de trabalho pautado na humanização, concebido pela equipe como uma atenção de qualidade.</li> <li>- Ausência de discussão sobre como a assistência humanizada será realizada e de reflexões sobre os cuidados com a participação efetiva dos sujeitos internados.</li> <li>- Aponta-se para a necessidade de um projeto de Educação Continuada.</li> </ul>
Molina et al., 2009	- Compreender as famílias percebem a própria presença na unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal, e a aceitação dessa presença por parte dos profissionais de saúde.	Abordagem qualitativa Entrevista Análise de conteúdo	- Pais de crianças internadas na UTI pediátrica e neonatal - Hospital - PR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais vivenciam sofrimento na hospitalização do filho e ocorrem alterações das dinâmicas familiares, que alteram suas vidas.</li> <li>- Perceberam o acolhimento como respeito e atenção a eles e aos filhos internados, que criam elos de confiança e afetivos.</li> <li>- A permanência junto a criança também é valorizada.</li> </ul>

#### Unidades de Terapia Intensiva – UTI para Adultos e idosos

Martins, Nascimento, 2005	- Refletir sobre o cuidado do idoso em UTI diante necessidade de hospitalização - para o cuidado integral.	- Ensaio reflexivo		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para o cuidado integral ao idoso em UTI é necessário o acolhimento - tecnologia leve, além do preparo técnico - tecnologia leve-duras.</li> <li>- A humanização ocorrerá na oferta do conhecimento e na cumplicidade na relação.</li> </ul>
Schneider et al. 2008	- Desenvolver uma proposta de acolhimento para o paciente com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e sua família, a partir da percepção dos mesmos quanto ao enfrentamento dessa situação	- Pesquisa exploratória e descritiva. - Abordagem qualitativa - Entrevista	- Usuários e familiares - Unidade de Terapia Intensiva Coronariana - UTI Hospital - SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O agravo à saúde IAM ocorre de forma abrupta, reconhecendo a hospitalização como um processo difícil, de desamparo e sofrimento para o sujeito e familiares.</li> <li>- O ambiente da UTI gera sentimentos de estresse, ansiedade, angústia e medos para o paciente e familiar.</li> <li>- A partir da pesquisa foi desenvolvida uma proposta de acolhimento, por meio da escuta, diálogo, apoio e vínculo.</li> <li>- O acolhimento foi compreendido como um</li> </ul>

				processo de cuidado ético e comprometimento, que deve ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde.
<b>Equipes</b>				
Rossi, Lima, 2005	- Identificar a utilização de tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro e sua interferência na produção de cuidado	Abordagem qualitativa Observação livre	- Equipe de enfermagem - Hospital - RS	- O acolhimento é concretizado nas ações resolutivas e respeitadas do enfermeiro com técnicos e auxiliares de enfermagem.  - Necessidade dos profissionais receberem acolhimento no seu cotidiano, ajudam-no a acolher o usuários;  - Aponta-se a necessidade de aberturas de espaços de liberdade para uma prática diferenciada no sentido de envolver e centralizar o usuário no processo de cuidado mais humanizado.
Zoboli, Fracolli, 2006	-Resgatar a concepção do acolhimento na política de humanização para as unidades de saúde hospitalares.	Ensaio crítico - reflexivo	-----	O acolhimento - diretriz operacional de reorganização do serviço de saúde possibilita a universalidade da assistência e a capacidade de governabilidade das equipes para intervenção nas práticas de saúde.
Moraes et al., 2009	- Implantação e implementação da assistência materno-neonatal a partir do acolhimento as equipes	- abordagem qualitativa - entrevista -observação de oficinas - Análise discurso coletivo	- Profissionais de enfermagem - Hospital Maternidade e neonatologia -SP	- Para que o acolhimento aos usuários ocorra é necessário um ambiente e cultura organizacional adequados, estímulos individuais e coletivos.  - É necessário enfrentar medos e resistências dos profissionais para a mudança, ouvir suas demandas.  - Acolher o acolhedor é necessário para que ele possa acolher.

**Fonte: Bases de dados SciELO, MEDILINE e LILAC.**

## **O acolhimento na Saúde Mental: da inclusão à reconstrução do cuidado centrado no Ser Humano**

Por meio do Quadro 2, apresenta-se os artigos selecionados no período de 1989 a 2009, relacionados ao acolhimento na saúde mental.

Historicamente, segundo Amarante (1997) os serviços relacionados à saúde mental eram prestados pelo Ministério da Saúde e pelas próprias Secretarias estaduais de saúde, principalmente para a assistência a população indigente, por meio de redes com características asilares e manicomiais, marcada pela ausência de recursos técnicos e materiais. Paralelamente, havia a assistência prestada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, que sem possuir redes próprias comprava serviços da rede privada que funcionava de modo semelhante a rede pública, ou seja, havia uma carência de recursos técnicos e humanos com um número excessivo de internações, e que posteriormente foram consideradas desnecessárias. O Movimento da Reforma Psiquiátrica ao denunciar tais distorções, propôs transformar o modelo de assistência manicomial e a inversão da política nacional de saúde mental privatizante para estatizante, com a implantação de alternativas extra-hospitalares.

A partir das inovações proposta pela Reforma Sanitária brasileira, iniciou-se a desmontagem do aparato manicomial, com a conseqüente implantação de uma rede territorial de assistência à saúde mental no SUS em substituição do modelo psiquiátrico tradicional. Para tal, os projetos de Saúde Mental precisam ser implementados pelo gestor local, em interlocução com instâncias do controle social, dispondo de equipamentos conforme porte do município e especificidade de sua demanda em: (1) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMS), destinados a cuidados intensivos e semi-intensivos a este seguimento populacional, em regime de permanência dia e/ou noite, priorizando situações de crise para dispensar o recurso internação; (2) leitos para pernoite em hospital geral, em casos de crises; (3) centros de convivência para participação em atividades artísticas e culturais; (4) serviços de residências terapêuticas ou moradias protegidas para receber aqueles indivíduos que tiveram internação prolongada, durante o modelo anterior, e que acarretou a eles a ruptura de laços sociais e familiares; e (5) equipes de saúde mental em unidades básicas de saúde, atenção primária, atuando conjuntamente com as equipes do PSF (Lobosque et al.,2006).

Gonçalves et al. (2002) descreve o movimento de desinstitucionalização em Colônia psiquiátrica, fundada em 1920 no RJ, que no período de 1950 a 1974 foi o terceiro mais populoso hospital psiquiátrico do Brasil. Em 1997 uma de suas unidades - Franco da Rocha - foi transformada em um ambiente residencial, - Lar Acolhimento - , onde foram incluídas 40 mulheres. O acolhimento (inclusão) destes sujeitos, juntamente com propostas terapêuticas inovadoras e participativas possibilitou transformar indivíduos com comportamentos considerados crônicos, melhorar suas relações sociais e autoconfiança para o resgate da cidadania.

No serviço de emergência em saúde mental fora do hospital psiquiátrico, França (2005) discute os desafios enfrentados pela equipe pelas barreiras e desvantagens sociais que este segmento populacional vivência. Ressalta o acolhimento como possibilidade de transformar o modelo hospitalar de atendimento pela inclusão destes sujeitos em uma rede de cuidados ambulatorial e comunitária.

O acolhimento, na saúde mental, segundo Mangia et al. (2002), tem a especificidade de manter a disponibilidade dos profissionais e serviços para o acesso à clientela no momento da procura, - capacitados para a apreensão de diferentes momentos e modos de expressão de sofrimento. O acolhimento implica em desenvolver o trabalho territorial pela apropriação e desenvolvimento de conhecimentos mais aprofundados sobre a área de inserção e a problemática ali presente, e buscar relações interativas, capazes de promover e potencializar todos os recursos disponíveis. A ação terapêutica deve valorizar o sujeito, qualificando-o no processo de troca e na construção de projetos de vida significativos.

Vale destacar que a implementação do acolhimento pode gerar dificuldades e impasses relacionados à capacitação das equipes, singularidades, e a escassez de recursos, porém será pelo seu enfrentamento e problematização, que poderão ser construídas as possibilidades para transformar os serviços. Assim, as equipes precisariam estar sempre superando o “antigo, do instituído, do institucionalizado, das respostas estereotipadas, direcionando sua energia para a produção de novas respostas” (Mangia et al. 2002, p.19). Enfatizam que os serviços ao incorporar o acolhimento em suas rotinas precisam valorizar, capacitar e manter a formação

permanente do conjunto da equipe, que incluem desde o vigia, auxiliares de serviços e administrativo até os profissionais de saúde.

Nesta perspectiva, Silveira e Vieira (2005, p. 93) afirma que acolhimento, enquanto “diretriz, postura e atitude pode ser capaz de redimensionar a práxis cotidiana nos novos dispositivos de atenção diária”. Pontuam que para a superação do modelo instituído é fundamental que os profissionais de saúde embasem suas ações nas demandas de saúde da comunidade, superando soluções tecnicistas e medicalizantes para a construção de novas relações, que busquem a significação do sofrimento numa aliança ética entre o usuário e o profissional. De acordo com Barros, Oliveira e Silva (2007), as transformações necessárias na prática em saúde mental avançam, quando a produção de conhecimentos incorpora a estratégia de acolhimento, que considere, em todos os momentos e encontros, - o exercício da cidadania ativa destes sujeitos.

Na realidade do CAPS, segundo Coimbra e Kantorski (2005) a introdução do acolhimento propiciou a reorganização do processo de trabalho, dentre os quais citam: a construção de escalas com horários distribuídos entre os profissionais das equipes para o acolhimento, a organização de cardápios, nos quais foram levantados os recursos de intervenções disponíveis aos usuários, produzidas internamente ou junto à rede de atendimento, quer seja hospitalar, ambulatorial ou comunitária, além das unidades básicas de saúde para os casos considerados leves. Estes autores ressaltam a necessidade de um espaço confortável e privativo para o acolhimento, que precisa ser realizado sem interrupção. Afirmam que o acolhimento agilizou o atendimento do CAPS, eliminou a fila de espera, como também promoveu a responsabilização da equipe na busca ativa de usuários e no acompanhamento domiciliar.

Em relação à análise da assistência e qualificação permanente dos serviços produzidos no CAPS, Schmidt e Figueiredo (2009) consideram que o acolhimento, juntamente com acesso e o acompanhamento é um importante eixo do campo de avaliação. O acolhimento, primeiro momento em que o usuário busca o serviço, coloca em prova todos os elementos disponíveis na unidade, que dependem de recursos clínicos da equipe para uma ação imediata, como também para a posterior elaboração do projeto terapêutico. Para os autores, deve-se convocar o usuário a participar deste processo, relativizando o pedido de medicalização e oferecendo outras possibilidades. Ressaltam que as supervisões semanais das equipes podem disparar questionamentos e aglutinar propostas e soluções no cotidiano do trabalho no serviço.

Na atenção primária, o acolhimento à saúde mental pode contribuir para a inclusão deste segmento populacional, pois possibilita maior compreensão deste campo pelas equipes das Unidades de atenção primária na busca uma proposta comunitária (Botti, Andrade, 2008). Neste contexto, ao suscitar nestes sujeitos e familiares novas possibilidades, estar-se-á auxiliando-os a encontrar soluções para superar dificuldades. Além disto, a proposta de acolhimento em grupo realizada de modo equânime e com função terapêutica, segundo estes autores, permite a expressão do sofrimento, e, com efeito, possibilita novas formas de agir dentro do contexto social, em contraposição a postura estigmatizando, que valoriza o diagnóstico psiquiátrico e as psicopatologias.

**Quadro 2 – Artigos selecionados sobre o acolhimento no contexto da Saúde Mental, período de 1989 a 2009.**

<b>Saúde Mental</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeito - Local</b>	<b>Resultados</b>
Gonçalves et al., 2002	- Descrever e discutir o projeto de desinstitucionalização na saúde mental e no resgate do vínculo e reinserção social.	- Relato de experiência	- População de internos hospital psiquiátrico. - RJ	- Implantação de um módulo residencial - Lar de acolhimento, que possibilitou aos sujeitos, após longo período institucionalizado, resgatar a cidadania, autonomia, auto-estima.
Mangia et al., 2002	- Discutir a importância da estratégia acolhimento como eixo de organização do processo de trabalho e de recepção da demanda nos serviços de saúde mental	Ensaio crítico-reflexivo	_____	- Pessoas com transtorno mental já vivem em contextos de exclusão (trabalho, comunidade, família). - O acolhimento permite uma relação horizontalizada e de parceria entre os profissionais e os usuários do serviço. - Deve-se valorizar a capacitação e formação permanente de toda a equipe.
França, 2005	- Discutir os desafios enfrentados pela equipe na emergência em saúde mental, fora do âmbito do hospital.	Ensaio crítico-reflexivo	_____	- Acolhimento, escuta qualificada pode possibilitar a substituição de um modelo hospitalar de atendimento pela inclusão em uma rede de cuidados em saúde, comunitária e ambulatorial
Coimbra, Kantorski, 2005	- Analisar o processo de acolhimento de usuários no Centro de Atenção Psicossocial	Estudo de caso, descritivo e analítico	- Usuários e profissionais - RS	- O acolhimento possibilitou a reorganização do processo de trabalho usuário-centrado. Mudou o processo de trabalho no CAPS:

	- CAPS.			<p>construção de uma escala de acolhimento; organização de um cardápio - recursos e produtos de intervenções disponibilizadas aos usuários; encaminhamento de usuários com transtorno leves para a unidade primária de saúde. Também ampliou a rede de atendimento hospitalar, ambulatorial e comunitária. Constatou-se a necessidade de considerar o acesso geográfico e econômico para os encaminhamentos.</p> <p>- O acolhimento agilizou o atendimento e acabou com fila de espera; possibilitou a responsabilização da equipe com busca ativa de usuários e com o acompanhamento domiciliar.</p>
Silveira, Vieira, 2005	- Discutir o acolhimento com uma praxis para os dispositivos de atenção em saúde mental, no contexto da Reforma Psiquiátrica.	- Ensaio crítico reflexivo	_____	- Necessidade de superar o modelo de assistência baseado na concepção do processo saúde- adoecimento psíquico e das relações assistencialistas para novos contratos sociais e novas práticas. Tais inovações devem estar pautadas nas necessidades\problemas de saúde da comunidade e na ética da aliança entre o usuário e o profissional. Não em soluções tecnicistas, medicalizadas e intitucionalizadas.
Barros, Oliveira, Silva, 2005	- Reflexões sobre as transformações no cuidado da enfermagem psiquiátrica e saúde mental	Ensaio reflexivo	_____	- No cuidado a este usuário é necessário a - atitude solidária afetiva, de respeito para com a experiência da diferença. Permitir a ruptura com a relação hierárquica entre a organização institucional e as necessidades do usuário; - Acolhimento - atitude de escuta, aceitação e reabilitadora para o retorno dos direitos a comunidade e reconquistar o poder social. - Acolhimento mobiliza a mudança no modelo prescritivo de instrumentalização e de técnicas para operar um modelo ético e comprometido com as necessidades deste sujeito social.
Botti, Andrade, 2008	- Discutir a saúde mental na atenção básica como articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica	- Estudo abordagem qualitativa -Entrevista -Observação participante. - Análise do Discurso do	- Profissionais e UBS - MG	- Proposta de acolhimento coletivo - as pessoas podem relatar suas demandas em relação ao sofrimento mental - tem função terapêutica. - O acolhimento promove o acesso e a possibilidade de atendimento ao usuário, com incorporação da família, - facilitadora do processo de adesão

		sujeito coletivo		ao projeto terapêutico.
Schmidt; Figueiredo, 2009	- Apontar eixos do campo de avaliação que podem ser aplicados tanto na análise quanto na organização do cotidiano da clínica na atenção psicossocial (acesso, acolhimento e acompanhamento).	- Estudo de caso - Relato de supervisão da equipe no serviço, em reuniões semanais.	CAPS - RJ	- Acolhimento - relativizar o pedido de medicalização; oferecer outras possibilidades; priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico, entendendo que de algum modo o primeiro inclui o segundo. - Convocar o sujeito a participar do processo de tratamento, como agente de compreensão desse processo. - Acolhimento - primeiro contato com quem procura o serviço, momento em que todos os recursos do serviço são postos à prova - quem atende, o que se pode oferecer, - como - acolher avaliar e discriminar demanda. -Acolher depende dos recursos clínicos da equipe, que exige uma ação imediata (urgência) e um intervalo de tempo para resposta (traçar conduta). - A supervisão dispara questionamentos e aglutina propostas e soluções, que podem imprimir uma direção ao trabalho. É balizadora no cotidiano do trabalho de equipe.

**Fonte: Bases de dados SciELO, MEDILINE e LILAC**

### **Acolhimento aos sujeitos em situação de vulnerabilidade: erigindo alteridade e equidade**

Por meio do Quadro 3, pode-se visualizar os artigos selecionados no período de 1989 a 2009, relacionados aos sujeitos em situação de vulnerabilidade.

O Brasil convive com situações de iniquidades sociais, que colocam diversos grupos em situações vulneráveis. O conceito de vulnerabilidade utilizado adota a perspectiva de não tratar unicamente comportamentos individuais, mas contextos sociais que expõem as pessoas a determinados agravos (Ayres et al, 2003). A diversidade destes contextos configura um cenário de grande amplitude, que alcança a criança, o adolescente, a mulher, o homem, as

famílias, dificultando de modo significativo a estruturação de projetos de cuidados à saúde capazes de reduzir danos (Savi, Valla, 2009; Mattos, 2007; Santos et al., 2002).

Neste sentido, o acolhimento em suas diferentes concepções tem sido discutido como uma nova possibilidade na qualificação da atenção para estes sujeitos e/ou coletividade.

A atenção à criança e adolescentes tem sido alvo das políticas públicas, por ser considerado grupo sujeito a diferentes vulnerabilidades. Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que constitui uma legislação para a proteção e desenvolvimento integral deste grupo, resultado de lutas de vários setores para criar um espaço político e jurídico. Em 2004, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Atenção de Adolescente e Jovem (ASAJ) com o compromisso de incorporar este grupo à estrutura e mecanismos de gestão para a rede integrada do SUS, em todos os níveis e ações (Queiroz, Ribeiro, Pennafort, 2010).

Nestes últimos vinte anos, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) as ações de saúde às crianças e adolescentes obtiveram alguns avanços em seus indicadores de saúde, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil. Entretanto, houve uma mudança no perfil dos problemas que acometem estes jovens, sendo que, as causas externas (acidentes e violência) ocupam as primeiras causas de morte na faixa etária entre 1 a 19 anos.

Segundo Calazans et al. (2006), o Brasil encontra-se com a maior população jovem de sua história, que vive em regiões de maior vulnerabilidade social. Eles têm necessidades específicas e devem ser desenvolvidas políticas públicas que respondam a sua especificidade e busquem por sua participação. De acordo com Silva et al., 2010, o uso abusivo de drogas ilícitas ou lícitas tem sido considerado um dos principais problemas para a saúde pública na atualidade. Os adolescentes e adultos jovens destacam-se como a população mais envolvida no consumo de drogas, levando-os a submergirem em problemas relacionados a acidentes, violência, homicídio ou atos ilícitos, causando graves danos.

Nesta perspectiva, na atenção aos jovens em situação de risco, o acolhimento como uma estratégia de intervenção foi introduzido ainda em 1992, por Sudbrack e Doneda. Esses autores discutem a importância da organização de um serviço específico para esta população, que priorize o acolhimento a partir da perspectiva teórica que defende a necessidade de um

trabalho preliminar e anterior ao processo terapêutico em si. O acolhimento visa desenvolver junto ao adolescente a possibilidade de expressão de uma demanda própria, que o torne sujeito de um pedido de mudança, além disto, pretende mobilizar os recursos existentes na rede familiar, reinserindo-a no processo. Na prática, o acolhimento é realizado em equipe, por meio de entrevistas coletivas com o jovem e a família, buscando identificar o repertório de possibilidades que o levarão a uma decisão sobre sua escolha terapêutica para engajá-lo no caminho da autonomia (Sudbrack, Doneda, 1992).

Santos et al., (2002) apresentam um programa com adolescentes em situação de risco social, que propõe o acolhimento e vínculo como forma de cuidado. Os adolescentes são reconhecidos como sujeitos do processo, sendo propiciados espaços de identificação, respeito e aceitação. Para os autores, o modelo de atenção a este grupo deve possibilitar a inclusão social, favorecendo a construção da subjetividade e identidade social.

Calazans et al. (2006), em estudo com jovens em situação de vulnerabilidade social no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), reconhecem que há jovens com necessidades distintas. No acolhimento oferecido pelos jovens plantonistas nas atividades individuais e coletivas a identidade de par é afirmada, pois valoriza a identificação com os jovens de sua comunidade no desenvolvimento de ações individuais e coletivas, enfatizando o aprendizado prático, o enfoque no encontro e no entendimento do outro. Entretanto, este tipo de acolhimento vem se contrapondo ao acolhimento técnico, gerando certa tensão que pode estar relacionada a valorização social das informações técnico-científicas, em detrimento a centralidade do encontro. Os autores apontam para a necessidade de explicitar e trabalhar esta tensão nos processos de formação dos jovens educadores de pares.

Mattos (2009) discute as dificuldades encontradas nos equipamentos do SUS para o cuidado integral aos adolescentes em situação de vulnerabilidade. Para o autor, o acolhimento ao criar as condições de perceber a dor do usuário, para além do psicopatológico introduz a dimensão do sofrimento, permitindo ao profissional de saúde se colocar também na sua condição de sujeito. No acolhimento, espaço de transição entre o primeiro contato e o engajamento no projeto terapêutico, quando limitada às possibilidades de resolução da demanda dos jovens, as alternativas restantes às equipes são geralmente encaminhar para outro serviço, capaz de responder aquela demanda ou mesmo improvisar uma solução que possa vir a se estruturar.

Neste sentido, a limitação de um dispositivo de intervenção deveria mobilizar as equipes para a reflexão e o debate em torno da necessidade de formação permanente, que é essencial, pois sua ausência pode levar os profissionais a atuarem de forma restrita à sua própria experiência. Para o autor, a possibilidade do trabalho em rede e a educação permanente podem instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e necessárias.

A família e comunidade devem ser incluídas na formulação de programas de prevenção, orientação e cuidados especiais. De acordo com Sidoti et al. (2007), o papel do profissional não está em curar, mas em dar suporte, acolher e potencializar os recursos que circundam a comunidade e/ou família. A experiência de amparo por meio de rede social, que oriente a família a encontrar os próprios instrumentos para superar suas dificuldades é positiva, pois possibilita potencializar sua capacidade de agir e ativar todos os recursos disponíveis. Para Moreira (2004) a família tem importância na adesão dos usuários de drogas aos programas oferecidos, já que as intervenções no grupo familiar, por meio do acolhimento podem auxiliar este processo. Contudo, o autor aponta para necessidade do aprimoramento das equipes para novas reflexões e ações que incluam a família.

A ampliação dos movimentos de mulheres nas últimas décadas emergiu as relações de gêneros, que tem sido incorporada ao debate dos serviços de saúde. Em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), contudo ainda hoje há relatos de distorções e desigualdades relacionadas ao gênero no atendimento e na qualidade do atendimento à saúde. No Brasil estima-se que o câncer de útero seja o segundo mais comum na população feminina, é alto o risco de morte ou de danos pelo aborto clandestino e por doenças sexualmente transmissíveis. Acrescenta-se, que as mulheres pobres têm a qualidade de vida prejudicada pela dificuldade de acesso à educação e até aos cuidados primários de saúde.

Na perspectiva social na atenção à saúde da mulher, Darom (2001) faz reflexões a partir do movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do RS, colocando o acolhimento como forma de inclusão deste grupo social e gênero no SUS. Ressalta que a interface - controle social, participação e qualificação das políticas públicas de saúde e a integralidade da atenção estão permeadas pelas especificidades das relações de gênero, raça e classe social.

Narchi e Janicas (2006) discutem um programa ambulatorial de atenção às mulheres com objetivo de criar um espaço de acolhimento, reflexão e discussão de temas que permeiam o universo feminino; além de identificar suas demandas e investir na promoção da saúde. As autoras demonstraram que o modelo de cuidado pautado no acolhimento, no respeito e na valorização destas usuárias, tem produzido credibilidade ao trabalho e possibilitado a adesão aos projetos terapêuticos propostos.

Savi e Valla (2009) aprofundam o debate em torno do acolhimento em experiência com um grupo de mulheres em situação de vulnerabilidade social, ao reconhecerem que a subjetividade traz em si, o singular e o coletivo. No processo de construção desta experiência em grupo, buscou-se desenvolver um espaço para o acolhimento, a fim de potencializar os recursos pessoais e coletivos destas mulheres, por meio de relações calcadas na horizontalidade, solidariedade e no diálogo. Assim, pontuam que ao possibilitar o contato, compartilhar e expressar o sofrimento, o grupo pode fortalecer os vínculos afetivos, gerar cumplicidade, sentimento de pertencimento, e assim recriar espaços de esperança e solidariedade.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou SIDA, conhecida pela sigla AIDS, é conhecida no cenário mundial como um problema para a saúde pública por sua gravidade e seu caráter pandêmico. No Brasil, em meados de 1985, com o movimento contra AIDS de grupos denominadas ONGS/AIDS, iniciou-se a prática de aconselhamento. Em 1988, o Ministério da Saúde investiu na criação de Centros de Testagens (CTA), que no âmbito do SUS proporcionam tratamento médico, social, entre outros a estes sujeitos (Garbin et al., 2009). Segundo Paiva et al. (2002), a política brasileira de prevenção da epidemia HIV/AIDS é caracterizada pelo acesso gratuito aos anti-virais, que tem aumentado a sobrevivência destas pessoas. O livre acesso ao medicamento e a quimioprofilaxia das infecções oportunistas, associado à descentralização do serviço no SUS, resultou em 2001 numa redução de 50% das taxas de mortalidade e em 75% das hospitalizações por AIDS.

De acordo com Braga, Cardoso e Segurado (2007) o número de mulheres com HIV aumentou, no Brasil. Para os autores, elas apresentam mais frequentemente carga viral indetectável, portanto os serviços de saúde precisam se preparar para atender a esta demanda, já que as mulheres buscam cuidado especializado em estágios iniciais do problema. Destaca-

se, portanto, a importância do acolhimento na estruturação dos serviços, e no aprimoramento da assistência e otimização dos benefícios da atenção humanizada.

Silveira e Carvalho (2002) relatam que o sujeito com AIDS vive um processo de idas e vindas aos serviços de saúde, submetendo-se a exames, sendo seu tratamento prolongado e complexo. Tal processo implica em mudanças na rotina e no cotidiano familiar, levando a dificuldades de lidar com os problemas e as rotinas de terapias. Para os autores o acolhimento coletivo propiciado aos familiares é fundamental para que estes prossigam na luta contra a doença. Segundo informações dos familiares, o acolhimento gerou sensação de conforto, alívio e oportunidade de desabafo, sendo capaz de produzir vínculo e auxiliar na adesão ao tratamento.

Para Souza (2005), as equipes precisam utilizar o atendimento domiciliar terapêutico com o sujeito com AIDS, o familiar e/ou cuidador, que denominou unidade familiar. Para o autor, no convívio familiar o acolhimento facilita a comunicação entre a unidade familiar e a equipe de saúde, propicia segurança, conforto, autocuidado e adesão a tratamento, pois minimiza fatores que podem interferir no uso do medicamento. Segundo Pereira (2009), a prática do acolhimento favorece a inclusão de pessoas com HIV nos diversos níveis de atenção à saúde. A incorporação da vivência do acolhimento nas relações cotidianas dos profissionais de saúde, comprometida com a ética e capaz de aceitar diferenças, sensibiliza-os com o sofrimento, e pode produzir atenção, disponibilidade e vínculo.

Por sua vez, a tuberculose ainda continua sendo considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Segundo Campinas e Almeida (2004), nos países desenvolvidos a introdução do tratamento quimioterápico teve impacto no perfil de morbimortalidade e vários países chegaram ao limiar de eliminar a doença. No Brasil o impacto foi menor, e a tuberculose atinge camadas sociais empobrecidas, sendo que a AIDS tem contribuído para agravar o quadro, devido às complicações pela introdução de novos agentes etiológicos, aumento do tempo necessário de medicamento e alterações do esquema terapêutico. A forte carga de tabus e preconceitos que são adicionados aos sujeitos com tuberculose e a cultura estigmatizante têm limitado os programas de controle da doença no país. A taxa de abandono ao tratamento por estes sujeitos tem se mantido alta no país, e

segundo estes autores, o acesso, acolhimento e vínculo são instrumentos que podem auxiliar na adesão ao tratamento.

De acordo com Sá et al. (2007) problemas socioeconômicos e ligados a terapêutica como o tempo prolongado no uso de medicamentos, as ocorrências de efeitos colaterais, a melhoria dos sintomas que cria a ilusão de cura, estão associados ao abandono do tratamento de sujeitos acometidos pela tuberculose. Ressaltam estes autores, que o acolhimento estabelecido diante de uma relação humanizada entre os profissionais de saúde e usuários do serviço pode ser capaz de promover a corresponsabilização, e, por conseguinte a adesão ao tratamento.

Também o diabetes mellitus, segundo Trentini e Beltrane (2004) se configura entre os principais problemas de saúde e de morbidades no Brasil. Há uma previsão de que em 2025, 27% da população brasileira tenha diabetes, este aumento está associado à soma de determinantes sociais, estilo de vida, alimentação e genética. Para os autores, a política de atenção à pessoa com diabetes ainda se encontra desarticulada, com baixa resolubilidade das ações. A dificuldade de aceitar o diagnóstico associada à insegurança quanto ao tratamento proposto pelos profissionais e serviços do SUS, levam os usuários à busca aleatória por tratamentos alternativos. O acolhimento, entendido, neste contexto como o pilar fundamental do processo terapêutico, pode abrir possibilidades para construir novos modos de cuidado na atenção a este grupo, na construção de vínculo, autonomia e corresponsabilização.

### **Quadro 3 – Artigos selecionados sobre o acolhimento direcionado aos sujeitos em contextos de vulnerabilidade, período de 1989 a 2009.**

<b>Crianças e Adolescentes</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos - Local</b>	<b>Resultados</b>
Sudbrack; Doneda, 1992	- Discutir uma proposta de acolhimento a jovens usuários de drogas.	Relato de experiência	- Jovens - DF	- Ausência de demanda individual por parte do jovem usuário de droga. - Propõe-se uma forma de acolhimento a partir do envolvimento da familiar e/ou instituições.
Santos et al., 2002	- Discute um programa com adolescentes em situação de	Relato de experiência	- Jovens - BA	- Sugerem que o modelo de atenção à infância e adolescência em situação de risco deva possibilitar a construção de rotas alternativas na direção de trajetórias de

	risco pessoal e social .			inclusão social. - O acolhimento favorece a construção da subjetividade e identidade social destes sujeitos, sendo essencial o vínculo.
Calazans et al., (2006)	- Analisar a estratégia inovadora na perspectiva da educação entre pares, plantões jovens (PJ)	Abordagem qualitativa Grupo focal	Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) -SP	- Os PJ são formados por jovens entre 16 e 24 anos, que atuam junto a seus pares em ações de acolhimento, aconselhamento, oferta de insumos e de palestras educativas. - No acolhimento oferecido pelos plantonistas nas atividades individuais e coletivas a identidade de par é afirmada, pois valorizam a identidade com os jovens de sua comunidade no desenvolvimento de ações individuais e coletivas, com ênfase no aprendizado prático, o enfoque no encontro e no entendimento do outro. - Contudo, os técnicos valorizam informação técnico-científica, e isto gera tensão. - Há a necessidade de explicitar e trabalhar esta tensão nos processos de formação dos jovens educadores de pares.
Mattos, 2007	- Discutir os Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes.	<b>Ensaio crítico-reflexivo</b>	—	- O acolhimento amplia o olhar para além da dimensão do psicopatológico para o sujeito com sofrimento e permite ao profissional de saúde se colocar também na sua condição de sujeito. - Acolhimento foi considerado o espaço de transição entre o primeiro contato e o engajamento no projeto terapêutico. - A possibilidade do trabalho em rede e a educação permanente podem instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e necessárias.
<b>Famílias</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos - Local</b>	<b>Resultados</b>
Sidoti et al., 2007	- Discutir experiência em laboratórios de acolhimento aos pais, como percurso educativo para torná-los atores do bem-estar familiar.	Relato de experiência	Famílias RJ	- Famílias e comunidades devem ser incluídas em programas de prevenção, orientação e cuidados especiais. - A experiência de amparo por meio de rede social sólida, que oriente a encontrar os próprios instrumentos para superarem as dificuldades familiares é positiva e possibilita potencializar a capacidade de agir ativando todos os recursos possíveis.
Moreira, 2004	- Discutir a participação da família no programa para dependentes	- Relato de experiência	Famílias SP	- A família é considerada como dependente análogo, portanto, o foco de atenção não deve ser dado somente ao indivíduo, que está em uso abusivo de drogas, mas é

	químicos.			fundamental acolher toda a família. - A dependência familiar é expressão de relações de interação entre seus integrantes.
<b>Mulheres</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos - Local</b>	<b>Resultados</b>
Daron, 2001	- Discutir o processo de luta pela implementação do SUS com base no movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do RS.	- Relato de expediência	_____	- Acolhimento como inclusão. - A interface - controle social, participação na política pública de saúde, integralidade da atenção e qualificação das políticas públicas estão permeadas pelas especificidades das relações de gênero, raça e classe social.
Savi, Valla, 2009	- Refletir sobre o sofrimento na perspectiva do cuidado em saúde.	- Abordagem qualitativa - Discurso do sujeito social	Grupo de mulheres - RJ	- Acolhimento - reconhece a subjetividade que traz em si, o singular e o coletivo. - O grupo de mulheres - buscou ser um espaço para o acolhimento e potencialização dos recursos pessoais e grupais. - Possibilitou entrar em contato com o sofrimento, expresso. - Compartilhar problemas e sofrimentos fortaleceu o vínculo afetivos e gerou cumplicidade, sentimento de pertencimento, recriando espaços de esperança e solidariedade.
Narchi , Janicas, 2006	- Discutir a implantação e o funcionamento de um Programa de Atenção à Saúde da Mulher à nível ambulatorial.	- Relato de experiência	Mulheres - SP	- O programa visa a promoção da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e detecção precoce do câncer ginecológico. - O modelo de atenção pautado no acolhimento tem conferido credibilidade ao programa e possibilitado mobilizar as usuárias para adesão ao seu projeto terapêutico, além de levarem outras mulheres para o serviço.
Braga, Cardoso, Segurado, 2007	- Avaliar as diferenças de gênero ao acolhimento em serviço de referência no cuidado a pessoas vivendo com HIV	Estudo quantitativo  Dados de 1.072 prontuários	-Hospital Universitário - SP	- O número de mulheres brasileiras vivendo com HIV aumentou, exigindo dos serviços de saúde atenção às demandas femininas. - O acolhimento pode contribuir para estruturar serviços, aprimorar a assistência e otimizar os benefícios do cuidado
<b>Sujeitos com HIV-AIDS</b>				

Autor /Ano	Objetivo	Delimitação do estudo	Sujeitos - Local	Resultados
Silveira, Carvalho, 2002	- Entender a percepção que os familiares têm sobre o tratamento que recebem em uma unidade especializada e sobre sua participação em um grupo familiar que vivenciam a mesma doença	- Abordagem qualitativa - Entrevista	- Familiares e Usuários do Ambulatório do Centro de Referência para HIV/AIDS SP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AIDS pode assumir diversos cursos, dependendo da carga viral e da velocidade/gravidade, que afeta o sistema imunológico do sujeito acometido. - Exige constantes idas ao serviço de saúde, além de submissão aos exames e tratamento prolongado e complexo.</li> <li>- Geram mudanças no cotidiano familiar, dificuldades de lidar com a doença e com a rotina de tratamento.</li> <li>- O acolhimento propiciado, segundo familiares, é fundamental para que se prossiga na luta contra a doença. O grupo de acolhimento gerou sensação de conforto, alívio e oportunidade de desabafo.</li> <li>- O acolhimento foi capaz de fornecer feedback para os profissionais sobre o atendimento prestado e possibilitar o vínculo.</li> </ul>
Souza, 2005	- Discutir a importância do acolhimento na assistência domiciliar terapêutica- ADT com pessoas com HIV/AIDS	Ensaio crítico-reflexivo	_____	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As equipes precisam trabalhar com o paciente/cuidador/família - unidade familiar à nível domiciliar – ADT as pessoas com HIV/AIDS.</li> <li>- O acolhimento facilita as interfaces do processo de comunicação entre a unidade familiar e a equipe de saúde.</li> <li>- O usuário que se sente acolhido tem maiores chances de recuperar sua autoestima, independência e autonomia, sem afastá-lo do convívio familiar.</li> <li>- O acolhimento dá segurança, conforto, estimula o autocuidado e a adesão ao tratamento ao minimizar os fatores que possam levar o paciente a não aderir à medicação.</li> </ul>
Pereira, 2009	- Analisar o acolhimento de pessoas com HIV no cenário de ações coletivas.	- Abordagem qualitativa - Entrevista	- Profissionais Unidades de Ref. em HIV/AIDS - RJ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prática do acolhimento favorece a inclusão de pessoas nos diversos níveis de atenção à saúde.</li> <li>- o Acolhimento acontece por meio dos atos de aproximação, olho no olho, contrato em grupo, confiança mútua.</li> <li>- É importante validar e incorporar a vivência do acolhimento em suas relações cotidianas, flexíveis, comprometidas com a ética, capazes de aceitar diferenças.</li> <li>- No acolhimento o profissional se sensibiliza, com o sofrimento do usuário do serviço, produzindo atenção, disponibilidade e vínculo.</li> </ul>

<b>Sujeitos com Tuberculose</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos - Local</b>	<b>Resultados</b>
Campina, Almeida, 2004	-Discutir os desafios da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde a sujeitos com tuberculose	Ensaio crítico-reflexivo	-----	- Aos sujeitos com tuberculose são adicionados forte carga de tabus e preconceitos, cultura estigmatizante que limita os programas de controle. - A taxa de abandono ao tratamento pelo sujeito tem mantido altas no país. - O acolhimento e o vínculo são instrumentos que podem auxiliar na adesão ao tratamento.
Sá et al, 2007	-Identificar e analisar os motivos de abandono do tratamento da tuberculose pelos usuários do PSF.	- Abordagem qualitativa - Entrevista -Análise de conteúdo.	- Usuários que abandonaram o tratamento. - PB	- Problemas sociais e econômicos favorecem o processo de adoecimento. Fatores ligados a terapêutica como o tempo prolongado no uso de medicamentos, as ocorrências de efeitos colaterais, a melhoria dos sintomas, que cria a ilusão de cura estão associados ao abandono do tratamento. - Uma relação humanizada é capaz de promover o acolhimento, que por sua vez garante o acesso ao usuário e desenvolve a responsabilização da pessoa que procura o serviço de saúde.
<b>Sujeitos com Diabetes</b>				
<b>Autor /Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Delineamento do estudo</b>	<b>Sujeitos - Local</b>	<b>Resultados</b>
Trentini e Beltrane, 2004	- Discutir as tecnologias leves mais apropriadas para o cuidado com a pessoa com diabetes mellitus.	- Abordagem quantitativa - Narrativas de oficinas e encontros em grupo	- Pessoas com diabetes mellitus - SC	- Acolhimento foi considerado o pilar fundamental no processo de criação de vínculo e terapêutico. - A dificuldade em aceitar o diagnóstico e tratamento, a insegurança em relação aos profissionais e aos serviços de saúde, a busca aleatória por tratamentos alternativos foram questões e vivências relatadas por estes sujeitos. - O acolhimento, a autonomia e vínculo podem auxiliar na construção de novas formas de cuidado a este grupo.

**Fonte: Bases de dados SciELO, MEDILINE e LILAC.**

## **Considerações finais**

O acolhimento, centrado no sujeito, considerando sua subjetividade, compromete os diferentes indivíduos inseridos no processo de cuidado em saúde. No que se refere ao sujeito que demanda o serviço de saúde (usuário), cria a oportunidade de apropriação do seu processo de cuidado com informações oportunas, produzindo concomitantemente a corresponsabilidade e contribuindo assim para o auxílio da ressignificação do sofrimento – exercício da cidadania ativa.

Nos serviços de saúde, a implementação do acolhimento, ao mesmo tempo em que, pode gerar dificuldades e impasses, tem o potencial de mobilizar as equipes para que se envolvam e se comprometam com este novo modo de cuidar, por meio de encontros, reuniões para discussões e reflexões, debates de idéias e problematização dos obstáculos, superando o modelo tradicional instituído, centrado em soluções meramente técnicas e medicalizantes para produções coletivas.

Nesta perspectiva, o processo de formação permanente é fundamental, pois sua ausência pode levar os profissionais a atuarem de forma restrita à sua própria experiência, fundada muitas vezes em uma formação reducionista, limitante e arcaica. Assim, a possibilidade do trabalho em rede e a educação permanente podem instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e solidárias, abrindo possibilidades a troca de experiências e estratégias.

Para tal, é necessária uma gestão participativa e acolhedora, reafirmando que o acolhimento para ser efetivo deve funcionar como uma seta que aponta para dois lados: para acolher os usuários é imprescindível que o acolhedor também seja acolhido.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.S., SILVA, I.A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**; v.42, n.1, p 347-354, 2008.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**; v.13, supl.1, p.581-594, 2009.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, Sonia (organizadora). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p 163-202.

ANDRADE, G.E.I.; DIAS FILHO, P.P.S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L.VC.; FLEURY, S. (Orgs.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.160-172.

ANDRADE, R. B. A. **Implementação do Programa de Humanização do Pré-natal no município de Duque de Caxias – RJ, na perspectiva dos gestores e profissionais de saúde**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI-FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev Esc Enferm USP**; v. 41(n. esp), p. 815-819, 2007.

BOFF, L. **Princípio de compaixão & cuidado: o encontro entre o ocidente e oriente**. 4º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BOTTI, N.C.L; ANDRADE, W.V. A saúde mental na atenção básica: articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. **Cogitare Enferm.**; v.13, n.3, p. 387-194, 2008.

BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C.. Diferença de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referencia em São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**; v. 23, n.11, p. 2653-2662, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta complexidade nos SUS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança, adolescentes e famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALAZANS, G.; KISS, L.; CAPELLINI, S.; SEQUEIRA, D.; VIEIRA, R. M.; FRANÇA JUNIOR, I. Plantões Jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA. **Saúde e Sociedade**; v. 15, n.1, p. 22-36, 2006.

CAMPINA, L.L.S.L.; ALMEIDA, M.M.M.B. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**; v.28, n. 1, p. 69-76, 2004.

COIMBRA, V. C. C.; KANTORSKI, L. P. O acolhimento em Centro de atenção Psicossocial. **Rev. enferm. UERJ**; n.13, v.1, p. 57-62, 2005.

COMEGNO, M.C. SP mulheres em dados. **São Paulo em Perspectiva**; v. 17, n. 3, p. 91-103, 2003.

COSTA, S.M.M.; DUARTE, C.A. M.; SALCEDO, E.A.C.; PERINA, E.M.; SOUZA, J.L.; BIANCHI, M.O.; SETUBAL, M.S.; BATISTA, P.M.C.; FERRAZ, R.S. M.; MARBA, S.T.M; CARDOSO, S.M.S. Cuidados Paliativos em neonatologia : implementação de um programa multiprofissional. **O mundo da Saúde**; v. 27, n.1, 2003.

COTTA, R. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.278-286. 2007.

DARON, V. L. P. Acolhimento, cuidado e luta em defesa da vida: marcas feminina do controle social do SUS. **Divulg. Saúde Debate**; v.23, p. 96-1-5, 2001.

DAVIM, R. M.B.; TORRES, G. V. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em maternidade pública de Natal. **Rev. RENE**; v. 9, n. 3, p.37-43, 2008.

DEMENECK, K.A. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arq. Catarinenses de Medicina**; v.37, n.1, p.84-86, 2008.

DUARTE, S.J.H.; ANDRADE, S.M.O. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Rev. Enferm.**; v. 10, n.1, p. 121-125, 2006

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: **Planejamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1990: IPEA. n.3, p.139-162.

FORTES, P.A. C. Ética, direito dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.30-35, 2004.

FRANÇA, I. G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicol. ciênc. prof;** v.25, n.1, p. 146-163, 2005.

FRANCO T.B.; BUENO W.S.; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

GARBIN, C.A.S.; MARTINS, R.J.; GARBIN, A.J.; LIMA, D.C.; PRIETO, A.K.C. Percepção de pacientes HIV- Positivo de um Centro de Referência em relação a tratamentos de saúde. **DST – J bras. Doenças Sex Transm;** v.21, n.3; p. 107-110, 2009.

GOMES, M.C.; PINTO, A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos **Interface – Comunic., Saúde e Educ.;** v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GONÇALVES, S.; LIMA, L.A.; ASSUMPÇÃO, A.M.; BARBOSA, D.R.; MACHADO, M.S.; FREITAS, R.C.; NIGRI, F.; RUFINO, C.; PINTO, M.M.B.; DOMENI, R.; KEUSEN, A. Lar de Acolhimento: implantação de um módulo residencial. **J. Bras. Psiquiatr.;** v.51, n.6, p.391-396, 2002.

LOBOSQUE, A.M; VERONA, H.; ARINOS, M.; SOUZA, M.E. Capacitação em saúde mental para profissionais do programa de saúde da família: uma experiência em curso. **Revista Mineira de Saúde Pública;** v. 5, n.6, p.35-50, 2006.

LORETO, V.. Transtornos psiquiátricos na gravidez e nos pós-parto: diagnóstico e tratamento. **Psiquiatr. Biol.;** v.11, n. 4, p. 121-125, 2003.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M; REIS, A.T.; MERHY, E.E. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 121-141.

MANGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M F. ; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura estratégica. **Rev. Ter. Ocup.;** n.13, v.1, p.15-21, 2002.

MARSIGLIA, R.M.G. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde do Brasil. **Saúde e Sociedade;** v.14, n.2, p. 69-76, 2005.

MARTINS, JOSIANE DE JESUS; NASCIMENTO, ELIANE REGINA PEREIRA DO. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **ACM arq. catarin. med;** v. 34, n. 2, p. 49-55, 2005.

MATTOS, H. F. Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva;** v. 12; n.5, p. 1112-1115, 2007.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005, p. 45- 59.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, T.A. et al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

\_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MOLINA, R.C.M.; FONSECA, E.L.; WLDMAN, M.A.P; MARCON, S.S. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Esc. Enferm USP**; v. 43, n. 3, p.630-638, 2009.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**; v.43, n.2, p.358-364, 2009.

MORAES, S.D.T.; BUCHALLA, C.M.; VALENTI, V.E.; LEITE, L.; TANAKA, A.C.; MACEDO JR, H.; ABREU, L.C. Acolhendo o acolhedor: o caminho mais curto para a humanização da assistência. **Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**; v.19, n.2, p. 393-402, 2009.

MOREIRA, M.S.S. A dependência familiar. **Revista da SPAGESP**; v. 5, n.5, p.83- 88, 2004.

MORSCH, D. S.; DELAMONICA, J. Análise do Programa de Acolhimento aos irmãos de bebês internados em UTI Neonatal: “lembraram-se de Mim”. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 10, n. 3, p. 677-687, 2005.

NARCHI, N.Z.; JANICAS, R.C.S.V. Implantação de um modelo de atenção à mulher no ambulatório de uma universidade privada de São Paulo, SP. **Nursing**; v. 9, n.96, p. 817-821, 2006.

OLIVEIRA, A.; SILVA-NETO, J.C.; MACHADO, M.L.T.; SOUZA, M.B.B.; FELICIANO, A.B.; OGATA, M.N. A comunicação no contexto do acolhimento, em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**;v.12, n.27, p.749-762. 2008.

PAIVA, V.; LIMA, T.N.; SANTOS, N.; VENTURA-FILIPPE, E.; SEGURADO, A. Sem direito de amar? A vontade de ter filho entre homens ( e mulheres) vivendo com HIV. **Psicol. USP**; v. 13, n.2, p. 105-133, 2002.

PEREIRA, A.V. O acolhimento em grupo com pessoas soropositivas: a visão de profissionais de saúde. **Rev . APS**; v.12, n. 1, p. 4-15, 2009.

PINA, J.C.; MELLO, D.F; MISHIMA, S.M; LUNARDELO, R.S. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul Enferm;** v. 22, n. 2, p. 142- 148. 2009.

PINTO, IC.; RODOLFO, F. OLIVEIRA, M.M. Pronto Atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. **Rev. Gaucha e Enferm.;** v.25, n.1, p.81-88, 2004.

QUEIROZ, M.V.O.; RIBEIRO, E.M.V.; PENNAFORT, V.P.S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Texto Contexto Enferm.;** v.19, n. 2, p.291-299, 2010.

RODRIGUES, A.V.; SIQUEIRA, A.A.F. Sobre dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.;** v.8, n. 2, p. 179-185, 2008.

ROLLO, A.; OLIVEIRA, R.C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **O agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial. 1997. p. 321-352.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm;** v. 58, n.3, p. 305-310, 2005.

SÁ, L.D; SOUZA, K.M.J; NUNES, M.G.; PALHA, P.F.; NOGUEIRA, J.A.; VILLA, T.C.S. Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. **Texto Contexto Enferm.;** v.16, n.4, p. 712-718, 2007.

SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C. S.; SANTOS, M. F.; COSTA, J.; SANTOS, B. Atenção a crianças e adolescentes em situação de risco: características sociodemográficas dos participantes de um programa de acolhimento da prefeitura de Salvador e considerações gerais sobre o modelo de atenção. **J Bras Psiquiatr;** v. 51, n.4, p. 209-216, 2002.

SAVI, E.S. A.; VALLA, V.V. Convivendo na maré: reflexões sobre uma experiência de cuidado em saúde. **Rev. APS,** v 12, n. 4, p.376-387, 2009.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do PSF. **Caderno de Saúde Pública;** v.20, n. 6, p. 497-494, 2004.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano em saúde mental. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam;** v.1; n.12, p. 130-140, 2009.

SCHNEIDER, D.G ; MANSCHHEIN, A.M.M; AUSEN, M.A.B.; MARTINS, J.J. GELSON, L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & contexto enferm;** v. 17, n.1, p.81-89, 2008.

SIDOTI, E.; ARCOLEO, A.; TRINGALI, G.; SONZOGNO, M. C.; BATISTA, N. A. Bem-estar e acolhimento familiar. **Pediatr. mod;** v. 43, n. 3, p. 146-150, 2007.

SILVA, K.L.; DIAS, F.L.A.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc Anna Nery**; v. 14, n.3, p. 605-610, 2010.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista APS**; v.11, n.1, p.74-84, 2008.

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**; v.5, n. 1, p. 92-101, 2005.

SILVEIRA, E.A.A.; CARVALHO, A.M.P. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. **Rev. Latino-am. Enfermagem**; v.10,n.6, 2002

SOARES, A. V. N.; SILVA, I. A. Representação de puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Rev Esc Enferm USP**; v. 37, n. 2, p. 72-80, 2003.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**; v.5, n.4, p.493-503, 2005.

SOUZA, A.V.G.; LEÃO, L.C.; SILVA, V.A.; GOMES, V.C. Luto no período neonatal: intervenções familiares. **Revista Nursing**; v.11, n.122, p.318-323, 2008.

SOUZA, T.R.C. A importância do acolhimento domiciliar terapêutica - ADT com paciente HIV/AIDS. **J. bras. aids**; v. 6, n.6, p. 246-248, 2005.

SUDBRACK, M. F.; DONEDA, D. Terapia familiar e adolescência: a contribuição da abordagem sistêmica para a construção de uma estratégia de acolhimento a jovens toxicômanos. **Psicol. teor. pesqui**; v. 8, (supl.), p. 469-74, 1992.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma prática de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007. p. 89-112.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. **Acta Scientiarum. Health Sciences**; v. 26, n. 2, p. 261-169, 2004.

VERSIANI, C.C.; MENDONÇA, J.M.G.; VIEIRA, M.A.; SENA, R.R. Maternidade segura: relato de experiência. **Rev. APS**; v.11, n.1, p.109-114, 2008.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L.A. Incorporação de valores na gestão das unidades de saúde: chave para o acolhimento. **Mundo saúde (1995)**; v. 30, n. 2, p. 312-317, 2006.

### Artigo 3

## **A EVOLUÇÃO DA REABILITAÇÃO NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NAS PRÁTICAS DE SAÚDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

### **Resumo**

Trata-se de um ensaio crítico-reflexivo sobre a reabilitação no Brasil na atenção às pessoas com deficiência, desde uma perspectiva histórica, explicitando os referenciais conceituais e suas contradições para a inclusão social deste segmento populacional. A bases de dados consultados foram SciELO, MEDLENE, LILACS, além de documentos do Ministério da Saúde, Justiça e educação do Brasil, da OMS e OPAS. A mudança do perfil epidemiológico e demográfico contemporâneo na determinação dos agravos e grupos com deficiência torna este um problema grave para a saúde pública. Se por um lado, o modelo biomédico avançou no desenvolvimento tecnológico e científico de atenção à saúde a estes indivíduos, por outro fragmentou sua assistência e excluiu sua participação. Por sua vez, a utilização do modelo biopsicossocial, baseado na Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) ainda é incipiente na reabilitação brasileira. Os serviços de reabilitação historicamente, no Brasil, foram localizados em regiões centrais, enquanto as regiões mais pobres e as mais afastadas eram excluídas de iniciativas de reabilitação, levando ao desenvolvimento de algumas experiências com a Reabilitação Baseada na Comunidade, que possibilitaram a introdução da reabilitação nestas regiões. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço na atenção à saúde destes indivíduos, contudo as redes integradas do sistema ainda estão em construção. Conclui-se, que embora o Brasil tenha avançado na legislação e políticas para inclusão da pessoa com deficiência, o processo de reabilitação é complexo e medidas para efetivar a equidade nas oportunidades de inserção econômica, de trabalho, acessibilidade arquitetônica, moradia, de acesso a educação, culturais, dentre outras, ainda são necessárias.

**Palavras chaves:** reabilitação; reabilitação baseada na comunidade; Sistema Único de Saúde; Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde.

## **Introdução**

O Brasil foi considerado um dos cinco países mais inclusivos das Américas, por possuir uma legislação avançada, pelo conjunto de políticas voltadas às pessoas com deficiência e pela ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Em 2008, assinou o protocolo facultativo, no qual o país permite que seus cidadãos comuniquem violações a esses direitos ao Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotado pelo Assembléia das Nações Unidas, em 2006, considerado um marco na defesa dos direitos humanos (Brasil, 2008a).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), em tempo de paz, 10% da população de um país possui algum tipo de deficiência. Este número torna-se mais significativo, quando projetamos também o envolvimento de familiares e parentes sendo afetados pelos fatores decorrentes da deficiência, o que pode chegar a 30% ou mais do total da população, refletindo diretamente sobre o desenvolvimento do país.

No Brasil, no Censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 24 milhões de brasileiros declararam possuir algum tipo de deficiência. A maioria das pessoas com deficiência está fora do mercado de trabalho, o desemprego é de 8% para a população economicamente ativa, para quem tem alguma deficiência o índice supera 90%. Em 2003, a Fundação Getúlio Vargas e Fundação Banco do Brasil, constataram que a maioria das pessoas com deficiência no país é pobre (53%), sendo que 27% delas vivem em situação de pobreza extrema (Brasil, 2008a).

Na área de saúde a mudança do perfil epidemiológico e demográfico contemporâneo tem contribuído na determinação dos agravos e grupos humanos com deficiências, que tem se tornado um grave problema para a saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008b), o aumento da expectativa de vida da população brasileira tem ampliado as causas de deficiências relacionadas à doença crônica. Doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, a maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas.

A doença de Parkinson (DP), um distúrbio neurológico, progressivo e crônico. Estima-se que o distúrbio afete 1% da população mundial com mais de 65 anos. A partir dos 70 anos a prevalência é de aproximadamente 550 casos por 100.000 habitantes, enquanto a prevalência de demência entre esses indivíduos varia de aproximadamente 15% a 20%, cerca de três vezes mais que na média população de mesma idade (Stantey, Przdboski, 2002). Já a doença de Alzheimer é degenerativa e suas manifestações evoluem uniformemente a partir dos primeiros sinais de distúrbios de memória até uma grave perda cognitiva. Antes dos 65 anos tem prevalência menor que 1%, que aumenta acentuadamente para 5% a 10% aos 65 anos, e na idade de 85 anos ou mais pode chegar a 30% a 40% (Small, Mayeux, 2002).

Os traumatismos craneencefálicos (TCE) são considerados causa importante de morte ou incapacidade, principalmente de jovens. As lesões cerebrais ocorrem em todas as idades, entretanto o pico máximo é entre 14 a 24 anos e os homens são atingidos - quatro vezes mais que mulheres. Cerca de 200.000 mil pessoas no mundo são mortas ou incapacitadas, permanentemente por ano por TCE, sendo as principais causas os acidentes automobilísticos e armas de fogo (Mayer, Rowland, 2002).

Os traumas da coluna vertebral têm incidência anual estimada entre 30 a 40 casos por 1.000.000 pessoas. A prevalência é de 900 a 950 casos por 1.000.000 habitantes (Marota, 2002). As causas são cada vez mais frequentes devido ao aumento da violência urbana, o acidente de trânsito e a agressão por arma de fogo. Os indivíduos acometidos, em sua maioria, são jovens, do sexo masculino, solteiros e residentes em áreas urbanas. Tais lesões geram uma incapacidade de alto custo para o governo e acarretam importantes alterações no estilo de vida destas pessoas (Vall, Braga, Almeida, 2006).

A urbanização, a industrialização e globalização também têm gerado morbidades significativas relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, por vezes incapacitante aos trabalhadores (Brasil, 2008b).

A evolução dos cuidados obstétricos e intensivo perinatal aumentou a sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso (RNBP), menores que 1.500 g e prematuras, nestes casos os distúrbios neurológicos podem chegar a 50%, sendo que a presença de Paralisia Cerebral (PC) é cerca de 25 a 30% maiores que nos nascidos a termo. A PC é um grupo não progressivo,

mas geralmente mutável, de síndromes motoras secundárias a lesão ou anomalias do cérebro. A prevalência entre as formas severas e moderadas está entre 1,5 e 2,5 por 1000 nascidos vivos em países desenvolvidos, e no Brasil a incidência chega a 7 por 1000 (Piovesana et al., 2002).

As síndromes genéticas são consideradas raras quando analisadas individualmente, porém esta incidência aumenta consideravelmente se tomarmos o conjunto dos quase 8000 traços gênicos, anomalias cromossômicas e outras doenças multiformes. As malformações congênitas, que podem ou não ter etiologia genética, acometem cerca de 3 a 4 por cento dos nascidos vivos no mundo (Brasil, 2006a).

As pessoas com ostomia representam também um segmento classificado como deficiência, pela seqüela no sistema excretor que produz limitações em várias esferas da vida. Desta forma todos estes indivíduos irão necessitar em algum grau e em algum momento de suas vidas dos serviços de reabilitação (Brasil, 2008b).

De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU (2006, p. 35) a reabilitação é “um processo que visa conseguir que as pessoas com deficiência estejam em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima [...] de modo a contar com meios para modificar sua própria vida e ser mais independentes [...]”

É preciso reconhecer, no entanto que, qualquer processo de reabilitação deve providenciar medidas que favoreçam a autonomia da pessoa com deficiência, garantindo a sua independência econômica e inclusão social. Para tal, os programas de reabilitação precisam desenvolver medidas individuais e coletivas que assegurem a esses indivíduos a possibilidade de tornarem-se independentes, o que inclui o direito a diferença (LISBOA, 2007; BRASIL, 2008 a).

Assim a reabilitação pressupõe, além dos serviços de saúde, a acessibilidade arquitetônica, dos meios de transporte, da comunicação, das atividades culturais e desportivas, ao trabalho e a escola. A proteção social, econômica e jurídica precisa ser garantida, a fim de evitar ou minimizar a marginalização e a exclusão social (LISBOA, 2007).

A inclusão social, por conseguinte, constitui-se em um processo bilateral, no qual essas pessoas e a sociedade, em parceria podem equacionar problemas, pactuar soluções e efetivar a equidade nas oportunidades. Nesse sentido, a inclusão social significa possibilitar o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (Brasil, 2002).

Diante destas considerações iniciais o objetivo deste estudo foi realizar uma análise crítico-reflexiva sobre a reabilitação no Brasil na atenção às pessoas com deficiência, desde a perspectiva histórica, explicitando os referenciais conceituais e suas contradições para a inclusão social deste segmento populacional, tendo como base os movimentos internacionais.

## **Método**

Trata-se de um ensaio crítico-reflexivo. Para o estudo foi realizada um levantamento bibliográfico a partir de artigos e documentos presentes nas bases de dados, LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), sem limitação de período, utilizando os descritores: reabilitação, combinadas com políticas de saúde, acesso a serviços de saúde, pessoas com deficiência, centros de reabilitação, participação comunitária, classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, e seus equivalentes no idioma espanhol e inglês. Para a seleção do material encontrado, os resumos foram lidos, e excluídos aqueles que não contemplavam o objetivo do estudo e que não se obteve acesso.

De forma complementar o consultou-se livros, leis e documentos do Ministério da Saúde, da Justiça e da Educação do Brasil, da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os quais foram integrados às reflexões subsidiadas pelas práxis dos autores.

## Resultados e discussão

Para discutir os documentos e artigos selecionados foi utilizada a concepção de prática de saúde proposta por Mendes (2006a), como a manifestação em um dado momento histórico da concepção do processo saúde-doença vigente e do modo como a sociedade se estrutura para dar respostas aos seus problemas. Especialmente, na reabilitação considerou-se que a concepção de deficiência influenciará decididamente as práticas de atenção à saúde, que foram e poderão ser ofertadas a esta população.

Nesta perspectiva, para nortear o uso da terminologia “deficiência”, fez-se necessário preliminarmente retomar o seu significado histórico. Inicialmente a deficiência foi associada à condição sobrenatural, “divina” ou “demoníaca”, para em seguida ser tomado como “invalidez”, e o indivíduo foi considerado socialmente inútil, peso morto para a sociedade, fardo para a família, sem valor profissional, intratável. Em seguida, foi utilizado o termo “incapacitado”, que representou certo avanço, e a sociedade passa a reconhecer que poderia haver uma capacidade residual, uma potencialidade a ser desenvolvida. Ao mesmo tempo, o termo “excepcional” foi utilizado, mas logo foi substituído por “pessoa portadora de deficiência”. Ser portador, contudo é carregar algo ou alguma coisa, podendo enfatizar um estigma e a exclusão social, um valor negativo agregado a pessoa. Assim, o termo foi substituído novamente para “pessoas especiais”, que agregaria um valor diferente, mas que poderia ser aplicado a qualquer pessoa (Sassaki, 2003).

Atualmente, o termo “pessoa com deficiência” foi selecionado como mais apropriado, por organismos internacionais e nacionais, inclusive com a participação deste segmento populacional na escolha. Esta terminologia considera que valores como empoderamento e responsabilidade social estão agregados, e busca não camuflar a deficiência, mas valorizar a diferença e as necessidades decorrentes dela, como também os direitos que lhe são pertinentes; visando medidas do Estado e sociedade para diminuir ou eliminar restrições, barreiras à participação e promover a inclusão social (Sassaki, 2003).

Neste contexto, vale ressaltar que a Classificação Internacional da Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) discute o significado de deficiência e de incapacidade como integrante das várias dimensões da saúde, resultante de múltiplas determinações tais como

biológicas, individuais, as sociais, culturais, políticas, e econômicas (Mângia, Muramoto, Lancman, 2008).

Desta forma, os documentos e artigos encontrados foram organizados e contextualizados em cinco recortes, que serão apresentados a seguir.

### **Do assistencialismo caritativo aos Centros Reabilitação: sob a lógica do modelo biomédico**

Historicamente, a atenção a pessoa com deficiência surgiu sob postura caritativa e assistencialista (Cardoso, 2004). O cristianismo ocupou-se de abordar a pessoa com deficiência enquanto objeto de caridade, principalmente quando as causas eram congênitas, com a explicação de que tal condição era castigo de Deus ou outro tipo de manifestação divina ou demoníaca. Quando vistos como portadores de qualidades sobrenaturais podiam assumir posições sociais privilegiadas, mas a maioria era conduzida para os circos, hospitais da igreja, ou à mendicância (Silva, Dessen, 2001; Almeida, 2000).

Os hospitais nesta época tinham a missão asilar, - salvar almas, tanto dos indivíduos sob sua tutela, quanto do próprio pessoal do hospital, caracterizado por leigos e religiosos na tarefa de fazer caridade (Almeida, 2000). Para Resende (1989) a prática da caridade e hospitalidade foi uma das regras conventuais e as primeiras tarefas a que o cristianismo se propôs.

Novas idéias também começavam a surgir quanto à organicidade da deficiência, que passou a ser tratada pela alquimia, magia, astrologia e por métodos incipientes da medicina na época. Nesse contexto, surge o hospital psiquiátrico, que se prolifera com a função de confinar estes indivíduos (Aranha, 2001).

No Brasil, as primeiras instituições para deficientes foram fundadas a partir de 1852, Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, destinados aos doentes mentais de todo o país; em 1854, o Instituto dos Meninos Cegos (atualmente, denominado Instituto Benjamim Constant); e , em 1857, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (atual Instituto de Educação de Surdos). Nesta

época também havia no RJ e em SP, os hospitais de Lázarus, para pessoas com hanseníase, isolando os doentes e familiares (Soares, 1987).

No século XVII, surge o capitalismo comercial que consolida a classe burguesa no poder, o ideário da época era que - as pessoas são essencialmente iguais -, legitimando a desigualdade social e a prática de dominação. A educação passa a ser oferecida pelo Estado, a fim de preparar a mão de obra para o novo modo de produção capitalista que se instaura. A concepção de que a educação poderia modificar o indivíduo, levou a diversificação de iniciativas em relação a pessoa com deficiência, que era institucionalizada para tratamento médico e educacional (Aranha, 2001).

A medicina, do século XVIII, avança em conhecimentos da fisiologia, biologia, química, patologia, que com identificação e classificação das doenças alterara-se a caracterização destes hospitais, transformando radicalmente sua função, - passam de albergar e asilar pessoas para tratar o enfermo curável e devolvê-lo a produtividade, imposição da industrialização que se efetivava. Os religiosos católicos, que se dedicavam ao modelo anterior, foram banidos destes hospitais, por meio de medidas operacionais (Rezende, 1989). A deficiência mental, contudo era considerada incurável, e estas pessoas obtinham cuidados somente em instituições asilares, enquanto pessoas com deficiência física obtinham cuidado pela família ou eram também institucionalizadas (Aranha, 2001).

De acordo com Almeida (2000) a pessoa com deficiência tornou-se objeto de estudo, assumindo um novo papel, - o de colaborar passivamente com o progresso da ciência. Para a autora, indivíduos com deficiência passam a ser objetos híbridos da caridade e da ciência, objeto e alvo de poder, viável de manipulação, modelação, treinamento e controle de prescrições coercitivas, a partir do saber e de práticas médicas.

Neste contexto, a atenção à pessoa com deficiência se realizava em instituições asilares, custodiais e segregadoras. Segundo Aranha (2001) o primeiro paradigma adotado formalmente para caracterizar a relação da sociedade com este segmento populacional foi o paradigma da institucionalização.

Para Soares (1987), no século XX, a partir da década de 40, em vários estados do Brasil, foram criadas instituições filantrópicas por iniciativa da sociedade civil, para o atendimento de pessoas com deficiência. A *Rotary* internacional patrocinou a criação da sociedade Internacional de Crianças lesadas, em 1919, e a Sociedade Internacional para o Bem- Estar dos Lesados, em 1922. As instituições nacionais eram voltadas em sua maioria, ao atendimento de crianças com deficiência mental e/ou física, em atendimento asilar. Em 1943, em São Paulo, fundou-se o Lar Escola São Francisco, a Fundação para o Livro do Cego no Brasil, para o ensino de crianças cegas e a Associação de Amigos da Criança Defeituosa, para crianças com seqüelas de poliomielite, paralisia cerebral e outros defeitos congênitos. No Rio de Janeiro, em 1945, foi criada a Sociedade Pestalozzi do Brasil, para atendimento de crianças e fomentar a abertura de entidades congêneres em outros estados do país. Em 1954, foi fundada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, que se destinou ao tratamento clínico e cirúrgico de pessoas com seqüela de poliomielite. Confirmando, a persistência do modelo institucionalizante na atenção a estas pessoas.

No século XIX, a utilização de recursos de reabilitação na assistência a saúde teve início no mundo, entretanto somente no século XX, os serviços de reabilitação passam a ter importância no tratamento de pessoas com seqüelas da guerra e da poliomielite (Ribeiro et al., 2010).

Medeiros (2003, p. 44) aponta que os primeiros programas de reabilitação profissional surgiram nos EUA e na Europa nos períodos pós-guerra, com o propósito de recuperar a produtividade, “desenvolver capacidades funcionais residuais para o retorno a atividade útil”. Especialmente na Europa, a população diante de precárias condições de vida, após a II Guerra Mundial, reivindicaram a universalização da saúde, que deveria ser mantida pelo Estado.

Assim, de acordo Soares (1987), em 1942, implementou-se o projeto do “Estado de Bem-Estar Social”, que defendia uma concepção ampla de saúde, higiene, educação e habitação, garantindo emprego, além de benefícios pecuniários tradicionais. Tais propostas foram divulgadas em eventos internacionais pela OIT (Organização Internacional do Trabalho), sendo que a definição de reabilitação promulgada por essa entidade era, ainda em 1954, “um conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, profissionais e econômicas, que objetivava o

desenvolvimento da capacidade do indivíduo deficitário de modo que esteja apto para, por si só, prover sua própria subsistência” (Soares, 1987, p. 115).

No Brasil, os indivíduos incapacitados da II Guerra Mundial possibilitaram o movimento de reabilitação, por meio de entidades da sociedade civil integradas às sociedades internacionais, que conquistaram o apoio da ONU (Organização das Nações Unidas) e OIT. Em 1946, os serviços de reabilitação foram incorporados ao da seguridade social, e com o auxílio da OMS formaram-se técnicos especializados, que implementaram os primeiros programas de reabilitação para acidentados do trabalho, doenças crônicas, deficiências sensoriais e físicas, introduzindo a reabilitação em Centros Especializados (Soares, 1987).

Destarte, um novo modelo de atenção se instaura na reabilitação, o modelo biomédico, que se consolida por possuir tecnologia terapêutica e de recuperação. Neste contexto, os Centros de Reabilitação assumiram o símbolo desta abordagem, “instância onde se concentrará todos os recursos destinados a reabilitar pacientes portadores de doenças potencialmente incapacitantes e de deficiências, transitórias ou definitivas” (Almeida, 2000, p. 107). Esses Centros foram colocados, como lugar de defesa, do que se considerava interesse das pessoas com deficiência, fundamentados na ordem técnico-científica assumiram a tutela deste grupo. Para Aranha (2001), em função do incômodo causado pela sociedade, a luz de novas concepções sociais e científicas, emerge um novo paradigma na relação com a pessoa com deficiência, identificado como o paradigma de Serviços.

Nesta perspectiva, a concepção de reabilitação discutida nos órgãos científicos da época e publicada em revista especializada era: “a restauração do indivíduo incapacitado ao máximo de suas possibilidades: física, mental, social, vocacional e econômica, de que pode ser capaz” (Rezende, 1972, p. 2).

A crescente incorporação de equipamentos de alta tecnologia nos processos diagnósticos e terapêuticos e a especialização da ciência conferiram o delineamento de novas profissões, que constituirão as equipes de reabilitação, incluindo o assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiros, fonoaudiólogos, dentre outros profissionais (Almeida, 2000). Para Capra (2006), durante o século XX, a tendência reducionista persistirá na ciência

biomédica, com ascensão da medicina científica pelas descobertas sobre os mecanismos do corpo humano e o desenvolvimento tecnologias complexas, sofisticadas e de alto custo.

Deste modo, segundo Almeida (2000, p. 79), na reabilitação, o corpo será apreendido como origem do problema e se converterá:

[...] no principal objeto de análise e treino, mesmo ao tratar-se de problemas considerados pertencentes ao campo das relações sociais, como os do trabalho, por exemplo. A pessoa com deficiência, dessa perspectiva, deve ser treinada para desenvolver ou melhorar habilidades físicas, como tolerância a movimentos e posturas exigidas na realização de determinadas tarefas profissionais, como requisitos prévios à sua integração ao mundo do trabalho. Adaptação, portanto, do sujeito com deficiência às condições da realidade.

O discurso do modelo biomédico, segundo Sampaio e Luz (2009, p. 476) focaliza o corpo deficiente ou a disfunção da parte do corpo, que será:

[...] “objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção. Uma vez classificado como inválido, ou dependente, a base da chamada tragédia pessoal, o indivíduo é visto como vítima, necessitando de cuidado, atenção e ajuda das pessoas. A solução se encontra no cuidado de *experts*, cabendo às chamadas equipes multiprofissionais definirem as necessidades do indivíduo e as intervenções capazes de diminuir o impacto negativo da incapacidade”.

Nesta perspectiva, o sujeito não é identificado, mas sua patologia é que determinará sua trajetória no Centro de Reabilitação. Este indivíduo terá pouco espaço para ser ouvido em suas necessidades, será alvo de avaliação dos profissionais, mas apenas sob os aspectos previamente definidos e programados como atribuições dessa nova instituição. Tal modelo evidencia a pouca participação dos indivíduos com deficiência em seu projeto terapêutico, desqualificados no saber que possuem sobre si mesmo. Apesar disso, serão solicitados a colaborarem para um melhor resultado do trabalho, que na prática significa certa obediência na realização do que é orientado pelos profissionais. Neste sentido, à família também é

convocada a dar seguimento às orientações fornecidas pela equipe técnica (Almeida, 2000; Almeida, Campos, 2002).

Na organização do trabalho da equipe no Centro de Reabilitação, geralmente os primeiros contatos com a pessoa com deficiência ocorrem em situações de avaliação, quando cada profissional, seguindo critérios previamente definidos, averiguam se ele pode ser admitido. Em outros momentos, os profissionais se reúnem para discutir o caso, levando para conhecimento do grupo as impressões de cada área de conhecimento, a fim de se estabelecer o programa terapêutico. De modo geral, a discussão da equipe esta relacionada aos ajustes de conduta entre profissionais na instituição, o estabelecimento de horários e frequência aos atendimentos. A alta também é acordada pela equipe, e o sujeito pode ser desvinculado ao mesmo tempo de todas as modalidades terapêuticas fornecidas na instituição, podendo não haver opções para assistência em outros níveis ou equipamentos de saúde, ou a readaptação ao trabalho e/ou para sua inclusão social. Pode ainda este indivíduo retornar a estes centros em situações mais adversas e não haver flexibilidade em reabsorvê-lo (Almeida, 2000; Almeida, Campos, 2002)

Vale ressaltar que, os serviços de reabilitação, no Brasil, assumiram uma organização privilegiadamente urbana, concentrada nas regiões economicamente mais favorecidas, com baixa cobertura assistencial e baixa resolubilidade (Cardoso, 2004; Soares, 1987). Os Centros de Reabilitação, em sua maioria, tiveram natureza privada e/ou filantrópica, e a partir da década de 70, surgem movimentos nacionais e internacionais, questionando os limites deste modelo para promover a reintegração da pessoa com deficiência à sociedade (Almeida, 2000; Soares, 1987).

Destarte, nesta mesma década, surge o movimento pela desinstitucionalização de pessoas com deficiência mental, no Brasil, a partir da Declaração dos Direitos do Deficiente Mental da ONU, que instituiu direitos para atenção em reabilitação, retorno ao cuidado familiar e inserção produtiva na sociedade (Ribeiro et al, 2010). Foi também o início do processo de Reforma Psiquiátrica, processo político e social para superação do modelo de assistência centrado no Hospital psiquiátrico. Tais proposições coincidem com o movimento pela reforma sanitária brasileira, “em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde [...] equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e

usuários dos serviços [...] nos processos de gestão e produção [...] do cuidado” (Brasil, 2005 b, p. 6).

### **A Reabilitação Baseada na Comunidade: avanços, limites e desafios**

De acordo Amate (1988) assessora Regional em Reabilitação do Programa de Saúde para Adulto, da OPAS, o problema da incapacidade deve ser analisado, desde a perspectiva da relação entre o homem e seu meio, que interrelacionam-se aos planos sociopolíticos e econômicos dominantes, e, que podem ocasionar desigualdades e acarretar desvantagens. Para a autora, na América Latina o risco à incapacidade tende a aumentar como consequência de fatores biológicos, socioeconômicos, nutricionais e culturais. Tais fatores podem provir do uso inadequado de recursos tecnológicos, da ineficiência das instituições, pela falta de cobertura de serviços, ausência de atividades para prevenção e promoção da saúde, desnutrição, falta de acesso a educação e ao trabalho, guerra e pobreza crônica. Conforme afirma:

*En la mayoría de los países latino-americanos los servicios de rehabilitación se prestan, en el mejor de los casos, en forma fraccionada; en general son dispensados por distintas instituciones de varios sectores, que suelen responder a diferentes políticas sin coordinación entre sí. Este caos es el resultado de la falta de políticas nacionales y del desconocimiento de las necesidades reales de la población a la que deberían servir. Se agravan así la inequidad social y la ineficiencia administrativa (Amate, 1988, p. 209- 210).*

Dentro deste marco, a OMS crítica a omissão de alguns Estados em relação às pessoas com deficiência e indica novos modelos para a atenção a este segmento populacional, mais viável, sob o ponto de vista econômico, principalmente para os países em desenvolvimento, onde ocorreria a maior proporção de deficiência (Almeida, 2000).

Em 1994, a OIT, UNESCO (União das Nações para a Educação, Ciências e Cultura) e OMS, elaboraram um documento de posição conjunta, visando fomentar um enfoque comum, na denominada Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), uma estratégia de desenvolvimento comunitário visando à reabilitação, a igualdade de oportunidade e a integração social de

peessoas com deficiência. Seus principais objetivos foram: assegurar que as pessoas com deficiência possam desenvolver o máximo suas capacidades físicas e mentais; ter acesso aos serviços e as oportunidades e participarem ativamente dentro da comunidade e na sociedade em geral; como também impulsionar a comunidade para promover e proteger os direitos destas pessoas, mediante as transformações na sociedade, como a eliminação de barreiras para a participação e inclusão social (OMS, 2005).

Em relação aos serviços de reabilitação a RBC, segundo a ONU (2005, p.4) propõe que:

*No se deberían seguir imponiendo servicios de rehabilitación sin el consentimiento y la participación de las personas que los estén utilizando. En la actualidad se considera a la rehabilitación como un proceso en el que personas con discapacidad o sus defensores toma decisiones acerca de qué servios necesitan para incrementar la participación. Los profesionales que prestan servicios de rehabilitación tienen la responsabilidad de ofrecer a las personas con discapacidad la información pertinente par que ellas pueden tomar decisiones informadas respecto a lo que le conviene.*

A RBC foi discutida, no Brasil, em 1995, no fórum Nacional promovido pela CORDE (Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), órgão da Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, que tem a finalidade de promover a integração da pessoa com deficiência (Almeida, 2000). Neste fórum, a Câmara Técnica formada por 26 participantes, entre os quais estavam representantes das associações de pessoas portadoras de deficiência (PPD) e especialistas de organismos internacionais e nacionais. Segundo Maior (1996, p. 7) vislumbrou-se na RBC, uma estratégia para ampliar e viabilizar a atenção as pessoas com deficiência, já que os programas de reabilitação se concentravam nas áreas urbanas e metropolitanas,

[...] alcançando uma pequena parcela de usuários e incapaz de desenvolver a responsabilidade das comunidades para com seus cidadãos portadores de deficiência. Ao mesmo tempo, as regiões mais pobres e as mais afastadas continuam sem informação e as iniciativas de reabilitação e integração das PPD não acontecem.

No Brasil, a CORDE propõe que o RBC seja executada em conjunto com os setores governamentais e não governamentais, que teriam papéis e responsabilidades definidas (Ameida, 2000).

Segundo o Ministério da Justiça, Secretaria dos Direitos da Cidadania (Brasil, 1995) a RBC teria como objetivos: valorizar o potencial da própria comunidade, concebendo a pessoa com agente de seu processo de reabilitação; facilitar a inclusão social de pessoas com deficiência, incentivando sua mobilidade; incluir a livre participação de cidadãos da comunidade no levantamento das necessidades, para tomada de decisão, de execução dos serviços e de avaliação de resultados obtidos; recupera a visão integral do homem, executando programas básicos para desenvolver autoconfiança e independência destas pessoas; mudar o modelo assistencialista para o modelo participativo, trabalhando integralmente e valorizando os sujeitos com deficiência na definição dos objetivos a serem alcançados; mudando o enfoque da relação do profissional com o sujeito de autoritária para participativa, incluir conhecimentos da RBC na capacitação dos agentes comunitários; dentre outras.

Algumas experiências com RBC foram desenvolvidas nos meados da década de 90, em São Luiz, Maranhão, nas quais os profissionais de nível superior qualificaram instrutores e identificaram lideranças na comunidade, que se transformaram em agentes comunitários. Esses, inicialmente recebiam apenas cestas básicas pelo trabalho e a partir de organização e reivindicação posteriores foram remunerados por produtividade. Já, no Amazonas, em Tapajós e Arapiuns, desenvolveram-se ações com várias frentes, como na saúde da mulher, no saneamento básico, entre outras. Primeiramente, o projeto desenvolveu-se vinculado a Prefeitura de Santarém, e mais tarde foi financiado por diferentes entidades. Enquanto, na Bahia, Cajazeiras, zona peri-urbana de Salvador, a partir de 1995 desenvolve-se o programa da RBC, onde realizou-se a capacitação de agentes, com técnicos nacionais e internacionais, que desenvolveram atendimentos domiciliares semanais, organizavam reuniões mensais com familiares, buscando criar uma rede de solidariedade, e estimular organização comunitária com atividades de sensibilização, orientação e informação. Outra experiência relatada em São Bernardo, São Paulo, técnicos de nível superior, contratados por uma instituição filantrópica, atuam desde 1997, junto a moradores de uma favela, por meio de oficinas de periodicidade mensal, para grupos heterogêneos composto por pessoas com deficiência mental, sensorial, física e sofrimento mental, dentre outras experiências (Almeida, 2000).

Oliver et al. (2004) relataram experiência com RBC, construída no início de 1997, na qual os profissionais do serviço de saúde, da Universidade de São Paulo e representantes da Pastoral Social, baseados no RBC desenvolveram projeto na comunidade no município de São Paulo, por meio de grupo de convivência, num período de 12 meses. Dentre os resultados destacaram a importância da participação das mães e moradores no diagnóstico da situação de pessoas com deficiência e na construção compartilhada para abordar o isolamento domiciliar vivido; a construção de trocas sociais e afetivas, apoio social, emancipação e autonomia. Além de ter contribuído para maior visibilidade à problemática da deficiência no território.

No Rio de Janeiro, Silva e Faria (2004) analisaram uma experiência que teve início em 1994, desenvolvida pela Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR), com vínculo à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), da Prefeitura do Rio de Janeiro. A proposta era a inclusão social de pessoas com deficiência, que moravam em comunidades com elevados índices de pobreza. Denominada por práticas do Programa de Reabilitação Social na Comunidade (RSC), e que segundo puderam promover:

[...] uma ruptura com ações paternalistas e segregacionistas [...] promoveu uma cisão com o modelo clínico reducionista, que mantinham atividades voltadas para serviços de habilitação/reabilitação desvinculados do processo sócio-pedagógico, cultural, esportivo, recreativo, que possibilitam a participação da família e da comunidade na reabilitação do portador de deficiência (Silva, Faria, 2004, p. 13).

Almeida (2000) aponta para algumas dificuldades para implementar a RBC, no Brasil, estariam relacionadas à manutenção e distribuição de poderes e ao financiamento. Em algumas experiências, observa-se a atuação de alguns recursos públicos, como também a liberação de recursos humanos, para ora atuarem no planejamento e execução de programas formais de capacitação, ora nas atividades de supervisão do pessoal não qualificado ou voluntário.

Assim, apesar do contexto da RBC ser compatível ao pensamento neoliberal pela redução dos custos e gastos pelo Estado com as políticas sociais públicas, que vão ao encontro das

recomendações emitidas por agências financeiras aos países em desenvolvimento; alguns programas da RBC evidenciaram o problema da deficiência ao situá-lo no âmbito da coletividade, além de abordar a participação comunitária na inclusão destes sujeitos, como princípio da democratização nas decisões e efetivações dos projetos (Oliver et al, 2004; Silva, Faria, 2004; Almeida, 2000).

Algumas considerações, contudo devem ser realizadas em relação à eficácia da RBC em algumas comunidades, segundo documentos divulgado pela OPAS, no Uruguai foi verificado que a metodologia proposta de censo não foi eficiente para detectar algumas deficiências (OPAS, 1992 a). Enquanto, na Nicarágua, os supervisores locais, por não apresentarem vínculos e remuneração, tornaram o compromisso com o trabalho precário, prejudicando-o (OPAS, 1992 b).

Em revisão de literaturas sobre a RBC realizada por Finkenflugel, Wolffers, Huijsman, (2005) no período de 1978 a 2002, na qual 128 artigos foram analisados, constatou-se que os programas em seus aspectos práticos são relativamente bem apresentados, porém revelam que não há um foco de investigação na RBC. A base de evidencia foi considerada fragmentada e incoerente, sendo sugerido que estudos de revisão abrangente sejam realizados sobre os principais aspectos do RBC, apoiados por investigação sistemática a fim de estabelecer práticas baseadas em evidência

### **Sistema Único de Saúde: a reabilitação como direito social**

A formulação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado do Movimento da Reforma Sanitária, inserido no processo pela redemocratização do Brasil. O alto custo, a ineficiência da gestão pública, a baixa efetividade das ações, com a exclusão de grupos e locais mais pobres e a ausência de uma política de saúde que respondesse às reais necessidades da população brasileira foram os grandes desafios para a Reforma Sanitária (Cordeiro, 2004; Silva, 2003; Brossert, Larraga, Meir, 2000; Fleury, 1997).

O marco histórico decisivo desse processo foi à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que buscava transformar o arcabouço jurídico-institucional do setor saúde e assegurar, numa “Assembléia Nacional Constituinte, livre, soberana, popular e exclusiva”, a garantia do direito a saúde a todo cidadão brasileiro (Brasil, 1986, p.4-5). Dois anos depois a Assembléia Nacional Constituinte estabeleceu a Constituição Federal de 1988, que em relação à saúde, enunciou as garantias para sistematizar ações e serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva, como direito de cidadania e dever do Estado. As ações e serviços de saúde foram inscritos pela universalidade da cobertura, a equidade e integralidade da assistência, a descentralização da gestão administrativa com participação da comunidade e integração da rede pública de serviços num sistema único de saúde (Cordeiro, 2004; Silva, 2003).

Estava criado o SUS, que veio a ser regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde Brasileira - Leis 8.080/90 e 8142/90. Tais leis asseguravam o acesso universal e igualitário às ações e serviços nos diferentes níveis de atenção a saúde e complexidade do Sistema (Cordeiro, 2004; Silva, 2003; Brossert, Larraga, Meir, 2000 ).

Amplia-se a concepção de saúde, desvinculada do âmbito exclusivamente biológico, centrado na doença, na hegemonia médica e na atenção individual, para ser configurada a partir de seus determinantes sociais (Cordeiro, 2004; Fleury, 1997). Segundo Buss e Peregrino (2007) um conceito generalizado sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são as condições sociais em que vivem e trabalham os indivíduos e grupos de determinada população. Estes determinantes estão relacionados a fatores sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, ético-raciais, entre outros, que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e dos fatores de riscos nas diferentes populações.

Em relação à reorganização sanitária dos serviços de saúde destacam-se entre seus princípios e diretrizes do SUS: a descentralização, integralidade, resolutividade, regionalização e hierarquização. A descentralização é um processo de transferência de responsabilidade de gestão para os municípios, que atende aos preceitos constitucionais e legais do SUS, definindo atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados e municípios. A integralidade, garante aos usuários a atenção às ações de promoção, prevenção e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. A resolutividade assegura que,

quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência. A regionalização e a hierarquização garantem que os serviços de saúde sejam organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica limitada e com a definição da população a ser atendida (Brasil, 2005b).

Atualmente, no cenário nacional existe um amplo debate em torno da necessidade de reformular as organizações e estabelecimentos sanitários, buscando criar condições para que o sistema de saúde se aproxime cada vez mais dos seus usuários, tornando-o mais humanizado e resoluto. A hierarquização rígida do trabalho organizado sob a orientação do eixo de cada nível de complexidade do sistema, portanto vem sendo questionada (Gottens, Pires, 2009; Brasil, 2006b; Mendes, 2006a).

Para Mendes (2006b), quando os níveis de complexidade de um sistema de saúde tornam-se autônomos há o risco de sua fragmentação, que pode ocorrer entre unidades semelhantes ou de diferentes níveis de complexidade, com consequências negativas para o acesso, eficiência e equidade desse sistema.

De acordo com Gottens e Pires (2009, p. 196), a articulação da atenção básica com os demais níveis de complexidade da saúde influencia efetivamente na dimensão econômica do SUS, já que pode interferir na lógica da oferta a partir da demanda e reduzir iniquidades. Para estes autores, a relação entre os níveis de atenção do SUS é “o ponto estratégico para se operar as mudanças necessárias ao modelo de saúde vigente”; uma vez que, a interface da atenção básica com as demais unidades pode impactar as ações de alta complexidade do SUS, racionalizar a utilização dos serviços a partir das demandas dos usuários e promover maior regulamentação do Estado aos prestadores contratados.

Surge então a concepção de redes integradas e regionalizadas de atenção a saúde, cuja efetivação depende da centralidade das ações nas necessidades dos usuários; da continuidade do cuidado ao usuário de forma articulada, integrando as diversas unidades e níveis de complexidade do sistema; e do reconhecimento da complementaridade e da interdependência de cada unidade e nível, na construção de vínculos e conexões capazes de abordar problemas complexos em saúde e impulsionar inovações, buscando a resolubilidade (Brasil, 2006a).

A reabilitação, no Brasil, até 1991, se caracterizava pela baixa cobertura e resolubilidade, concentrada nos centros especializados, com organização fragmentada, privilegiando as regiões urbanas e economicamente mais favorecida. Por outro lado, as experiências com RBC foram pontuais, apesar de ter atingido regiões rurais e mais pobres.

Assim, em 1991, o Ministério da saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, pela Portaria nº 827/91, buscando garantir o acesso das pessoas com deficiência na rede de serviços do SUS. Tal Política vem sendo reformulada a cada ano, na tentativa de gerar um modelo de atenção baseado na integralidade, articulado em redes integradas e regionalizadas, e em interface com outras políticas e setores para além da saúde (Brasil, 2008b)

Para implementar esta rede o Ministério da Saúde (Brasil, 2008b) propõe fornecer os serviços necessários da forma mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico, quanto social e cultural, integrando-se no conjunto da municipalização da saúde. Quanto aos serviços de reabilitação de maior complexidade, mais onerosos, discute-se que no nível regional podem ser implantados pelos municípios de maior porte, em articulação com os gestores.

Desta perspectiva são atribuições dos gestores, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008b, p. 45):

[...] de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar condições e atuar de modo a viabilizar o alcance dos propósitos desta política, que são: reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde do referido segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor Saúde quanto no contexto de outros setores.

Em relação à atenção primária à saúde (APS), os serviços devem desenvolver ações básicas de reabilitação, buscando a inclusão social aos indivíduos com deficiências, mas de forma complementar e integrada aos demais níveis de complexidade do SUS. Para isto, em 2008, por meio da Portaria GM no. 154/08 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF) com o objetivo de atuar em conjunto com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e demais níveis de complexidade do SUS. A APS, busca alcançar maior resolutividade e cobertura a este segmento populacional (Brasil, 2008b; 2008c) e o NASF deve ser constituído:

[...] por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui por de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF. O NASF deve atuar dentre de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização (Brasil, 2010, p.7).

O NASF foi classificado em duas modalidades distintas, conforme população do município. O NASF 1 deve ser composto por: médico acupunturista, assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, terapeuta ocupacional, psiquiatra, psicólogo, pediatra, podendo ser alocado de acordo com as necessidades do município, contudo a norma é que pelo menos cinco profissionais compõem este NASF. Já, o NASF2 pode ser composto por no mínimo três profissionais das seguintes categorias: assistente social, profissional da Educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. Esta segunda modalidade de NASF é permitida apenas para municípios com menos de 100 mil habitantes ou que tenham densidade populacional abaixo de dez mil habitantes por Km<sup>2</sup> (Brasil, 2008 c; 2007).

Enfatiza-se que a integralidade deve ser considerada no encontro dos profissionais com o usuários/comunidade, que devem reconhecer suas demandas de saúde para incorporar ações de promoção, prevenção, curativas ou reabilitadoras, a fim de ampliar a escuta e a visão sobre o cuidado, que deve ser pactuado (Brasil, 2010). A eficácia das ações de cuidado em saúde, portanto pode ser ampliada, por meio do acolhimento e vínculo, que favorecem a participação

do usuário na intervenção do serviço e na seleção do seu projeto terapêutico (Monteiro, Figueiredo, Machado, 2009; Demenenck, 2008; Barros et al., 2007; Ramos, Lima, 2003).

Para Ayres (2004) o cuidado é a própria razão de ser do trabalho em saúde, é o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais, já que se realiza no encontro entre pessoas que trazem sua história, sofrimento ou necessidades (usuários) e outras (profissionais), que pressupõem dispor de conhecimentos e recursos para auxiliar na solução destas necessidades. Neste encontro, segundo Sampaio (2005), são mobilizados, além dos aspectos tecnológicos e científicos, as subjetividades, emoções e sentimentos destes sujeitos, deste modo, cuidar é uma atitude de responsabilização, implicação e inclusão.

Para o desenvolvimento do processo de trabalho centrado no usuário, as equipes precisam ultrapassar a prática tradicional, que prioriza a assistência biológica do processo saúde-doença para uma clínica ampliada, comprometida com a singularidade do sujeito. Para isso, faz-se necessário transformar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes “[...] em atributos e habilidades relacionais de escuta qualificada, de modo a estabelecer interação humanizada, cidadã e solidária com usuários, familiares e comunidade”, como também a capacidade para reconhecer e atuar problemas de saúde complexos (Brasil, 2006c, p. 30).

Em relação, a atenção secundária os serviços atendem as demandas específicas das pessoas com deficiências, pela restrição de suas capacidades, por meio dos Centros de Referência em Reabilitação. Tais unidades são responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial e pelo desenvolvimento e produção de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação. Tem caráter complementar à APS e ao atendimento terciário, com o objetivo de alcançar a maior cobertura e resolutividade possível dos casos detectados. Neste nível são fornecidos órteses, próteses, equipamentos auxiliares a locomoção, atenção audiológica, bolsas de ostomia e demais recursos tecnológicos necessários à autonomia e inclusão social deste segmento populacional (Brasil, 2008b).

As ações da atenção nestes Centros devem ter enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas de deficiência, mediante a atuação de equipes multiprofissionais, em caráter interdisciplinar. Os profissionais inseridos nestas unidades são médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas

ocupacionais, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros, além de pessoal de nível técnico e administrativo (Brasil, 2003).

Entende-se o caráter interdisciplinar das ações em reabilitação, como ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas de profissionais de diferentes formações, ou seja, o trabalho que envolve a flexibilidade frente às diversidades nas concepções inerentes a cada campo de conhecimento, para buscar novas formas de enfrentar os problemas de saúde. A interdisciplinaridade implicaria numa consciência dos limites e das potencialidades de cada arena profissional em direção ao coletivo. Assim sendo, não se pretende negar as especialidades, mas superar sua fragmentação, por meio do diálogo com demais áreas do conhecimento para a apreensão da realidade de saúde contextualizada por seus diversos determinantes (Loch-Neckel et al., 2009; Gomes, Deslandes, 1994 ).

Para tal, o acolhimento é uma importante estratégia. Segundo Demeneck (2008) é um processo reflexivo, democrático e interdisciplinar, fundamental para a resolutividade dos problemas de saúde de comunidades e/ou de usuários. Já para Pinafo Lima e Baduy (2008), ao ser pautado no resgate dos saberes das equipes de saúde para a reflexão crítica sobre a humanização das relações em serviço, o acolhimento pode garantir maior resolubilidade as demandas dos usuários. Nesta mesma linha, Hennington (2005) afirma que o acolhimento é um processo multiprofissional e interdisciplinar, pois fortalece a solidariedade e o trabalho coletivo, sem, no entanto, se perder as especificidades de cada campo de conhecimento.

Assim, as equipes desta unidade devem “reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas”, buscando o apoio das redes de saúde ou de outros setores, para além da saúde (Brasil, 2004, p. 8). Para tal, faz-se necessário que os serviços de saúde sejam organizados na perspectiva da responsabilidade territorial, com adscrição de clientela, vínculo e responsabilização clínico-sanitária.

Já no nível terciário, encontram-se os hospitais especializados em reabilitação, que prestam atendimento aos casos que por seu tipo e grau de deficiência e incapacidade, requer tecnologia de alta complexidade e intervenção mais freqüente e intensa. Este nível, conta também com equipes multiprofissionais, em caráter interdisciplinar, que considerem a globalidade das necessidades dos usuários (Brasil, 2008b).

A assistência domiciliar em reabilitação configura medida importante e compreende os serviços de apoio a vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado. As unidades assistenciais filantrópicas e privadas podem integrar à atenção secundária e terciária de forma complementar, dentro dos preceitos do SUS (Brasil, 2008b).

A porta de entrada deste usuário, contudo deve ser a unidade de atenção primária de saúde (UAPS) ou os serviços de emergência e pronto atendimento, onde ao ser assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso (Brasil, 2008b).

Destaca-se, no entanto, que segundo Cecílio (2006), a construção da atenção articulada em redes integradas e regionalizadas se concretiza, quando cada serviço se articula em fluxos e circuitos, de forma complementar e dialética, a partir das necessidades reais dos usuários. Assim, a atenção integral seria o resultado da articulação entre cada nível de complexidade do SUS, quer seja, uma equipe PSF e NASF a um centro de referência em reabilitação, ao mesmo tempo que, buscam agregar saberes das equipes interdisciplinares a de outros setores, para além da saúde.

A Política Nacional de Atenção da Pessoa com Deficiência, voltada para a inclusão em toda a rede do SUS, além da atenção integral e organização dos serviços de saúde, tem outras diretrizes, que devem compartilhadas nas três esferas de gestão e em parcerias interinstitucionais, que são: a promoção da qualidade de vida; prevenção da deficiência; melhoria dos mecanismos de informação; capacitação de recursos humanos; atenção integral à saúde, organização e funcionamento dos serviços (Brasil, 2009).

A promoção da qualidade de vida inclui responsabilidade compartilhada para igualdade de oportunidades, ambientes acessíveis e inclusão sociocultural. Na saúde busca-se tornar as unidades acessíveis e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde. Já, a prevenção de deficiências, diretriz de ação intersetorial, pressupõe implementar estratégias de prevenção, considerando que 70% das ocorrências podem ser evitadas ou atenuadas, por ações de imunização, acompanhamento a gestantes, exames aos recém-nascidos, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, aos diabéticos, hipertensos, pessoas com hanseníase, e na prevenção de acidentes de trânsito ou domésticos, e

violências. Vale lembrar que a melhoria de mecanismos de informação com melhora nos mecanismos de registros e coleta de dados sobre pessoas com deficiência no país, aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS, construção de indicadores e parâmetros com desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, estimulando a pesquisa em saúde e deficiência; como também a capacitação dos profissionais, pela educação permanente, tanto na rede básica como nos serviços de reabilitação são aspectos que não podem ser negligenciados (Brasil, 2009).

### **Inovações na reabilitação: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

Os países membros da ONU assumiram o compromisso de obter meios em conjunto ou separadamente de cooperação com objetivo de promover níveis de vida mais elevados, trabalho permanente para todos, condições de progresso, desenvolvimento econômico e social (Brasil, 2002). Para tal, novos modelos conceituais foram desenvolvidos com o objetivo de compreender e explicar os problemas consequentes à deficiência. Foram tentativas para superar o modelo biomédico e a tendência da reabilitação de analisar a questão da incapacidade de forma redutiva, que não consideravam as diferenças e diversidades das pessoas, acabando por produzir uma discriminação negativa (Mângia, Muramoto, Lancman, 2008).

A década de 60 pode ser considerada um marco dessa evolução, com a reformulação do conceito de deficiência, abrangendo a relação entre as limitações que experimentam estas pessoas, a concepção e a estrutura do meio ambiente, bem como a atitude da população em geral (Brasil, 2002). Segundo Sampaio et al. (2005, p. 130), o primeiro modelo desenvolvido nesta década por Saad Nagi, fundamentou-se na teoria sociológica para descrever o processo de incapacidade, considerando como eixo “central quatro conceitos: patologia ativa, disfunção, limitação funcional e incapacidade [...] que definiu uma relação linear entre os componentes estabelecidos desde o início da doença e que se completa quando a incapacidade se instala”.

Em 1976, de acordo com Farias e Buchalla (2005), a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disability and Handicap* (ICIDH), ainda em caráter experimental, que foi traduzida no Brasil como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). Já em 1980, segundo Sampaio et al. (2005), a OMS modificou a versão proposta por Saad Nagi, considerando que o desenvolvimento tecnológico e instrumental em saúde poderia contribuir para o controle e a erradicação de doenças agudas, e as condições crônicas passaram a ser foco de preocupação na saúde, que foram contempladas na versão da ICIDH. Segundo Mângia, Muramoto e Lancman (2008), o sistema proposto pela ICIDH classifica a diversidade corporal como consequência da doença ou anormalidade, enquanto as desvantagens são causadas pela incapacidade do indivíduo com lesões de se adaptar sociedade. Ao fundamentar-se em termos estritamente biológicos, a ICIDH desconsiderava o conceito de deficiência em seu contexto político, econômico e social, sendo revista.

Vale ressaltar que o ano de 1981 foi declarado pela ONU, como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, que colocou em evidência a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente dos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação da pessoa com deficiência (Brasil, 2002; Amate, 1988). No ano seguinte, foi aprovada na assembléia geral da ONU, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, que ressalta o direito dessas pessoas à oportunidades idênticas às dos demais cidadãos. Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas para este segmento populacional, como para a saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, etc. Sugeriu-se que os países membros devessem considerar tal Programa na definição e execução de suas políticas, planos e projetos voltados a estas pessoas.

Em 1997, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008c) a Classificação Internacional foi rerepresentada em novo formato, Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação - um manual da dimensão das incapacidades e da saúde -, que enfatizava o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, em substituição a valorização da incapacidade e limitação.

Em 2000, segundo Sampaio et al. (2005), após revisões a ICIDH-2 foi aprovada, e três dimensões foram definidas: a disfunção, limitação da atividade e restrição da participação.

Essas dimensões apresentam a mesma importância e foram consideradas independentes em relação à limitação do indivíduo com deficiência, como, por exemplo, um indivíduo pode apresentar uma disfunção, sem com isto ter limitado sua atividade e participação social, ou vice-versa.

Finalmente, em 2001, a OMS aprovou a adoção de uma nova classificação da saúde e dos componentes relacionados à saúde, conhecida como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que buscou uniformizar a linguagem internacional no que diz respeito à descrição de diferentes aspectos da funcionalidade, incapacidade e saúde. A CIF foi incorporada pelas Regras Uniformes para a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Incapacidades, como instrumento internacional sobre os direitos humanos, bem como para a legislação nacional (Brasil, 2002; 2008b).

O universo da CIF engloba todos os aspectos da saúde e aspectos relacionados ao bem estar, descrevendo-os em termos de domínios relacionados à saúde. Dois componentes foram descritos: a funcionalidade e incapacidade, e os fatores contextuais. Os componentes da funcionalidade e Incapacidade incluem as funções do corpo, estruturas do corpo e deficiências (problemas nas funções ou na estrutura do corpo, como um desvio importante ou uma perda); atividades (execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo); e participação (envolvimento numa situação da vida, no qual pode encontrar limitações ou restrições ao enfrentar situações reais da vida cotidiana). Enquanto, os componentes dos fatores contextuais representam o histórico e estilo de vida de um indivíduo, relacionados a fatores ambientais (ambiente físico, social e de atitudes, no qual a pessoa está inserida); e pessoais (englobam as características do indivíduo como o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, estilo de vida educação, diferentes maneiras de enfrentar problemas, dentre outros) ( Brasil, 2008b).

Neste contexto, vale ressaltar que, a CIF busca superar o modelo biomédico e o modelo social, pois, enquanto o primeiro reduz a deficiência à categoria de doença e a incapacidade, a abordagem social discute a significado de deficiência e de incapacidade como emergente de contextos sociais e culturais, podendo não ser resultante de uma condição de saúde, mas influenciada por fatores sociais, culturais e ambientais (Sampaio, Luz, 2009).

A CIF, no entanto está fundamentada no modelo biopsicossocial, devendo ser usada para a integração de várias dimensões da saúde, que pressupõe a incapacidade como resultado de múltiplas determinações, biológicos, individuais, sociais, culturais, políticos, e econômicos. Destaca-se que a CIF pode ter aplicação universal, ser utilizada por todas as pessoas e em qualquer condição de saúde, e não somente por aqueles com deficiência (Sampaio, Luz, 2009; Mângia, Muramoto, Lancman, 2008).

Este novo modelo, que fundamenta a CIF, representa uma mudança significativa na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, uma vez que propõe uma nova visão da pessoa com deficiência e suas limitações, permitindo assim, o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Portanto, é capaz de influenciar nas práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas (Brasil, 2002; 2008b; ONU, 2003).

No Brasil, foi criado um Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais em Português (CBCD), a primeira reunião nacional foi realizada recentemente, em 2007. Tal reunião contou com a participação de representantes das universidades, dos serviços de saúde, políticos e das organizações de pessoas com deficiência. No evento diversas experiências foram apresentadas, relacionadas: a utilização de sua estrutura conceitual para análise do impacto de uma condição de saúde sobre a funcionalidade; a proposta de orientação para o desenvolvimento de estruturas curriculares na pós-graduação; as políticas na área de saúde, exposta pelo CORDE e Ministério da Saúde; e, a utilização na avaliação, com relevância ao *Core Set* – desenvolvimento de agrupamentos elementares de códigos para diferentes condições de saúde (Sampaio, Mancini, 2007).

### **A intersetorialidade: importante estratégia na reabilitação**

O processo de reabilitação deve providenciar medidas que favoreçam a autonomia da pessoa com deficiência, garantindo a sua independência econômica e a inclusão social. Para tal, os programas de reabilitação precisam desenvolver medidas individuais e coletivas que

asseguem a esses indivíduos a possibilidade de tornarem-se independentes, o que abrange o direito a diferença (Lisboa, 2007).

Sem embargo, a reabilitação pressupõe, além dos serviços de saúde, a acessibilidade arquitetônica, dos meios de transporte, da comunicação, das atividades culturais e desportivas, ao trabalho e a escola. A proteção social, econômica e jurídica precisa ser garantida, a fim de evitar ou minimizar a marginalização e a exclusão social, propiciando independência com um rendimento mínimo necessário para viver (Lisboa, 2007).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2008b), assistência à pessoa com deficiência além de ser assegurada na rede de serviços do SUS, deve manter-se articulada com políticas de outros Ministérios como: da Educação, do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, da Justiça, das Cidades, dos Transportes, do Trabalho e Emprego, do Esporte e Turismo, e da Ciência e Tecnologia.

Na área de educação a inclusão da pessoa com deficiência fundamenta-se filosoficamente na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Convenção Sobre os Direitos da Criança e na Declaração de Salamanca, de 1994, na Constituição Brasileira, de 1988 (art. 208) e no Plano Decenal de Educação para Todos (Brasil, 2003).

Assim, a Política Nacional de Educação Especial reafirma o compromisso de respeitar as diferenças e condições de eficiência de cada um, promover oportunidades semelhantes de aprendizagem com as contribuições dos colegas, sua alteridade e diferenças para implantar programas individualizados e apropriados a cada criança dentro do sistema regular de ensino. A Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDBN), Lei no 9.394, de 20/12/96, define Educação Especial, por modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para pessoas com necessidades educacionais especiais, - conjunto de recursos educacionais e de estratégias de apoio que estejam à disposição de todos os alunos, oferecendo diferentes alternativas de atendimento (Brasil, 2003).

Como resultado observa-se que segundo o Ministério de Educação e Cultura, Programa Nacional de Capacitação de Recursos Humanos, que atende vários municípios, houve um crescimento nas matrículas, desde 1996, de alunos com necessidades especiais em escolas

regulares (Brasil, 2003). O Censo Escolar de 2006 registrou 700.654 matrículas no ensino regular de pessoas com deficiência na faixa etária de 0 a 18 anos, segundo a Secretaria de Educação Especial do Ministério da Saúde, 53,6% destas matrículas, foram em classe especiais e dos demais em classes regulares; 63% das matrículas ocorreram em escolas públicas. Contudo, vale ressaltar que apenas 12,8% das escolas brasileiras possuem algum tipo de adaptação, dificultando a acessibilidade e inclusão (Brasil, 2008a)

Destaca-se também a participação da rede privada na reabilitação, principalmente daquelas sem fins lucrativos, que funcionam concomitantemente à rede pública de reabilitação, e recebem subsídios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado com o objetivo de regularizar e organizar, em todo o território nacional serviços, programas e benefícios sócio-assistenciais em articulação com a sociedade civil (Ribeiro et al., 2010).

### **Considerações finais**

As práticas de atenção a pessoa com deficiência, no Brasil, evoluíram concomitantemente aos movimentos internacionais e nacionais pelo direito e pela inclusão social, de uma visão assistencialista, caritativa e segregadora para uma postura democrática e acolhedora da sociedade.

Neste contexto, o SUS tem significado um importante avanço na atenção à saúde destas pessoas, quando propõe uma rede integrada e pactuada nas três esferas de gestão e em parcerias interinstitucionais e intersetoriais. Contudo, este processo ainda está em construção e caminhando lentamente, com a inserção do NASF, na atenção primária, somente oficializado a partir de 2008.

Outro ponto importante a ser considerado é o modelo biomédico de formação dos profissionais de saúde, que influenciam nas intervenções, consideradas ainda fragmentadas, autoritárias e pouco inclusivas. Para avançar nestes termos, o investimento na formação, capacitação e educação continuada destes profissionais devem ser garantidos, buscando a comunicação em rede e a evolução conceitual em torno da CIF, por sua proposta

biopsicossocial. O acolhimento, enquanto uma diretriz para operacionalizar e qualificar as relações no SUS, também precisa ser ampliado nos diferentes equipamentos e níveis de complexidade do Sistema.

Sem embargo, o processo de reabilitação é complexo e medidas que busquem a autonomia e inclusão deste segmento populacional devem favorecer a equidade nas oportunidades de inserção econômica, de trabalho, acessibilidade arquitetônica, moradia, de acesso a educação, cultura e demais bens decorrentes dos avanços produzidos pela sociedade.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo. 2000.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p. 118-126, 2002.

AMATE, A. La Rehabilitación en America Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam**, v. 104, p. 2, 1988.

ARANHA, M.S.F. Paradigma da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. **Revista do Ministério Público do Trabalho**, n.21, p. 160-173. 2001.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface- Comun., Saúde e Educ.** v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BARROS, S. M.; FERREIRA, M. A.; ARANHA, A.L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41 (esp.). p. 815- 819. 2007.

BRASIL, Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Câmara Técnica sobre a Reabilitação Baseada na Comunidade. **RBC: resultados de sistematização**. Brasília. CORDE, 1995.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria e estabelece critérios para o credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2008c.

\_\_\_\_\_. Associação das Pioneiras Sociais (APS). **As síndromes genéticas**. Instituição Gestora da Rede SARA de Hospitais do Aparelho Locomotor. 2006a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com deficiência**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a Clínica Ampliada**/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A realidade do país aos 60 anos de Declaração Universal**. Brasília: SEDH, 2008a.

\_\_\_\_\_. SENAC. **Legislação: Deficiência e competência**. v. 3, p. 36-98, 2003.

BROSSERT, T.; LARRANAGA, O.; MEIR, F. R. Decentralization of health systems in Latin America. **Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 8, n 1, p. 84- 92, 2000.

BUSS P. M. ; PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais . **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação**: o caso do Estado do Rio de Janeiro. 2004. 121f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. R.J.CEPESC/UERJ, IMS; ABRASCO, 2006, p.113-127.

CORDEIRO, H. Instituto de medicina social e a luta pela Reforma Sanitária: contribuição à história do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p. 343-362, 2004.

DE BELLACASA, R.P. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. In: REAL PATRONATO. **Prevención y de atención a personas con minusvalía**. Discapacidad y información. Madrid. 1990.p. 27-61.

DEMENECK, K.A. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arq. Catarinenses de Medicina**, v. 37, n.1, p.84-86, 2008.

FARIA, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial: Conceitos, uso e perspectivas. **Rev. Bras Epidemiol.**, v.8, n.2, p.187-193, 2005.

FINKENFLUGEL, H. ; WOLFFERS, I; HUIJSMAN, R. The evidence base for community-based rehabilitation: a literature review. **Int. J. Rehabil. Res.** v. 28, n.3 p. 187-201, 2005.

FLEURY, S.T. (organizadora). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18 ,n.2, p.189-198, 2009.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

LISBOA. Conselho da Europa. **Uma Política coerente para a reabilitação das pessoas com deficiência**. Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência. Caderno SNR. Portugal: Lisboa, 2007.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, B.H.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 (supl.1), p.1463- 1472, 2009.

MAIOR, I. L. Reabilitação baseada na comunidade: uma proposta viável para o Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 3, n. 2, p. 7-8, 1996.

MANGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T.; LANCMAN,S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Rev. de Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n.2, p. 121-130, 2008.

MAROTTA, J.T. Lesões Medulares. In: MERRIT, L.R (Ed) **Tratado de Neurologia**. 10ª ed. Guanabara Koogan. 2002; p. 362-374.

MAYER, A. S.; ROWLAND L P. Traumatismo Cranioencefálico. In: MERRIT, R. L. (ed) **Tratado de Neurologia**. 10ª ed. Guanabara: Koogan. 2002, p. 348- 361.

MEDEIROS, M.H.R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2003.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006a.

\_\_\_\_\_, E.V. **Os Sistemas de Serviços de Saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2006b.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.2, p.358-364, 2009.

OLIVER F.C.; TISSI, M.C.; AOKI, M.; VARGEM, E.F.; FERREIRA, T. G. Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 275-88. 2004.

OMS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **CBR: estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad: documento conjunto de posición/ Oficina Internacional del trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud**. OMS, 2005.

ONU. OPAS. **CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Ed. USP, 2003.

\_\_\_\_\_. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **EFA Flafship Initiatives. UNESCO. Paris, 2004**.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **La experiencia de CBR en Uruguay**. Waschington, D.C. Enero-Junio, 1992 a.

\_\_\_\_\_ **La experiencia de CBR en Nicaragua.**  
Washington, D. C., Junio- \Diciembre, 1992 b.

PINAFO, E. LIMA, J.V.C; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, 2008.

PIOSEVANA, A.M; COSTA-VAL, J.A.F; LIMA, C.L.A., FONSECA, M.S., MÜRER, A. P. Encefalopatia Crônica Paralisia Cerebral In: FONSECA, F.L, PIANTTI, G., XAVIER, C.C., (ed.). **Compêndio de neurologia infantil.** 1ed. RJ: Medsi. 2002. p 825-838.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, p.27-34, 2003.

REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer.** São Paulo: Cortez, 1989.

REZENDE, J.E. A reabilitação dentro da realidade brasileira. Rev. **Brasileira de Fisiatria**; v. 1, n.1 p.1-8, 1972.

RIBEIRO, C.T.M.; RIBEIRO, M.G.; ARAÚJO, A.P.; MELLO, L.R; RUBIM, L.D.; FERREIRA, J.E.S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 1, p. 43-38, 2010.

SAMPAIO, J. J. C. **Humanização em saúde: um problema prático, uma utopia necessária.** Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.

\_\_\_\_\_; MANCINI, M.C.; GONÇALVES, G.G.P.; BITTENCORT, N.F.N.; MIRANDA, A.D.; FONSECA, S.T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) na prática clínica do Fisioterapeuta. **Rev. Bras. Fisiot.**, v. 9, n.2, p. 129-136, 2005.

\_\_\_\_\_; MANCINI, M.C. Tecendo uma rede de usuários da CIF. **Rev. Bras. Fisiot.**, v. 11, n.4, p. 245-331, 2007.

SASSAKI, R.K. **Como chamar as pessoas que têm deficiência?** Vida independente: história, movimento, liderança, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p.12-16.

SILVA, L; FARIA, V.M. Programa de reabilitação baseado na comunidade. In.: \_\_\_\_\_et al. **Caderno Gestão Pública e Cidadania.** Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, v. 9, n. 43, p. 9-26, 2004.

SILVA, N.L.P; DESSEN, M.A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 17, n.2, p. 133- 141, 2001.

SILVA, P.B.L. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 69-85, 2003.

SMALL, A.S; MAYEUX, R. Doenças de Alzheimer e Demências relacionadas. In: Merrit R, K (ed.) **Tratado de Neurologia**. 10ª ed. Guanabara: Koogan. 2002, p. 550- 557.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?** retrospectiva histórica da profissão no Estado Brasileiro de 1950 a 1980. Dissertação [Mestrado em Educação e Ciências Humanas] Universidade Federal de São Carlos São Paulo. 2004.

STANTEY, F. PRZDBOSKI, S. Síndrome Parkinsoniana. In: Merrit. R.K. (ed.) **Tratado de Neurologia**. 10ª ed. Guanabara Koogan. 2002, p. 589-602.

VALL, J., BRAGA, V.A.B., ALMEIRA, P.C. Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática **Arq Neuropsiquiatr**. v. 64, n. 2, p.451-455, 2006.

**ARTIGOS ORIGINAIS:  
PESQUISA DE CAMPO**

**Artigo 4 –**  
**O ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM**  
**REABILITAÇÃO DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE, MG: (RE)**  
**PENSANDO A PRÁXIS DESDE A PERSPECTIVA DOS**  
**PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

**Resumo:**

As mudanças epidemiológicas e demográficas, e os avanços tecnológicos com a sobrevivência de indivíduos têm evidenciado a importância da reabilitação na saúde pública. No contexto do Sistema Único de Saúde aumentam as demandas nos Centros de Referência em Reabilitação (CRR), que apesar de terem surgido e se legitimado no modelo biomédico, têm buscado reconstruir suas práticas a partir de uma proposta inovadora, tendo como fundamentos a integralidade, o trabalho em equipe interdisciplinar e a humanização da assistência, no âmbito do trabalho em rede integradas e regionalizadas. Neste contexto, destaca-se a diretriz do acolhimento que possibilita a humanização e a reflexão da práxis terapêutica, facilitando o acesso aos usuários e ampliando a resolubilidade nas ações das equipes. **Objetivo:** Analisar as percepções do acolhimento nos CRR de Belo Horizonte (BH), MG, desde as perspectivas dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento e dos usuários que são acolhidos. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, que utilizou para coleta de dados grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados 30 usuários e participaram dos grupos focais 21 profissionais dos três CRR de BH. **Resultados:** O modelo biomédico ainda presente nas concepções dos profissionais, e restringem sua atuação no acolhimento, limitando a integralidade, a participação e a autonomização dos usuários. A implantação da diretriz do acolhimento nos CRR tem provocado reflexões e questionamentos, suscitando a necessidade de mudanças ao ampliar a visão e governabilidade das equipes. Ações inovadoras de reabilitação baseadas na integralidade já podem ser vislumbradas no cuidado ao usuário. **Conclusão:** Aponta-se para a importância de instrumentalizar os profissionais para transformar o modelo hegemônico em intervenções inovadoras pela Educação Permanente e pela criação de espaços de reflexão e debates para o enfrentamento dos impasses, limitações dos serviços e a superação do modelo biomédico.

**Palavras chaves:** acolhimento, reabilitação, assistência humanizada, modelos assistenciais

## **Introdução**

No Brasil, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico, com aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); a urbanização e industrialização com a emergência de novos problemas relacionados à saúde ocupacional dos trabalhadores e o aumento das morbidades por causas externas (violência e acidentes), que acometem os jovens brasileiros; somados a evolução dos cuidados tecnológicos, que aumenta a sobrevivência de indivíduos, têm ampliado de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação. Estas vertiginosas mudanças têm colocado em xeque, de maneira cada vez mais incisiva, o modo como suas ações de saúde são produzidas para responder as reais demandas da população (Brasil, 2010a; 2008).

Historicamente, os serviços de reabilitação no Brasil, se caracterizaram pela baixa cobertura e resolubilidade. A assistência as pessoas com deficiência era concentrada nos centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas, excluindo grupos e pessoas com deficiência (Cardoso, 2004; Almeida, 2000; Almeida, Campos, 2002). Segundo Amate (1998), na maioria dos países latino-americanos os serviços de reabilitação foram prestados de forma fragmentada, por distintas instituições de vários setores, que adotavam diferentes resoluções sem uma coordenação entre si, desconhecendo as reais necessidades da população, o que agravava as iniquidades sociais.

A luz das inovações propostas pela Reforma Sanitária brasileira iniciou-se a reconstrução da assistência à saúde da pessoa com deficiência, com a consequente implantação de uma rede territorial de assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente pelo Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria n.º 827/1991, e a partir de 2002, pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPD), promulgada pela Portaria n.º 1.060/2002 (Brasil, 2008; 2002).

Reformulada a cada ano, a PNASPD busca construir um modelo de reabilitação baseado na integralidade, centrado no usuário, articulado em redes integradas e regionalizadas, e em interface com outras políticas e setores, para além da saúde. Para isto, o Ministério da Saúde propõe que os serviços sejam fornecidos da forma mais próxima possível, tanto do ponto de

vista geográfico, quanto social e cultural, integrando-se no conjunto da municipalização da saúde (Brasil, 2008; 2002).

Nesta perspectiva, a rede de atenção a pessoa com deficiência no SUS vem sendo reconstruída desde a média e alta complexidade até a atenção primária. Assim, os Centros de Reabilitação tornaram-se responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial, além do desenvolvimento e produção de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação. Enquanto, os hospitais especializados em reabilitação prestam atendimento aos casos que requerem tecnologia de alta complexidade e intervenção mais frequente e intensa (Brasil, 2008).

Em nível da atenção primária á saúde foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, por meio da Portaria GM N° 154/08, com objetivo de atuar mais próximo das comunidades e em conjunto com as equipes do PSF e demais níveis de complexidade do SUS, agregando-se a Política de integração a Pessoa com Deficiência, dentre outras Políticas. Neste nível, já em 2006, foram incluídas as práticas integrativas e complementares, instituída pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Portaria n.º 971/06, que compartilham a visão ampliada do processo saúde-doença, a promoção de cuidado e o autocuidado (Brasil, 2010b; 2008; 2002).

Destarte, no cenário nacional tem sido debatida a necessidade de reconstrução dos modos de operar os serviços de saúde para uma prática centrada no sujeito e na produção de cuidado, que implique os profissionais a atuarem no campo das tecnologias leves “modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos” (Merhy, 1998, p. 117).

Assim, a partir de meados da década de 90, o acolhimento foi introduzido nos serviços de saúde como uma estratégia, que além de ampliar o acesso, possibilita mudanças no processo de trabalho em saúde, visando transformar as relações entre trabalhadores e usuários, humanizando a atenção, estabelecendo vínculos e corresponsabilização (Malta, Mehry, 2004; Franco, Bueno, Mehry, 1999).

Em 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH), o acolhimento passou a ser configurado como sua principal diretriz

operacional (Brasil, 2006 ). Diretriz capaz de promover a universalidade da assistência e a governabilidade das equipes no trabalho coletivo, humano e resolutivo, buscando mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços (Alves, Deslandes, Mitre, 2009).

Sem embargo o acolhimento, vem alcançando todos os níveis de complexidade do SUS (Alves, Deslandes, Mitre, 2009; Mattos, 2009; Nery et al.,2009; Souza et al., 2008; Mangia et al., 2002), incluindo também os serviços de reabilitação (Vaz et al., 2005).

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar as percepções sobre o acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS/BH (CRR) desde as perspectivas dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento e dos usuários que são acolhidos.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo e Coleta dos dados**

Neste estudo, elegeu-se a abordagem qualitativa como meio de apreender o fenômeno pesquisado em sua complexidade e singularidade, ou seja, como a diretriz do acolhimento foi absorvida nas diferentes perspectivas dos distintos sujeitos responsáveis por sua concretização, aqui representados pelos profissionais de saúde e usuários dos Centros de Referência em Reabilitação (CRR) (Minayo, 2006; Minayo, Sanches,1993; Ludke, André,1986). Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e grupos focais.

A pesquisa foi realizada no período de 9 de agosto a 27 de dezembro de 2010, nos três CRR da Rede SUS/BH. A entrada no campo foi previamente preparada pelo pesquisador, por meio de reuniões, inicialmente com a equipe de Coordenação de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde/BH, e antes da entrada em cada unidade com a respectiva gerência e/ou coordenação.

Os protagonistas deste estudo foram os profissionais de saúde que acolhiam nos CRR e os usuários que eram acolhidos. Foram convidados a participar todos os profissionais que realizavam o acolhimento nos três CRR, no período do estudo, excluídos aqueles que

acumulavam cargo de coordenação\gerencia. Assim, participaram dos grupos focais 21 profissionais de diferentes categorias: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Para a seleção dos usuários foram considerados os seguintes critérios: maiores de 18 anos (sem transtornos psíquicos ou cognitivos associados), ter realizado o acolhimento nos CRR, aceitarem participar do estudo logo após o acolhimento realizado na unidade e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foram recrutados os sujeitos que detinham informação e experiência no acolhimento, ou seja, logo após realizarem o acolhimento na unidade. Participaram de entrevistas individuais 30 usuários, sendo 10 de cada CRR.

Foram utilizados no grupo focal e na entrevista roteiros previamente formulados de acordo com os objetivos propostos. Para o grupo focal foi explorado os temas: o significado do acolhimento, seus objetivos, facilidades e dificuldades. Para as entrevistas abordou-se o tema do acolhimento, a trajetória até chegar ao CRR, as dificuldades e facilidades. Para garantir o anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas com o uso de letras: profissionais (P) e usuários (U).

As entrevistas e os grupos focais, após o consentimento dos entrevistados foram gravadas, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar as informações e obter novas conclusões.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, proposta por Bardim (2009), que compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Em cumprimento aos requisitos éticos da Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH, e da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG / COEP, sob o N° 0017.0.410.203-10.

## **O campo**

O município Belo Horizonte (BH), fundado em 1897, é a capital de Minas Gerais (MG) possui área de 331 km<sup>2</sup> e 2.375.444 habitantes (BH, 2009). Vale ressaltar que BH vem se inscrevendo na história e construção do SUS de maneira significativa foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o acolhimento na atenção primária, ainda em 1995 (Ananias, 1998; Malta, Merhy, 2004). Em consonância com a PNH o município tem expandido esta diretriz para os demais níveis de complexidade de sua rede de serviços/ SUS alcançando os seus Centros de Referência em Reabilitação desde 2005 (Vaz et al., 2005).

Neste contexto, a rede de reabilitação do SUS/BH vem se organizando para o atendimento integral a sua população. Destacam-se os Centros de Referência em Reabilitação (CRR) que atendem a população do município, além de se constituírem como referência da alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência de Minas Gerais. Atualmente, BH possui três CRR e em caráter complementar clínicas e Instituições de Ensino Superior conveniadas/contratadas, contudo todas reguladas pelos CRR.

Na atenção primária, BH realizou as primeiras experiências com NASF ainda em 2005, atualmente BH possui 48 equipes do NASF, e com o projeto BH Saudável, que desde 2006 implantou as academias das cidades, Lian Gong, dentre outras práticas Integrativas e Complementares (Belo Horizonte, 2009).

## **Resultados e discussão**

Discutir o acolhimento nos CRR, na perspectiva dos profissionais e usuários implicou na análise crítico-reflexiva do modo como foi produzido, o que implicou inseri-lo no campo dos modelos assistenciais. Para Campos (1989), o modelo assistencial é modo como as ações de saúde são produzidas e a maneira como os serviços se organiza para esta produção.

Assim, a análise deste estudo foi conduzida na perspectiva de duas categorias de discussão do acolhimento: a primeira desde a lógica do modelo biomédico na reabilitação, e a segunda enfocando as inovações do acolhimento na reconstrução da práxis da reabilitação.

### **O acolhimento sob lógica do modelo hegemônico biomédico**

Na perspectiva do modelo biomédico, de acordo com Capra (2006, p.116), o corpo passou a ser considerado como uma máquina com suas diferentes peças e a doença como suas avarias, cabendo, então aos profissionais de saúde o papel de “[...] intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.” Ademais, a prática da assistência a saúde neste modelo sofreu influencia cartesiana, que dividiu o homem em dois corpos distintos, o físico e o psicológico, e que passaram a ser tratados por distintos campos da assistência.

O Centro de reabilitação, segundo Almeida (2000) se afirmou no modelo biomédico, que tomando a deficiência no seu aspecto bio-patológico, abriu possibilidades de revertê-la pelos recursos tecnológicos e científicos que foram desenvolvidos. Assim, ganhou status e legitimidade social. Por conseguinte, esta abordagem reabilitadora, definida no referencial conceitual deste modelo, adotou como eixo central de suas ações a correção de disfunções, negligenciando os demais aspectos que os indivíduos levam para a reabilitação. Contudo, ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, perdeu-se a visão do ser humano como um todo.

Neste contexto, destaca-se que a concepção de acolhimento de alguns profissionais de saúde dos CRR encontra-se fortemente marcada por esta lógica biomédica, conforme se ilustra pelos depoimentos que se seguem:

*Para mim o acolhimento é o momento que você tem para estar conhecendo o que o paciente em termos de sua **patologia**, sua história, tanto da **patologia principal**, motivo que ele foi encaminhado para a reabilitação e, além disso, a outras **patologias** que ele também pode ter, que podem ter sido causa do problema que ele teve e é uma forma de você estar trazendo este paciente para entrar numa rede de serviço do SUS. É o momento que o **profissional tem para estar escolhendo o melhor caminho para aquele paciente**, tanto em termos do tratamento, quanto em termos do serviço de maior prioridade. (P 16)*

*O acolhimento, para mim, é uma **coleta do histórico do usuário, a gente não aprofunda** muito as questões, dar um panorama geral do quadro do usuário, dar uma determinação de fluxo adequado, **o que a gente vai fazer com a queixa dele, é basicamente isto.** (P 5)*

Não obstante, estudos presentes na literatura, afirmam que o acolhimento realizado na atenção primária sofre a mesma interferência do modelo hegemônico caracterizado pelo trabalho centrado na consulta médica e pela pouca valorização do saber, crenças e habilidades dos usuários (Cavalcante-Filho et al., 2009; Coelho, Jorge, 2009; Oliveira et al., 2008; Souza et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007); o que foi evidenciado também nos CRR, segundo a perspectiva dos usuários:

*Acolhimento é assim, a gente chega, **eles avaliam o que a gente tá sentindo, se aquilo ali é motivo de continuar o tratamento, se aquele problema da gente é grave, precisa de, assim, uma coisa do médico olhar a gente mais sério, se é um caso simples, se vai precisar do médico ou não. Eu penso assim.** (U 8)*

*O acolhimento é vê o que precisa. **Se precisa mesmo passar pelo médico ou se não precisa, é um jeito. Um meio de não ocupar o medico a toa.** Uma vez lá no posto, eu disse que queria passar no médico não interessa se é hoje amanhã ou outro dia. **Eles mudaram o nome** parece que agora eles estão usando outro nome, pera aí que eu vou lembrar, tipo emergência mais é outra palavra. **Até que esta palavra que eles tão usando é melhor - agudo,** a senhora quer ir ao médico e então o que a senhora esta sentindo. Então o problema da senhora é agudo (U 20).*

O discurso do modelo biomédico, segundo Sampaio e Luz (2009, p. 476), focaliza o corpo deficiente ou a disfunção da parte do corpo, que será: “objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção.” Assim, ao ser classificado o indivíduo necessitará dos cuidados de um especialista ou de vários especialistas, que irão definir quais serão as intervenções mais adequadas.

Neste contexto, o sujeito não é identificado, mas a sua patologia é que determinará sua trajetória até o Centro de Reabilitação. Assim, durante o seu percurso será alvo da avaliação de vários profissionais, mas será desqualificado no saber que possui sobre si mesmo, e terá pouca ou nenhuma participação na construção de seu projeto terapêutico (Almeida, 2000; Almeida, Campos, 2002).

Para Silva-Jr, Merhy e Carvalho (2005, p. 123), há “uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com a doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabeleça referência e pontos de intervenção sobre as ‘lesões’ ou ‘disfunções’ detectadas.” Estas questões destacadas na literatura, aparecem claramente nos depoimentos dos usuários dos CRR pesquisados, que ressaltam sua trajetória como verdadeiros andarilhos do sistema público de saúde a que estão sujeitos, conforme se ilustra a seguir:

*Um desgaste na coluna, um problema de **coluna** e o **médico achou por bem eu ir procurar aqui, e também tenho encaminhamento para o neurocirurgião, o ortopedista e disse que o negocio está meio complicado.** [...] veja bem [...], **eu tenho uma promessa eu sei, aqui eu sou peregrino,** e a promessa é do fabricante [...] **Deus é aquele que tudo vê, ele criou e ele disse haja isto, e todas as coisas foram tiradas do nada [...]** isto é tremendo!! [...] **aqui a senhora lá, achou por bem, colocar no lugar mais próximo da minha casa.** (U 4)*

***Eu fui ao clínico, porque eu estava sentindo muita dor nas costas, na coluna, aqui no braço e a médica pediu para mim tirar um RX, eu já havia tirado um RX anterior do joelho, porque eu estava sentindo dor no joelho. Demorou uns quatro meses e ai eu tirei o RX da coluna e ela falou que nestes quatro meses eu tinha piorado muito, pois eu estava com bico de papagaio na coluna, que devia mesmo estar sentindo muita dor. Ai me encaminhou para o ortopedista e ele olhou mais ou menos assim e falou que eu não tinha nada na coluna e encaminhou para tratar o joelho. Eu até trouxe o RX da coluna, mas a pessoa que me atendeu não se interessou em ver, e disse que só poderia marcar mesmo para o joelho e eu nem sei se vou marcar. Eu não sei se está certo ou errado.*** (U 12)

Na perspectiva do usuário, segundo Herzog (1991, p.149-150) esta lógica encontra ressonância na sua óptica, que diante do saber instituído se tornará “sujeito-da-doença”. Ao “sentir-se mal”, mal estar, tontura, dor, fraqueza, inchação, assume-se como “sujeito-da-doença” e busca algumas alternativas, quer seja na religião, ou no serviço de saúde. Desta forma, quando entra no serviço de saúde passa a compartilhar a crença de que “os doutores” podem lhes trazer algum alívio e cura.

A partir deste ponto, este indivíduo passa a dizer “sou renal”, “cardíaco”, “deficiente”, “hemiplégico”, “diabético”, “hipertenso”, “amputado”, como uma identidade, um “[...] cartão de apresentação, ainda que nem sempre haja um entendimento preciso do sentido e da implicação dos termos pronunciados. A constatação ‘sou doente’ está de tal forma incorporada à existência como essência em si [...]” (Herzog, 1991, p. 151)

Assim, sob o ponto de vista do sujeito, a ocorrência da disfunção cria uma situação de desequilíbrio, que o torna inapto para prosseguir suas atividades, então ele apela ao saber médico constituído, e se coloca sobre sua tutela (Herzog, 1991).

A transformação do indivíduo com toda sua história e vida em “sujeito-da-doença”, aparece claramente nas falas dos usuários dos CRR de BH entrevistados, conforme se destaca a seguir:

*Tenho pressão alta, pressão grave eles falam, eu to até acabada de tanto tomar remédio. Se eu ficar nervosa minha mente fica confusa. Meu filho está acidentado, perdeu a perna, acidentado, mãe é mãe, sabe como é! **Eu tenho problema** de pressão, **reumatismo** no osso, ta duendo tudo, mas eu vim aqui **por causa dos braços**. Tenho **nódulo** no fígado, benigno, tem doze anos que tenho isso, **tenho asma**, eu passo quase dois meses **sem ir a igreja**. Eu operei minhas **varizes**, operei as **vistas**, vou fazer outra **cirurgia**, primeiro operei uma vista, agora estou tendo **dificuldade para ver**, vou ter que usar **óculos**, mas **eu não quero não**. **O ortopedista disse que tenho reumatismo**. [...] tomo 7 remédios, mas não tomo todos não, tem dia que eu urino muito, então quando tenho que sair não tomo não. [...] **Minha médica no posto é uma santa, eu não posso falar se não ela me xinga**. Tenho duas bombinhas por causa da asma. (U 15).*

*Fui ao posto e eles encaminharam para aqui, mas até **definir o problema demorou demais**. A empresa tinha um convenio e eu fui ao **ortopedista, especialista de ombro**, ai foi que ele descobriu que **tinha fibromialgia**, faz muito tempo que eu sentia dores, nos membros, nos ombros, no pescoço e no pé. Fiz **RX cervical, não acharam nada** e disseram que **era fibromialgia, então é fibromialgia e fiquei com isto**. Tem três meses mais ou menos, **agora com o ultrassom deu uma ruptura parcial no braço direito**, eu insistia muito mais ai, os médicos falaram, **ah não, isto é fibromialgia**. Eu **tinha depressão**, de uns dois meses para cá **eu larguei tudo**, os remédios, a psicologia, eu acho e que **ter largado diminuiu a pressão**, era muito remédio e para dor também, ai eu agora só tomo quando a **dor esta insuportável**, [...] tenho crianças e **estou saindo do emprego**, tem muitos papeis. Eu trabalhava na lavanderia, **fui demitida por causa do problema**, a **médica pediu um remanejamento de função** e já não colaboram, então **me mandaram embora**. O médico do trabalho é da empresa, um combina com o outro e **não tem muito jeito não**. (U 27)*

Sem embargo, o Centro de reabilitação ao ser tomado pela sociedade como o local, onde se concentram os recursos tecnológicos e científicos mais complexos do sistema de saúde, passa a ser o lugar legítimo de defesa do que se considera interesse das pessoas com deficiência (transitória ou definitiva) e acaba por assumir sua tutela (Almeida, 2000). Este notadamente é o papel instituído e assumido por alguns profissionais do CRR, como evidenciado nos discursos:

*Eu considero assim, que o acolhimento é o **local, onde o paciente vem com aquela certeza de que a gente vai dar um direcionamento diante do que ele esta pedindo**. Quando ele chega aqui fala, - **eles vão me atender**. E muitas vezes **a gente consegue dar o encaminhamento [...]**. (P 10)*

*É da nossa cultura **responsabilizar** o profissional, o paciente pensa, - **você tem que me curar**, e a **responsabilidade também é dele!** Se você ele não toma remédio na hora certa, você está falhando no atendimento. (P 14)*

Destarte, há que se destacar que o momento atual de implementação do SUS no país exige que os sujeitos envolvidos na prestação de serviços de saúde se comprometam com as mudanças necessárias e já inscritas nas normas e pactos governamentais. De acordo com Mangia et al. (2002, p.19) os profissionais no acolhimento precisariam superar “o antigo, do instituído, do institucionalizado, das respostas estereotipadas, direcionando sua energia para a produção de novas respostas”.

Por sua vez, Silva-Jr, Merhy e Carvalho (2005, p.124) pontuam que na lógica do modelo biomédico as equipes em suas ações, exploram pouco o espaço relacional com os usuários para a construção de novas tecnologias que possibilitem “[...] vivências alternativas e ações que possam deslocar o eixo terapêutico da correção de ‘disfuncionalidades’ biomecânicas para o fortalecimento da auto-estima, dos espaços afetivos, da autonomia [...]”.

Neste sentido, Mattos (2009) discute a importância de mobilizar as equipes para a reflexão e o debate em torno da necessidade de formação permanente, estratégias essenciais, pois sua ausência pode levar os profissionais a atuarem de forma restrita à sua própria experiência, sem sequer buscar alternativas em experiências exitosas de superação dos obstáculos e entraves. Para o autor, a possibilidade do trabalho em rede e a Educação Permanente podem instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e necessárias.

Ressalta-se que em diversos estudos sobre o acolhimento foi evidenciado a ausência de mecanismos de acesso para a capacitação dos profissionais de saúde, ou seja, a ausência da Educação Permanente (Nery et al.,2009; Souza et al, 2008; Oliveira et al., 2008; Ayres et al. 2006; Schimith, Lima, 2004; Silveira et al. 2004; Sena et al. 2000). A necessidade de Educação Permanente pode ser evidenciada nas ponderações dos profissionais entrevistados do CRR:

*Eu sou da época que não tinha acolhimento na formação acadêmica, eu acho que tinha de ter uma coisa assim, uma capacitação, de ter uma linha. Falta um treinamento uma **capacitação**. (P 3)*

*Acho que vale a pena a **qualificar, capacitar** o profissional para o acolhimento, eu digo isto, pois **não é só aqui não**, eu já trabalhei no posto, no pronto atendimento, e a coisa pega ali, e realmente a pessoa não esta capacitada não tem um treinamento, não tem o olhar diferenciado e **acaba comprometendo** tanto o profissional, quanto a própria pessoa que foi buscar o serviço. (P 21)*

Nesta direção, já em 2001 a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2001) colocou em pauta a discussão sobre a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde por meio do investimento na sua capacitação. Debate realizado desde 1992, na IX Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1993). Nesta direção vários autores têm pontuado a importância da Educação Permanente para qualificar o SUS e gerar inovações para a construção contra-hegemônica de modelos de saúde (Gomes et al., 2010; Mattos, 2009; Mitre et al. 2008; Campos et al., 2006; Cotta et al., 2006).

### **O acolhimento na construção de Modelos inovadores para a reconstrução da práxis na reabilitação**

Uma importante conquista da VIII Conferência Nacional de Saúde, foi a ampliação da concepção de saúde, desvinculando-a do âmbito exclusivamente biológico, centrado na doença, na hegemonia médica e na atenção individual, para ser repensada a partir de seus determinantes sociais, tendo no coletivo – famílias e comunidades sua pedra de toque (Cordeiro, 2004; Fleury, 1997).

Esta inovação coloca em pauta a necessidade de que os modelos assistenciais comecem a considerar os diversos determinantes da saúde, relacionados aos fatores sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, ético-raciais, dentre outros, que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e dos fatores de riscos nas diferentes populações (Buss, Peregrino, 2007).

No âmbito da reabilitação, na perspectiva da Reforma Sanitária brasileira e dos movimentos nacionais e internacionais pelos direitos da pessoa com deficiência, vem sendo discutido um

novo modelo conceitual e explicativo sobre problemas consequentes à incapacidade (Brasil, 2002). Em 2001, a OMS aprovou a adoção de uma nova classificação da saúde e dos componentes relacionados à saúde, conhecida como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), buscando uniformizar a linguagem internacional no que diz respeito à descrição de diferentes aspectos da funcionalidade, incapacidade e saúde (Brasil, 2002; 2008b).

Mângia, Muramoto e Lancman (2008) consideram que a CIF representa uma tentativa de superar o modelo biomédico e a tendência da reabilitação de discutir a questão da incapacidade e da deficiência de forma reduzida. Baseada no modelo biopsicossocial, a CIF deve ser usada para integrar as várias dimensões da saúde, que pressupõe a incapacidade como resultado de múltiplas determinações (Sampaio e Luz, 2009; Mangia, Muramoto e Lancman, 2008).

No contexto do SUS, a PNH (Brasil, 2004) propõe o debate em torno da clínica ampliada, como uma perspectiva da diretriz o acolhimento, que se baseia no compromisso do profissional de saúde com o usuário em sua singularidade, na corresponsabilização e no reconhecimento dos seus limites de conhecimentos e tecnologias para buscar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Desde esta perspectiva, no presente estudo pôde-se observar que nos CRR, a partir da diretriz do acolhimento, os profissionais têm ampliado a sua visão do processo saúde-doença na reabilitação:

*Eu tenho achado interessante o acolhimento, você vai **tendo outra visão** em relação ao usuário, você começa a ter **outros contatos, outra percepção** que vai envolver no tratamento, e que se **não fosse através do acolhimento** você acabaria direcionando ele para **um ponto só**. Então, acho que quando você **acolhe** consegue **resolver alguma coisa, que não estão só ligadas ao tratamento em si**, é uma questão interessante, esta **abordagem mais ampla e diferenciada** (P 6)*

*O acolhimento é a **inserção da pessoa no programa de reabilitação**, não só para o atendimento de fisioterapia, existe uma diferença. Na verdade também ele **obedece a***

*uma linha de cuidado, antes de chegar aqui para nos, ele passou por algum nível de cuidado, que quando ele **chega para gente, a nossa porta de entrada** – temos que **olhar deste cuidado em relação à reabilitação** e neste Centro de Reabilitação (P 25)*

Nesta direção, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), o novo modelo de reabilitação, deve basear-se na integralidade, centrar-se no usuário, e articular-se em redes integradas e em interface com outras políticas e setores, para além da saúde. Pinheiro e Mattos (2007) pontuam que a integralidade deve ser entendida como o modo de cuidar, fundamentado no compromisso ético-político de responsabilidade, de confiança e no reconhecimento do outro como sujeito, que busca, além de um procedimento puramente técnico da perspectiva biológica do processo saúde-doença, para ser identificado em sua totalidade e subjetividade.

Tal movimento mostrou-se presente nas falas dos profissionais dos CRR:

*Eu acho fantástico o trabalho do acolhimento, porque é o momento que a gente **escuta**, que **ele vê** que é o profissional que **está ali com ele**, que **ele pode reclamar de dor, contam sua historia**, o paciente vê aquele momento como um **espaço de escuta**, que é diferente que ele tem do consultório, a gente não ta perguntando nada e **ele começa a falar**, a gente **dá um toque**, e ele **começa a falar, sua historia**, então isto para ele é importantíssimo, ele ser **ouvido**, isto **muda tudo**, é riquíssimo [...] ( P 8)*

*O acolhimento é o momento de **dar a voz a ele**, e também **poder dizer** a ele que **existe alternativas**, que acho também que são boas, às vezes ele tem coisas boas perto da casa dele, que ele **nunca ouviu falar**, momento **de apresentar o que o sistema pode oferecer** e que ele nem sabe que existe (P 28)*

Por conseguinte, a construção da autonomia e do autocuidado na reabilitação, poderia ser alcançada pela mudança da postura tradicional, biomédica, que coloca o usuário do serviço como objeto, receptáculo vazio, que deve obedecer de maneira acrítica e sem restrições as prescrições disciplinares dos profissionais. Em contraposição, deveria se buscar a corresponsabilização do usuário, desde a construção do diagnóstico ao seu projeto terapêutico (Amaral, Campos, 2007). Enquanto, a integralidade deve ser construída em parcerias entre

gestores-profissionais-usuários, e na incorporação de novas tecnologias assistenciais (Pinheiro, Mattos, 2005).

Estas importantes questões foram identificadas nas atividades realizadas respectivamente pelos os profissionais e usuários nos CRR, como exemplificado a seguir:

*Eu vejo o acolhimento como uma **negociação** com o paciente, às vezes a demanda dele, nem sempre corresponde o que é melhor, por exemplo, ele vem com uma demanda de fisioterapia. Ele já fez **duzentas sessões de fisioterapia, será que isto é o melhor tratamento para ele?** Então eu vejo o acolhimento como o momento de você **negociar com ele**, você coloca para ele – olha você já fez muitas sessões de fisioterapia, **vamos tentar uma outra coisa, um trabalho em grupo, ou um Lian Gong, ou Acupuntura.** É uma questão para você discutir com ele, então esta discussão é melhor (P 11 )*

*Na **academia da cidade** tem nutricionista, tem três vezes por semana, eu faço, não faço todos os dias, muita gente, mas eu **to gostando.** Não melhorou em relação **as minhas dores**, mas também **não piorou!** É bom para fazer exercícios, se eu tiver que fazer em casa, eu não faço, a gente faz o alongamento, caminha, faz **brincadeiras**, tem dança, joga **bola**, eu não jogo bola, porque na minha idade correr atrás da bola para mim é difícil, tem tudo isto, a **gente sorri! Destruar do mundo!** (U 4 )*

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento pode provocar ruídos, estranhamentos, conflitos, ao revelar uma dinâmica instituidora, que passa a se abrir para novas possibilidades na construção de um novo processo de trabalho. De acordo com Mangia et al. (2002), a implementação do acolhimento pode gerar dificuldades e impasses relacionados à capacitação das equipes, singularidades dos serviços, a escassez de recursos e excesso de demanda, porém será pelo seu enfrentamento e problematização, que poderão ser construídas as possibilidades para transformar os serviços.

Os depoimentos dos profissionais entrevistados podem ilustrar os ruídos e impasses mobilizados a partir do acolhimento, mas ao mesmo tempo, o movimento das equipes visando buscar por resoluções dos problemas relacionados à organização do processo de trabalho:

*Tem uma **fila de agudo**, que pode esperar até dois meses! **Ai conversamos aqui, ali, e começamos** a fazer um horário específico para orientação, chegou um paciente, caso agudo, precisa de ser agendada a orientação, e ele vai fazendo em casa até sair a vaga. **A gente acolhe, marca a avaliação e acompanha até sair a vaga... é assim que a gente vai lidar com a fila de espera, parece que nunca vai acabar, cada dia chega mais paciente e agudos!** (P 19)*

*Mas tem uma coisa, **circulação de informação**, se eu tenho uma informação legal, alguma coisa que **eu descobri** que eu posso estar fazendo, encaminhando, isto **tinha que circular para todo o mundo**, não circula, mas não é por má vontade, a gente aqui conta muito com o outro, se eu **tenho uma dificuldade aqui, vou atrás de fulana**. Olha este acolhimento aqui esta difícil, assim me **ajuda aqui a resolver**, e isto dá um **andamento bom**, uma clariada boa [...] então o que você conseguiu fazer, qual a informação que você tem que eu ainda não tenho. (P 23)*

Nesta perspectiva, o acolhimento tem sido um dispositivo destacado pela sua capacidade de provocar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde e no resgate da equipe multiprofissional (Merhy, 1998; Malta et al., 1998; Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Alves, Deslandes e Mitre (2009), contudo apontam para a necessidade de espaços de reflexão, discussão e aprofundamento pela equipe sobre como a assistência será prestada, problematizando seus obstáculos e discutindo as possibilidades para as reais mudanças das práticas.

Diversos autores têm problematizado a ausência de reuniões e espaços para a discussão e reflexões das equipes como aspecto dificultador do acolhimento (Nery et al., 2009; Freire et al., 2008; Souza et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Fracoli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000).

Questões estas apontadas claramente pelos profissionais dos CRR :

*Nós temos reuniões de equipes semanais, mais não tem assunto de acolhimento, então sinto falta de reunião do pessoal do acolhimento para compartilhar informações do acolhimento. Melhorar nosso processo de informação e de trabalho. (P12)*

*Eu estou achando muito interessante este grupo focal, porque é um espaço para a gente discutir com os colegas de trabalho, de estar discutindo e encontrando soluções para os problemas que estamos enfrentando (P2).*

“A idéia por traz do grupo focal é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão por meio de maneira que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista frente a frente” (Kitzinger,2005, p.31), refletindo assim sobre suas atividades e práticas cotidianas, o que pôde ser comprovado pelos depoimentos dos profissionais participantes deste estudo.

### **Considerações finais**

As mudanças epidemiológicas e demográficas, e os avanços tecnológicos com a sobrevivência de indivíduos têm colocado em evidência a reabilitação no contexto da saúde pública e sua capacidade de resolubilidade para atender as demandas da população pelo Sistema Único de Saúde, SUS.

O Centro de reabilitação se afirmou e ganhou legitimidade no modelo biomédico, que tomou a deficiência no seu aspecto bio-patológico, contudo, ao adotar como eixo central de suas ações a correção de disfunções, negligenciou os demais aspectos que os indivíduos levam para a reabilitação, perdendo a visão do ser humano integral.

Na perspectiva, dos discursos dos profissionais e usuários sobre o acolhimento no CRR foi evidenciado que a concepção do acolhimento ainda esta marcada pela lógica deste modelo. Nele o usuário não é identificado, mas a sua patologia é que determinará sua trajetória até o

CRR. Assim, durante o seu percurso, o usuário será alvo da avaliação de profissionais, que negligenciam sua subjetividade e desqualificam seu saber, excluindo-os da construção de seu próprio projeto terapêutico. Por outro lado, o usuário diante de sua condição de saúde debilitada, se sente inapto para prosseguir suas atividades, e assumindo-se como sujeito-da-doença apela ao conhecimento dos profissionais de saúde, colocando sob sua tutela.

Desta maneira, na lógica do modelo biomédico as equipes em suas ações, exploram pouco o espaço relacional com os usuários para a construção de novas ações, que possibilitem o fortalecimento de sua autonomia e empoderamento. A diretriz do acolhimento propõe o debate em torno da clínica ampliada, no reconhecimento do usuário enquanto sujeito do processo, e reconhecimento dos limites de conhecimento da equipe ou serviços para buscar novas tecnologias, a interdisciplinaridade, a integralidade e intersetorialidade.

Nos CRR estudados, a partir da introdução da diretriz do acolhimento pôde-se evidenciar sua capacidade de provocar reflexões, gerar desconfortos e suscitar mudanças na organização dos serviços: pela busca de outros profissionais do próprio serviço a se depararem com seus próprios limites; no aumento da governabilidade das equipes; nos encaminhamentos para outros equipamentos da rede do SUS /BH de outros níveis de complexidade do SUS, buscando atingir a integralidade; como também o início de uma negociação com os usuários sobre o seu projeto terapêutico.

Os resultados deste estudo apontaram para a importância de instrumentalizar as equipes dos CRR para intervenções inovadoras pela Educação Permanente, pelo trabalho em redes integradas, com também na criação de espaços protegidos para reflexão, discussão e aprofundamento dos impasses e limitações do serviço pelas suas equipes, superando o modelo hegemônico a luz da integralidade na reabilitação.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo. 2000.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; v.13, n.3, p. 118-126, 2002.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**; v.13, supl.1, p.581-594, 2009.

AMARAL, M.A.; CAMPOS, G.W.S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

AMATE, A. La Rehabilitación en América Latina. **Bol. Of. Sanit. Panam**; v. 104, p. 2, 1988.

ANANIAS, P. Prefácio. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998, p. 7-8.

AYRES, R. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **Mundo saúde**; v. 30, n.2, p. 306-311, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA., 2009.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte. **SUS-BH**: Cidade Saudável. Plano Macro-estratégico. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte 2009-2012. Documento inicial para discussão com as Gerências e Equipes do SUS- BH. Junho de 2009 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança, adolescentes e famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 9ª. Conferencia Nacional de Saúde**. 1. Ed. Brasília: DF, 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BUSS P. M. ; PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais . **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMPO, G.W.S. Razão e Planejamento. São Paulo: Hucitec, 1989.

CAMPOS, F, et al. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. In: Cadernos de RH Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Recursos humanos em saúde** – Vol. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 39-43.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 121f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2004.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

CORDEIRO, H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p.343-362, 2004.

COTTA et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais de Programa da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n3, p. 7-18, 2006.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-41.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p 143-151, 2004.

FRANCO T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME- Rev. Min. Enferm**, v. 12, n.2, p. 271-277, 2008.

GOMES, K. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.4. p. 744-755. 2009.

HERZOG,R. A percepção de si com sujeito-da-doença. **Physis, Rev. Saúde coletiva**, v.1 n.2, p.143-155.1991.

KITZINGER,J. Grupos focais com usuários e profissionais de atenção a saúde. In, POPE,C E MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. Porto Alegre: Artmed. 2 ed. 2005. p 31-40.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996**. Tese [Doutora em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo.2001.

\_\_\_\_\_, FERREIRA, L.M; REIS, A.T.; MERHY, E.E Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E REIS. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p 121-142 .

\_\_\_\_\_, MERHY, E.E. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf.**,v. 8 n.2, p 259-267, 2004.

MANGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T.; LANCMAN,S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Rev. de Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n.2, p. 121-130, 2008.

\_\_\_\_\_.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M F. ; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura estratégica. **Rev. Ter. Ocup.**; n.13, v.1, p.15-21, 2002.

MATTOS, H. F. Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes. **Ciênc. saúde coletiva**; v. 12; n.5, p. 1112-1115, 2007.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, T.A. et al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno Saúde Pública**; v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9º. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 408 p.

MITRE, S. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

NERY, S. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da familiar de São Carlos. SP. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**; v 12, n.27, p. 749-762, 2008.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Desempenho em equipes de saúde – manual**. Rio de Janeiro: OPAS, 2001.

PINHEIRO, R. ; MATTOS R.A. Práticas eficazes x Modelos Ideais. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS R.A (Organizadores). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, IMS:ABRASCO, p. 7-34. 2005.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cad de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SENA, R. et al. Acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 51-57, 2000.

SILVA-JR, A G; MERHY, E E; CARVALHO, L.C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. n: PINHEIRO, R.; MATTOS R.A (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, IMS:ABRASCO, p. 113- 129, 2005.

SILVEIRA, M.F.A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n.1, p. 71-78, 2004.

SOUZA, E. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.100-110, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

VAZ, A.C.A., RIBEIRO, C.L; RODRIGUES, M.A.T.B; VIANA, M.L.M. A implantação de um modelo e gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. **Rev. Min. Saúde Pub.**, v.4, n.6, p.20-30, 2005.

## Artigo 5

### FACILITADORES E DIFICULTADORES DO ACOLHIMENTO NA REABILITAÇÃO: A VOZ DOS USUÁRIOS E DOS PROFISSIONAIS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABITAÇÃO DA REDE SUS, BELO HORIZONTE, MG.

#### RESUMO

O acolhimento vem sendo discutido como importante estratégia para operacionalização do Sistema Único de Saúde, que além de garantir o acesso humanizado aos seus diferentes equipamentos de saúde, tem sido capaz de aumentar a governabilidade das equipes para produzir uma escuta qualificada e comprometida com a resolubilidade às demandas da população. Os Centros de Referência em Reabilitação do SUS assumiram a responsabilidade por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial. O município de Belo Horizonte (BH), a partir da 2005, implantou o acolhimento em seus três Centros de Referência em Reabilitação de sua Rede SUS (CRR). **Objetivo:** Analisar os elementos facilitadores e dificultadores do acolhimento nos CRR, na perspectiva dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento e dos usuários que são acolhidos. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou para coleta de dados: a observação participante, análise documental, os grupos focais e entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo, proposta por Bardim. Os sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde que acolhem nos CRR e os usuários acolhidos. **Resultados:** Os CRR estão localizados em região central do município de BH. Para os usuários o acesso geográfico tem importante ligação com a questão financeira, e foi considerado um elemento dificultador para a frequência na reabilitação, gerando ônus financeiros, difícil de ser arcado pela estrutura familiar ou pelo próprio usuário. Para os profissionais de saúde, o excesso de demanda e a falta de serviços complexos e qualificados localizados em regiões mais distantes dos atuais CRR foram apresentados como elementos dificultadores para a continuidade na linha de cuidado da reabilitação. A mudança na organização do trabalho no CRR incluindo o acolhimento na agenda durante todo o dia e por equipes multiprofissionais foram considerados elementos facilitadores, tanto para os usuários como para os profissionais de saúde. A ausência de um trabalho em redes integradas foi considerada um dificultador, tanto pelo desconhecimento dos fluxos, quanto pela falta de definições e/ou conhecimentos das atribuições específicas e das possibilidades de cada equipamento de saúde, unidade ou serviço de referência da rede. A concomitância de realização pelos profissionais do acolhimento e procedimentos burocráticos, também foi considerada como dificultador do acolhimento. **Conclusão:** O acolhimento nos CRR possibilitou maior governabilidade das equipes para a inclusão dos usuários aos serviços de reabilitação. Contudo, o excesso de demanda, o número insuficiente de serviços complexos para referenciar os usuários, a ausência de mecanismos eficientes para o trabalho em redes integradas aparecem como importantes empecilhos no acesso e resolubilidade da reabilitação.

Palavras chaves: acolhimento, reabilitação, assistência humanizada, Avaliação de Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde, Brasil.

## Introdução

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (Brasil, 2008a). O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a partir da década de 70, buscou garantir a saúde como direito individual, traduzida na equidade e no acesso universal a um sistema público de saúde fundamentado na solidariedade e em uma comunidade politicamente inclusiva, que pudesse suprimir qualquer tipo de discriminação (Fleury, 1997). No Brasil, em 1988, o direito social à saúde foi garantido pela Constituição Federal, que anunciou também às garantias para sistematizar as ações e serviços de saúde integrados em um sistema único de saúde, inscrito na universalidade da cobertura, equidade e integralidade da assistência (Cordeiro, 2004; Brasil, 2008b; 2002 ; Fleury, 1997).

As políticas públicas de saúde, a luz da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), têm requisitado a atenção diferenciada aos diferentes grupos, buscando estruturar e reformular o processo de trabalho nos serviços de saúde para oferecer o cuidado integral a todos os seus cidadãos. Na década de 90, contudo o acesso aos serviços públicos de saúde era difícil, suas instalações e equipamentos eram insuficientes e sucateados, marcados por enormes filas e pelo baixo nível de qualidade e resolubilidade (Cotta, Mendes, Muniz, 1998; Merhy, 1998; Silva, 1995).

Deste modo, o SUS foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para a efetivação (Andrade, Dias Filho, 2010; Faveret Filho, Oliveira, 1990). Era fundamental a construção de novos modos de produzir e de operar o trabalho em saúde, que se comprometessem com a defesa da vida e os direitos sociais plenos da população (Merhy,1998;1997).

Nesta perspectiva, os serviços de reabilitação, historicamente, assumiram uma organização privilegiadamente urbana, concentrada nas regiões economicamente mais favorecidas, com baixa cobertura assistencial e resolubilidade (Cardoso, 2004, Almeida, Campos, 2002; Almeida 2001). Segundo Maior (1996), ainda em meados da década de 90, os serviços de reabilitação alcançavam apenas uma pequena parcela populacional, as regiões mais pobres e as mais afastadas continuavam sem informação e sem iniciativas de reabilitação.

Deste modo, buscando a inclusão social e em defesa do SUS, no final da década de 90, o acolhimento foi introduzido nos serviços de saúde, como um dispositivo potencialmente capaz de mobilizar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde para atender a todas as pessoas que procuram o SUS, garantindo a universalidade no acesso. Buscava-se também deslocar o eixo da atenção centrada no médico para uma equipe multiprofissional, capaz de produzir a escuta qualificada, a corresponsabilização, o vínculo e autonomia para resolubilidade dos problemas de saúde da população; além de qualificar as relações entre os usuários/comunidades e profissionais de saúde, sob parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Em 2003, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a), eleva o status do acolhimento para uma diretriz operacional de maior relevância da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH). Assim, o acolhimento inicialmente implementado na atenção primária se expande para os demais níveis de complexidade do SUS, como uma diretriz capaz de mobilizar reflexões e ações humanizadas, fundamentadas na ética e na cidadania para garantir o acesso, fortalecendo os princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Na reabilitação para ampliar o acesso e aprimorar seus serviços no SUS, o Ministério da Saúde tem buscado implementar uma política geradora de um novo modelo de atenção, que enfatize o princípio da integralidade, como um norteador do seu processo de organização; inicialmente pelo Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria n.º 827/1991, e a partir de 2002, pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, promulgada pela Portaria n.º 1.060/2002 (Brasil, 2008 a; 2002).

Reformulada a cada ano, a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência propõe a criação e o fortalecimento de uma linha de cuidado que possa ser receptiva às demandas dos diferentes usuários, acolhendo-as e produzindo respostas resolutivas e eficazes, desde a atenção primária passando a média e alta complexidade do SUS (Brasil, 2008 a).

Desde estas perspectivas, os Centros de Referência em Reabilitação assumiram a responsabilidade por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter

ambulatorial, além de desenvolver e produzir conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação. Segundo o Ministério da Saúde, sua atuação deve ter enfoque funcional e integral, respeitando as especificidades de cada caso, mediante trabalho das equipes multiprofissionais, em caráter interdisciplinar. (Brasil, 2008 a). Entende-se que o caráter interdisciplinar das ações em saúde está nas ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas de profissionais de diferentes formações para a apreensão da realidade de saúde contextualizada por seus diversos determinantes (Loch-Neckel et al., 2009; Gomes, Deslandes, 1994 ).

Sem embargo, no Brasil, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico, a urbanização e industrialização com a emergência de novos problemas relacionados violência e acidentes, associados a evolução dos cuidados tecnológicos, têm ampliado de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação, colocando em evidência sua capacidade de acolher e dar resolubilidade as demandas da população (Brasil, 2008a ).

Com efeito, o acolhimento tem sido discutido como importante estratégia, que além de garantir o acesso humanizado aos diferentes equipamentos de saúde, tem sido capaz de aumentar a governabilidade das equipes para produzir uma escuta qualificada e comprometida com a resolubilidade às demandas da população, (Alves, Deslandes, Mitre, 2009; Malta, Merhy, 2004; Sena et al.;2000). Para Hennington (2005) o acolhimento é um processo multiprofissional e interdisciplinar, pois fortalece a solidariedade e o trabalho coletivo, sem, no entanto, se perder as especificidades de cada campo de conhecimento.

Ademais, o acolhimento pode ser utilizado como uma estratégia interrogante das práticas cotidianas de um serviço pela capacidade de captar a voz de diferentes sujeitos, ao mesmo tempo em que é capaz de transformar os processos de trabalho para ampliar o acesso e a resolubilidade (Alves, Deslandes, Mitre, 2009; Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Vale ressaltar, que o município de Belo Horizonte (BH) foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o acolhimento na atenção primária, ainda em 1995 (Malta, Merhy, 2004; Malta, 2001). A partir de 2003, em consonância com a PNH tem expandido esta diretriz para os demais níveis de complexidade de sua rede de serviços/ SUS (Brasil, 2006 b), alcançando, a partir de 2005, os Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS de Belo

Horizonte (CRR), que além de atenderem a população de Belo Horizonte, se constituem como referencia da alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência de Minas Gerais (Vaz et al.,2005).

Desta perspectiva, transcorridos quase cinco anos de sua implantação, o objetivo deste estudo foi analisar os elementos facilitadores e dificultadores do acolhimento nos CRR, na perspectiva dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento e dos usuários que são acolhidos.

## **Método**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, visando apreender o fenômeno pesquisado em sua complexidade e singularidade, ou seja, o acolhimento na perspectiva dos distintos sujeitos responsáveis por sua concretização, aqui representados pelos profissionais de saúde e usuários dos CRR (Minayo, 2006; Minayo, Sanches,1993; Ludke, André,1986).

Considerando a natureza do fenômeno estudado foi utilizada uma combinação de técnicas para coletar os dados: a observação participante, a análise documental, o grupo focal e a entrevista semi-estruturada.

O período de coleta dos dados foi de 9 de agosto a 27 de dezembro de 2010, nos três CRR da Rede SUS/BH. A entrada no campo foi previamente preparada pelo pesquisador, por meio de reuniões, inicialmente com a equipe de Coordenação de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde/BH, e em um segundo momento, em cada unidade com a respectiva gerência e/ou coordenação.

Os sujeitos deste estudo foram os profissionais de saúde que acolhiam e os usuários que eram acolhidos nos CRR. Foram convidados a participar todos os profissionais que realizavam o acolhimento nos três CRR, no período do estudo, excluídos aqueles que acumulavam cargo de gestão. Participaram dos grupos focais 21 profissionais das equipes multiprofissionais: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogos, assistente social, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos.

Para a seleção dos usuários foram considerados os seguintes critérios: maiores de 18 anos, (sem comprometimento psíquico e/ou cognitivo associado), foram recrutados os sujeitos que detinham informação e experiência ou seja, logo após terem realizado o acolhimento nos CRR. Assim foram realizadas entrevistas individuais com a participação de 30 usuários, sendo 10 de cada CRR.

Foram utilizados nos grupos focais e nas entrevistas roteiros previamente formulados de acordo com os objetivos propostos, abordando-se os elementos dificultadores e facilitadores do acolhimento na unidade. Para garantir o anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas com o uso de letras “P” para profissionais e “U” usuários.

As entrevistas e os grupos focais foram gravados após o consentimento dos entrevistados, permitindo assim que as informações coletadas fossem transcritas de forma fidedigna, além de facilitar ao pesquisador retornar a fonte registrada, checar as informações e obter novas conclusões. Como forma complementar, utilizou-se as informações anotadas diariamente de pelo pesquisador em seu diário de campo, bem como os documentos e os fluxos observados e validados pela coordenação dos CRR.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo, que compreendeu três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2009; Minayo, 2006).

Em cumprimento aos requisitos éticos da Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de B H – CEP/SMSA/BH, e da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG / COEP, sob o N° 0017.0.410.203-10.

## **O campo**

O município Belo Horizonte (BH) é capital de Minas Gerais (MG) possui área de 331 km<sup>2</sup> e 2.375.444 habitantes (BH, 2009). Destaca-se que BH vem se inscrevendo na história e construção do SUS de maneira significativa, pois foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o acolhimento na atenção primária, ainda em 1995 (Ananias, 1998; Malta, Merhy,

2004). E em consonância com a PNH a Secretaria Municipal de Saúde tem expandido esta diretriz para os demais níveis de complexidade de sua rede de serviços/ SUS.

Neste contexto, a rede de reabilitação do SUS/BH vem se organizando para o atendimento integral a sua população, implementando o acolhimento desde 2005. Destacam-se os Centros de Referência em Reabilitação (CRR), que além de atender a população do município, constituem referência da alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência de Minas Gerais. Atualmente, BH possui três CRR e em caráter complementar clínicas e Instituições de Ensino Superior conveniadas/contratadas, contudo todas reguladas pelos CRR.

Vale destacar que em nível da atenção primária como apoio a reabilitação foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, por meio da Portaria GM Nº 154/08, com objetivo de atuar mais próximo das comunidades e em conjunto com as equipes do PSF e demais níveis de complexidade do SUS. Neste nível também, em 2006, foi instituída pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Portaria n.º 971/06, as práticas integrativas e complementares, que compartilham a visão ampliada do processo saúde-doença, a promoção de cuidado e o autocuidado (Brasil, 2010 a; 2008 c; 2002). Já na alta complexidade estão os hospitais especializados em reabilitação, que prestam atendimento aos casos que requerem tecnologia e intervenção mais frequente e intensa (Brasil, 2008a).

## **Resultados e Discussão**

Os resultados da pesquisa foram discutidos relacionando o acolhimento dos CRR SUS /BH aos temas: acesso e acessibilidades; interdisciplinaridade e Redes Integradas; e a mudança no processo de trabalho na reabilitação.

### **Acolhimento e acesso na perspectiva da reabilitação**

De acordo com Souza et al., (2008), os conceitos de acesso e acessibilidade, são complementares. Enquanto, o primeiro permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, a acessibilidade é considerada a possibilidade das pessoas chegarem aos serviços. Já Acúrcio e Guimarães (1996, p.234) utilizaram o termo

acessibilidade ou acesso para designar a “capacidade do paciente obter, quando necessitar cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente.”

O acesso ou acessibilidade aos serviços, de acordo com Unglert, Rosenburg, Junqueira (1987), estaria relacionado aos inúmeros fatores, analisados sob diversas perspectivas. Para estes autores, a acessibilidade deve ser considerada nos aspectos geográficos, econômicos e funcionais. Assim, poder-se-ia ultrapassar a perspectiva da proporção numérica da relação serviço e população, e alcançar a relação dinâmica entre as necessidades e as expectativas da população, expressa pela demanda aos serviços e os recursos disponíveis a nível tecnológico ou organizacional, que configuram a oferta para satisfazer essa demanda.

A abordagem geográfica propõe uma metodologia que auxilie na análise das necessidades da população, relacionadas aos recursos existentes a nível local, visando seu melhor planejamento. A construção metodológica por base territorial verifica entre outros elementos a barreira geográfica pelos obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana. A orientação geográfica leva em consideração as barreiras, orienta a organização dos fluxos em dada estrutura de circulação, a partir da construção das áreas de estudo para a intervenção na localização dos serviços, visando a melhor acessibilidade geográfica (Unglert, Rosenburg, Junqueira, 1987).

O acesso econômico ao serviço de saúde está relacionado aos custos do deslocamento do usuário, associado aos gastos entre a distância da residência e as formas como ele se desloca (necessidades e meios de transportes). O acesso funcional envolveria a entrada propriamente dita do usuário no serviço, tipos de serviços oferecidos, horários previstos e a qualidade do atendimento. A experiência negativa com um serviço, contudo mesmo havendo facilidade em relação ao deslocamento pode fazer com que o usuário opte em se deslocar de forma mais onerosa para buscar atendimento mais qualificado (Soares et al. , 2008).

Somado a estas dimensões já apresentadas, estão às barreiras arquitetônicas impostas às pessoas com deficiência em espaços públicos, que implicam nas dificuldades ou impedimentos de alcançar e utilizarem com segurança e autonomia as edificações, mobiliários, equipamentos urbanos, transportes e meios de comunicação (Paliluca, Aragão, Almeida, 2007).

Destaca-se que no SUS existe uma relação intrínseca entre acesso e acolhimento. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006, c), o acolhimento configura-se como uma diretriz operacional da PNH, que busca reorganizar o processo de trabalho nos serviços de saúde para dar acesso humanizado e resoluto a todo cidadão no SUS.

Assim, o acesso no acolhimento adquire um caráter qualitativo, conforme destaca o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a. p. 19) quando enfatiza que o acolhimento “ [...] expressa uma atitude de inclusão, na qual os profissionais - tomam para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas” , além de buscar a resolubilidade para seus problemas de saúde. Uma postura ética para se estabelecer uma relação de confiança entre profissionais e usuários do SUS, essencial ao processo de corresponsabilização para a produção de saúde.

Nesta perspectiva, diversos autores discutem o acolhimento como a qualificação do acesso do usuário aos serviços do SUS, uma postura profissional pautada na ética e no compromisso com a vida, capaz de criar vínculo e compromissos para compreender e produzir respostas aos problemas e necessidades de saúde dos usuários e/ou comunidades (Monteiro, Figueiredo Machado, 2009; Pina et al., 2009; Ramos, Lima; 2003).

Diante disto, a análise e alternativa de soluções dada ao problema do acesso, desloca-se do de seu caráter unicamente quantitativo - número de atendimentos ou rendimento profissional, para o eixo qualitativo, colocando-se em xeque a atenção ao usuário, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Souza et al., 2008; Franco, Bueno, Merhy, 1999).

### **Acesso e acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS- BH**

A gestão municipal de saúde de BH, desde o início da década de 90, visando garantir a aproximação física com a população, ao mesmo tempo em que integra vários setores sociais, optou pela estratégia de distritalização do município, buscando identificar e selecionar os

problemas de saúde prioritários, com base no planejamento local (Ananias, 1998; Campos, 1998).

Assim, BH foi dividida em nove regionais - áreas administrativas da prefeitura, que coincidem com o território de cada distrito sanitário, e que englobam seus diferentes equipamentos de saúde (Ananias, 1998; Campos, 1998). Conforme pode ser observado na Figura 1, os CRR estão localizados em regionais centrais do município de BH.

**Figura 1: Localização dos CRR da Rede SUS/BH – MG**



**Fonte:** Adaptado em 2010, de Belo Horizonte, 2005, p. 8.

No final de 2008, os CRR da rede SUS/BH foram regionalizados, conforme pode ser observado no Quadro 1. Assim, cada CRR ficou responsável por populações de distintas regionais ou Distritos Sanitários, contando em caráter complementar e sob sua regulação de clínicas e Instituições de Ensino Superior conveniadas/contratadas.

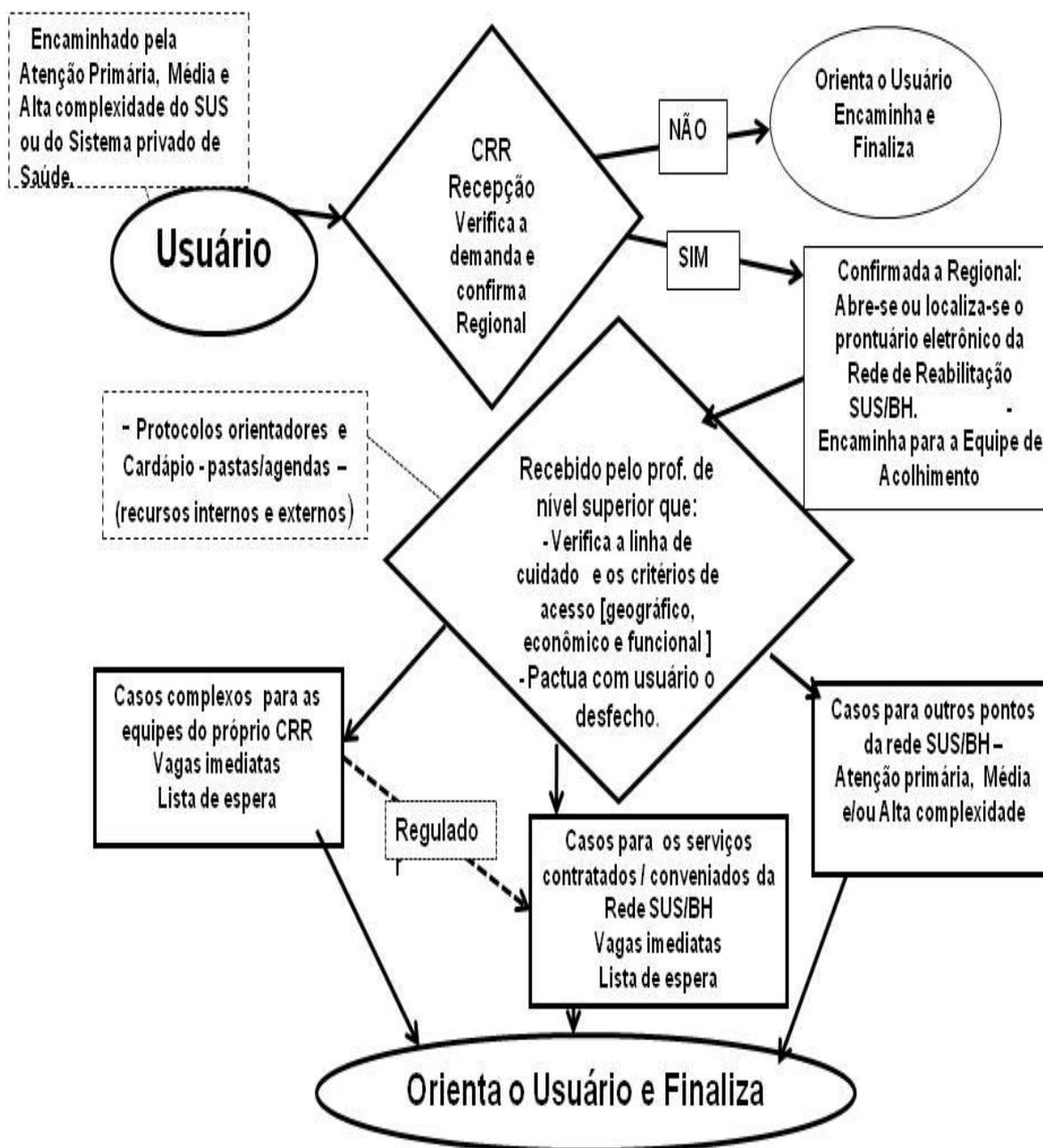
**Quadro 1- Responsabilidade Sanitária de cada Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/Belo Horizonte – por Regionais ou Distritos Sanitários**

Centros de Referência em Reabilitação - CRR	Regionais ou Distritos Sanitário de BH			
<b>CRR - A</b>	<b>Noroeste</b> Extensão Territorial 36.874 Km <sup>2</sup> População*: 360.000 hab.		<b>Oeste</b> Extensão Territorial: 32,10 Km <sup>2</sup> População*: 268.124 hab.	
<b>CRR - B</b>	<b>Barreiro</b> Extensão Territorial: 53,58 Km <sup>2</sup> - População*: 262.194 hab.	<b>Centro-Sul</b> Extensão Territorial: 32,60 Km <sup>2</sup> População*: 266.003 hab.	<b>Norte</b> Extensão Territorial: 34,32 Km <sup>2</sup> População*: 193.764 hab.	<b>Pampulha</b> Extensão Territorial: 33 Km <sup>2</sup> População*: 142.602 hab.
<b>CRR - C</b>	<b>Leste</b> Extensão territorial: 28 Km <sup>2</sup> População*: 249.000 hab.	<b>Nordeste</b> Extensão territorial: 273,32 Km <sup>2</sup> População*: 273.892 hab.		<b>Venda Nova</b> Extensão territorial: 26,32 Km <sup>2</sup> População*: 241.699 hab.

Fonte: Belo Horizonte, 2010  
[\*IBGE 2000]

Quanto ao fluxo de acolhimento, conforme desenhado na Figura 1, por meio da observação participante, da análise documental e confirmado pelas entrevistas e grupos focais realizados, evidenciou-se que os usuários podem ser encaminhados para os CRR por meio da atenção primária, média e alta complexidade da rede SUS, além da rede privada e/ou filantrópica do município de BH. Assim, portando os respectivos encaminhamentos, os usuários são recebidos nos CRR por funcionários na recepção, que após confirmar o CRR responsável de acordo com a respectiva regional ou Distrito Sanitário, produz ou localiza seu prontuário eletrônico de cadastro (Figura 3) e o encaminha para a equipe de acolhimento.

**Figura 2- Fluxo do Acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação – CRR – da REDE SUS/BH**



Fonte: Dados da Pesquisa – Análise documental e Observação Participante dos CRR, no período de agosto a dezembro de 2010.

*Observ.: No diagrama acima representado, a forma elipse caracteriza a entrada e/ou saída do CRR, enquanto o losango representa a decisão de ofertas do serviço com os seus distintos critérios, e o retângulo representa o serviço ofertado a cada caso.*

**Figura 3- Prontuário Eletrônico para Cadastro do Usuário nos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/BH.**

**Cadastro de Pacientes [Aguardando ...]**

Operacoes Ajuda Sair

Ortese e Prótese Prontuário Acolhimento

Local Responsável pelo Cadastro:  CRR - A  CRR - B  CRR - C

**Dados Básicos** | **Dados Complementares**

Nº do Prontuário:  Local Responsável pelo Cadastro:  CRR - A  CRR - B  CRR - C

Nº CRR:  Nº Cartão SUS:

CPF Paciente:  N.º Cartão SUS:

Nome do Paciente:

1ª vez na reabilitação SUS/BH:  SIM  NÃO

Sexo:  Masculino  Feminino

Data de Nascimento:  Distrito Sanitário:

Nome da Mãe:  Pai:

**Endereço**

Endereço:

Bairro:  CEP:  Município:  UF:

Tratamentos Autorizados[Aguardando ...] | Telefone(s) de Contato(s)[Aguardando ...] | Alta do Tratamento[Aguardando ...]

Data da Autorização:  Especialidade:   Aguardando Vaga  SIM  NÃO

Data de Liberação:  Prestador Destino:

Diagnóstico:  Tipo da Consulta:

Bolsas de Ostomia:  Qtde. Autorizada:  Qtde. Realizada:

Ok Limpar Finalizar

Status: Aguardando ...

Fonte: Dados da Pesquisa – Análise documental dos CRR, no período de agosto a dezembro de 2010.

Em seguida, o usuário é recebido por um profissional da equipe de acolhimento do CRR, que dará prosseguimento a linha de cuidado na reabilitação. As equipes de acolhimento dos CRR foram compostas por diferentes categorias profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, que por meio de escalas, previamente organizadas, realizam um rodízio para que o acolhimento funcione em horário ininterrupto, ou seja, de 7 as 17 horas, em todos os dias úteis da semana nos três CRR.

Conforme observado no período do estudo, para dar prosseguimento à linha de cuidado na reabilitação, os profissionais do acolhimento dos CRR (Figura 2), levam em consideração, além de critérios geográficos e econômicos, o acesso funcional, que envolve a entrada propriamente dita do usuário no serviço, considerando os tipos e complexidade de serviços oferecidos para a reabilitação e a qualidade do atendimento prestado (Soares et al. , 2008).

No acolhimento, os profissionais utilizam os protocolos orientadores com os respectivos critérios de risco, que buscam garantir a identificação de priorização do atendimento para aqueles indivíduos, que têm maior vulnerabilidade, no caso da reabilitação, de ter comprometida sua qualidade de vida e/ou limitação funcional.

Estudos presentes na literatura salientam que o valor do protocolo de risco está em interromper a entrada no serviço por critérios puramente administrativos e burocráticos, como priorizar a ordem de chegada no serviço, em detrimento as necessidades assistenciais do usuário (Esmeraldo et al., 2009; Souza et al., 2008; Zaicaner et al., 2008; Takemoto, Silva, 2007; Silveira, Baldaci, 2006; Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Em contrapartida, alguns autores alertam sobre o uso de protocolos, em relação ao risco de manter a continuidade do projeto terapêutico centrado apenas pela queixa-conduta e nos aspectos clínicos apresentados pelo usuário. Para amenizar tais riscos sugerem a flexibilização do seu uso pela ampliação e qualificação da escuta, mantendo a sensibilização e compreensão do seu uso pelos profissionais e usuários (Cavalcante Filho et al., 2009; Zaicaner et al. 2008; Scholze et al., 2006; Sena et al., 2000).

No acolhimento realizado pelos CRR (Figura 2), ao se dar voz aos seus usuários, torna-se transparente a relação que estes estabelecem entre o acesso e o acolhimento, como também o limite de vagas pelo excesso de demanda para reabilitação, evidenciado também na observação participante:

*O atendimento aqui foi ótimo[...] só não tem vaga para agora, porque eu pedi para outro lugar [...] Eu achava que ia atrasar um pouco, da outra vez atrasou, porque depende da vaga, eu vejo que eles querem me ajudar, mas lá não tem, então eu tenho que esperar. O acolhimento aqui não teve nenhuma dificuldade foi tranquilo, me senti informada, todos com*

*carinho mesmo. Eu achava que está **um lugar crescido onde eu moro, e merecia um lugar perto para tratar. Deus abençoa que colocassem um centro por lá [...]merecia, tem gente demais.** (U10 )*

***Chegar aqui para mim - que moro longe - é complicado, tem que pegar dois ônibus, descer próximo à avenida [...] tem que andar, a gente vem até aqui a pé, às vezes fico meio tonta, confusa e com medo de cair no caminho, então para mim, no meu caso é importante ser perto. Também, tudo você depende de ônibus, como eu estou parada, eu estou divorciada eu não tenho pensão, eu tenho que esperar a ajuda de algum filho, é difícil [...]. Eles me encaminharam para [...] que é mais perto de casa. Agora mesmo, eles me deram esta ficha, eu vou telefonar para marcar o dia para começar** (U25 ) .*

*Para mim aqui foi perto, peguei **um ônibus só desci lá na [...] e vim a pé, que é exercício salutar, mas pelo meu problema na coluna e perna as dores aumentaram. [...] A senhora lá achou por bem, colocar no lugar mais próximo, lá no [...], aí é mais perto, aí eles vão ligar para nos informar quando a vaga sair** (U 10).*

Por meio dos discursos dos usuários entrevistados, como também pelas observações realizadas no período do estudo, pode-se observar que o acesso geográfico relaciona-se intrinsecamente ao aspecto econômico - quantidade e custos dos transportes (ônibus), para chegar ao Centro de Referência em Reabilitação ou aos serviços conveniados/contratados da Rede SUS/BH. Em suas falas expressam preocupação com o percurso entre suas casas e o CRR ou aos serviços contratados, devido, além das questões financeiras, as suas condições de saúde desfavoráveis, citando dor, tonteira, equilíbrio e confusão, o que é acentuado pelo fato de que têm conhecimento de que a reabilitação demandará um período prolongado de cuidado em nível ambulatorial.

Todas estas dimensões dificultadoras apontadas pelos usuários dos CRR de BH coincidem com os achados de diferentes estudos publicados na literatura.

Machado e Nogueira (2008), em estudo realizado em Piauí para avaliar a satisfação do usuário de um serviço de reabilitação, apontaram dificuldades no acesso relacionadas ao tempo e custo do deslocamento. Araujo et al. (2006) relacionaram o fator econômico como dificultador do acesso ao serviço odontológico, em estudo sobre a população idosa, que

utilizava o ônibus como o principal meio de transporte, pois implicou em dispêndio financeiro difícil de ser arcado na estrutura familiar. Castro et al. (2011) apontaram que em condições econômicas desfavoráveis, a necessidade do uso do transporte, onera e interfere de maneira negativa no acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde na cidade de São Paulo.

Por outro lado, os profissionais apontam outros fatores dificultadores para o acolhimento nos CRR, como excesso de demanda associado aos critérios geográficos, econômicos e funcionais, relacionados à capacidade de assistência prestada por alguns serviços contratado-credenciados:

*A demanda é muito grande, a cada dia chega mais pessoas aqui. Precisaria ter mais profissionais, abrir novos centros de reabilitação. Então, vão abrir mais dois [...], pois estas clínicas contratadas, muitas vezes, não têm boa qualidade para os casos complexos, as faculdades entram em recesso escolar e perdemos vagas (P5)*

*Tem uma questão que eu disse da linha de cuidado que me incomoda profundamente é a falta agilidade de dar continuidade neste cuidado. Significa que, ele chegou do pós-operatório a lista esta grande, ela vai esperar aqui ou vai para a clínica conveniada [...] (P12)*

*Uma coisa que melhoraria é ter uma alternativa para encaminhar o paciente [...] próximo a casa dele, e ia melhorar em tudo, até não ter que pegar uma condução, andar pelo centro da cidade cheio, atravessar uma rua, até este aspecto da vida diária dele podia melhorar [...] (P18)*

Vale destacar, que foi observado nos três CRR, que durante a realização do acolhimento os profissionais buscam suas equipes, as coordenações de equipes, ou as equipes de apoio para auxílio em casos de dúvidas. Podem ainda usar o telefone para realizar contato com profissionais dos demais níveis de complexidade do SUS. Os profissionais do acolhimento ainda podem buscar vagas diretamente com os profissionais na assistência, quando os casos requerem uma intervenção mais urgente e não há vagas disponíveis nas agendas. Os profissionais na assistência - prontamente se disponibilizam a reorganizar seus horários para integrar o novo usuário, mesmo diante de sua agenda completa.

Destarte, o aumento de ocorrências de deficiências tem uma relação direta com a mudança do perfil demográfico e epidemiológico do Brasil - pelo aumento da longevidade da população e pelo aumento das morbidades por causas externas, incrementando a procura por serviços de reabilitação. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008 b), o aumento da expectativa de vida da população brasileira tem ampliado as causas de deficiências relacionadas à doença crônica. Doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, a maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas. A evolução dos cuidados hospitalares aumentou a sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso e de pessoas com seqüelas da mais variadas relacionadas à violência e aos acidentes.

Lima et al. (2009) pontuam que em 2006, o Brasil, registrou 822.412 internações por acidentes e violência, 15% por acidente de transporte, sendo que para cada morte, 13 ficam feridos e necessitarão de reabilitação.

A urbanização, a industrialização e globalização têm gerado morbidades significativas relacionadas ao sistema osteomuscular e tecido conjuntivo, por vezes incapacitante aos trabalhadores. Esperança, Cavalcante e Marcolino (2006) ao estudar a demanda espontânea em uma unidade de saúde da família, observaram que foram frequentes queixas relacionadas a lombalgia, artralgia, cervicoalgia, dor a esclarecer, tendinite, mialgia e gota, e que acabam encaminhando para os Centros de Reabilitação.

Minayo e Deslandes (2007) ao estudarem a atenção as pessoas que sofreram acidentes e violência em cinco das maiores capitais brasileiras, constataram que os serviços de reabilitação, comparados aos de atenção pré-hospitalar e hospitalar são os que mais evidenciaram déficit de oferta, apontando como o nível de maior fragilidade no processo de implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV).

Lima et al. (2009) em estudo realizado em Pernambuco, observaram que, além de escassos, os serviços de reabilitação, esses estão mais concentrados na região metropolitana, nos grandes centros com cobertura inadequada e sem a composição de uma equipe multiprofissional para

o trabalho integral a pessoa com deficiências, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção a Pessoa com Deficiência e a PNRMAV.

Machado e Nogueira (2008), em estudo para avaliar a satisfação do usuário de um serviço de reabilitação, apontaram dificuldades para o acesso a reabilitação relacionados a escassez de serviços de reabilitação, que tem sua maior concentração nas regiões metropolitanas, dificultando atender de forma equânime a população no município do Piauí.

As barreiras arquitetônicas também aparecem como dimensões importantes nos discursos dos usuários, dificultando a acessibilidade em alguns serviços de saúde:

*Aqui não, mas tem serviço de saúde que é **difícil usar o banheiro**, o vaso sanitário tem que mais ser alto, para mim que tenho dificuldade de abaixar, ajudaria.(U 5 )*

*O atendimento aqui foi rápido, mas precisei ir ao serviço [...] e **não tinha corrimão**, eu ando encostada, devia ter corrimão, independente de ser reabilitação ou não, ainda mais que é da saúde, teria que ter uma adaptação ajudaria muito. (U22 )*

Apesar da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ter formalizado a NBR 9050/94, para acessibilidade de pessoas com deficiência a edificações, espaço mobiliário e equipamentos urbanos, ainda se observa nos serviços do SUS a preocupação das pessoas com deficiência em relação à sua acessibilidade (Castro et al., 2011). Em pesquisa em um hospital público, Paliluca, Aragão e Almeida (2007) observaram a ausência de rampas, balcões altos, bebedouros e telefones não acessíveis as pessoas com deficiência.

### **O acolhimento: da interdisciplinaridade às Redes Integradas do SUS**

O trabalho organizado, tradicionalmente, sob a orientação do eixo de cada nível de complexidade do sistema de saúde, de forma parcelada e de acordo com cada especialidade profissional, tem sido amplamente questionado. Este processo de trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico do usuário, e quando não há interação interdisciplinar, o trabalho fica fragmentado, perdendo-se o sujeito integral. Fechado

e protegido no interior do espaço físico, em nome de uma eficácia técnico-científica, os profissionais distanciam-se cada vez mais da relação com os usuários (Campos, 2003).

Nesta direção, Pinheiros e Mattos (2005, p.56), consideram inaceitável “que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder as doenças de uma população, embora eles devam responder a tais doenças”, eles precisam realizar uma apreensão mais ampliada das necessidades da população a qual atendem.

Nesta direção, o acolhimento pode mobilizar a equipe para a reflexão da prática de saúde, ao reconhecer a singularidade dos indivíduos, a partir de um compromisso de responsabilização, que pode operar mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços (Alves, Deslandes e Mitre, 2009).

Como achados do presente estudo, destaca-se que novas dimensões do acolhimento foram vislumbradas pelos profissionais entrevistados dos CRR como elementos facilitadores para o entrosamento e a ampliação da governabilidade da equipe multiprofissional:

*Eu acho que isto de muitos profissionais fazerem o acolhimento também é fundamental [...] Este é um Centro de Reabilitação, onde os pacientes vão chegar com outras demandas, talvez não tão esclarecidos [...] uma demanda que esta oculta, talvez seja mais interessante, o fato de estar sendo feito pela equipe [...] enriquece muito o trabalho. (P9 )*

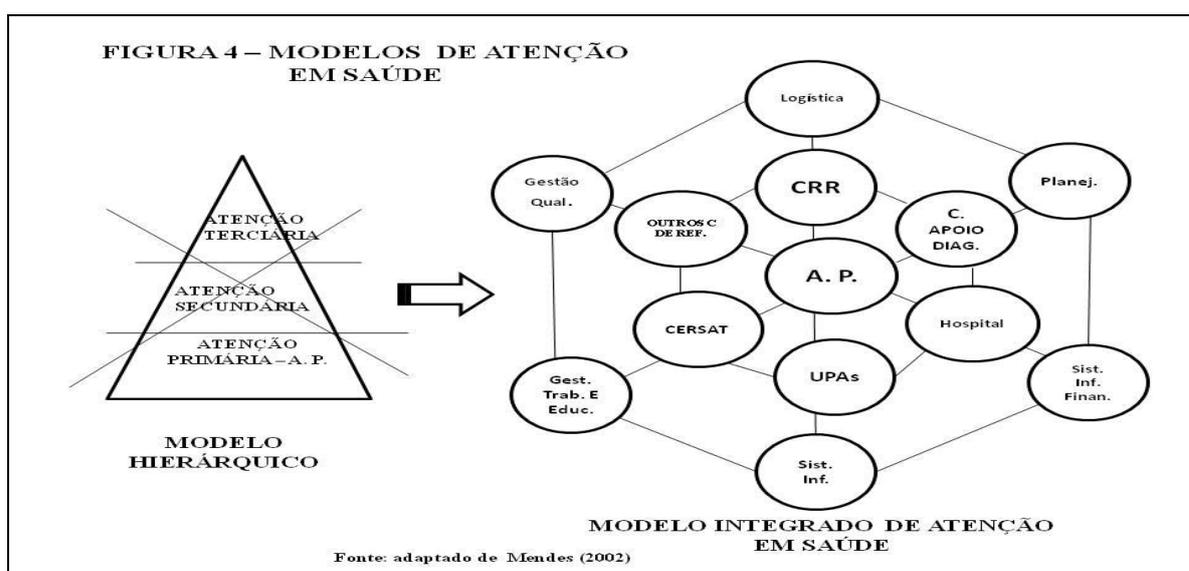
*Eu faço acolhimento [...] , em horários [...] as minhas dificuldades a equipe tem que carregar comigo, eu vou atrás de cada um, eu vou atrás de todo mundo. Olha o paciente esta assim, - o que eu faço?- Faz isto, faz aquilo! (P13).*

Assim, as transformações da prática do acolhimento passam pela emergência e valorização de novos saberes interdisciplinares, por uma postura mais dialógica da equipe entre si e com os usuários dos serviços, bem como por uma abertura conceitual e científica para transformar o modelo tradicional biomédico (Gomes et al. , 2009). Para Pinafo, Lima e Bady (2008), o acolhimento pautado no resgate dos saberes das equipes de saúde possibilita a reflexão crítica sobre a humanização nas relações do serviço para buscar a resolubilidade às demandas da população.

Nesta perspectiva, Cecílio (2006, p. 116) define a integralidade da atenção no espaço singular de cada serviço de saúde, “como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível”, as necessidades dos usuários, que são complexas e precisam ser capturadas também em sua expressão individual, o que se observa no discurso dos profissionais dos CCR de BH:

*Eu noto assim que quando surgiu o acolhimento [...] querendo ou não a gente muda o perfil de atendimento, porque vai ouvir outras coisas do paciente que você não tem como fingir que não está ouvindo, tem que acolher aquele paciente de alguma natureza [...]. Atendi um usuário com [...] e no eu conversar com ela, eu perguntei se [...], então, você começa a conversar, até sobre problema familiar [...] voce começa a ouvir. Você não tem como dizer não - eu só posso cuidar deste daqui, ou desta parte. Ai acabou, mas você acolheu, tem que dar uma resposta, [...] às vezes, você liga para outro serviço até conseguir alguma coisa.*  
(P2)

Não obstante, Cecílio (2006, p. 117) alerta que a integralidade “nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas”, quando não se tem a integralidade como o resultado da articulação de cada serviço de saúde, quer seja, na atenção primária, num ambulatório de especialidade ou hospital. A construção da integralidade deve ser pensada como a atenção articulada em rede, no qual cada serviço se articula em fluxos e circuitos, de forma complementar e dialética, a partir das necessidades reais dos usuários (Figura 4).



**Fonte: Adaptado de Mendes, 2002**

À atenção em qualquer serviço precisa considerar as potencialidades de agregar saberes, além da própria equipe interdisciplinar, a de outros serviços de saúde e setores. Neste contexto, o acolhimento foi um facilitador deste processo, ao produzir novas necessidades, os profissionais tiveram que buscar alternativas para dar resolubilidade às demandas dos usuários, como afirmam os profissionais de saúde entrevistados:

*O objetivo principal do acolhimento é poder **propor a abordagem** que você acha mais indicada [...] aquela que a gente acredita que é a **mais adequada, naquele momento**, e pode ser uma **abordagem da equipe aqui**, um encaminhamento **a unidade básica**, pode ser até no **nível terciário**, pois o paciente **pode ter a indicação** de fazer um tratamento internado, **saber daquilo que você escutou**, saber encaminhar aquele que achou mais adequada (P 16)*

A concepção de redes integradas e regionalizadas pode ser efetivada pela centralidade das ações nas necessidades dos usuários, na continuidade do cuidado de forma articulada e integrando os diversos níveis de complexidade do SUS (Brasil, 2006 c). Contudo, apesar de ocorrerem algumas ações neste sentido os profissionais relatam dificuldades desde a atenção básica até a média e alta complexidade do SUS, passando também pelas ações intersetoriais.

Na atenção primária, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008a), os serviços devem desenvolver ações básicas de reabilitação para a inclusão social aos indivíduos com deficiências. Para isto, em 2008, por meio da Portaria GM no. 154/08 foi criado o NASF (Brasil, 2008c). Atualmente, BH conta com equipes do NASF distribuídas em todos os seus Distritos Sanitários. Assim, deve-se considerar que este processo ainda está em construção na rede de reabilitação SUS/BH, contudo, os profissionais entrevistados já apontam alguns facilitadores e dificultadores da integração dos CRR e o NASF

*O encaminhamento para o **CRR**, às vezes, **demora muito**, vem com a data vencida, então soube pelo paciente é que o **papel fica retido lá na atenção básica**. Por quê? Qual o problema dele sair do **hospital e vir direto** para a gente? Então teve um lá, que ficou retido na básica [...] e na consulta de retorno do Hospital [...], ele pediu **outro encaminhamento**, ele **procurou aqui**, e o primeiro papel de encaminhamento **está na unidade básica até hoje**. [...] **Eu até elogio o NASF**, ele está desafogando a gente. [...] Encaminhei **para o NASF e a academia da cidade**, um usuário [...] que precisava de um atendimento de [...] **aqui**, e*

*prosseguir na academia. Depois [...] eu encaminhei, marquei retorno e ele não veio, então eu acho que deu certo, mas eu não tive retorno. (P21)*

*O encaminhamento médico só para os CRR pode ser um dificultador, foi até interessante, tivemos uma reunião com as equipes do NASF e os médicos que atendem no Hospital [...] e da [...], chegaram a conclusão que realmente pacientes que já fizeram mais de [...]sessões tradicionais [...]e já foram devidamente orientados, não precisam ser encaminhados novamente para o CRR, a gente pode encaminhar direto para o NASF, lá vai ter os grupos, academia da cidade, Lian Gong. O certo então é eles desviarem o encaminhamento para os NASF, e não passar por aqui, porque nossa lista de espera é grande [...] nossa missão é atender os casos mais complexos [...]. (P10).*

As dimensões dificultadoras relacionam-se com os fluxos de encaminhamentos, que precisariam ser repensados e reconstruídos. De acordo com Gottems e Pires (2009), a articulação da atenção básica com os demais níveis de complexidade da saúde influencia efetivamente na dimensão econômica do SUS ao interferir na lógica da oferta a partir da demanda e reduzir iniquidades. Para estes autores, a interface da atenção primária com as demais unidades pode impactar as ações de alta complexidade do SUS.

Desta perspectiva, o acolhimento teria que ser concebido de acordo com Teixeira (2007), como uma rede de conversação, um espaço interligado e composto de regiões de conversa. O acolhimento teria o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço para oferecer ao usuário amplas possibilidades de trânsito nesta rede. Nesses momentos e espaços buscar-se-ia o entendimento e a negociação permanente para formulação da trajetória do usuário pela rede do SUS, porém com a participação efetiva deste sujeito.

Os profissionais também pontuam que as dificuldades estão relacionadas, tanto ao desconhecimento dos fluxos de encaminhamento, quanto a ausência de definições claras nas atribuições específicas e das possibilidades de cada unidade ou serviço de referência ou da potencialização da intersetorialidade, como expressaram os profissionais dos CRR:

*Veio uma moça aqui que trabalhava na linha de produção de calçado,[...] ai perguntei sobre o serviço dela, ela disse sobre a bancada do trabalho [...] que era um problema do serviço.*

*Daí eu encaminhei para o tratamento regular nas clínicas credenciadas, mas também encaminhei para o CERSAT, para fazer um **nexo com o trabalho dela** [...]. Mas, ainda discuti [...] se deveria mandar **ela para os dois lugares**, já que no **CERSAT** tem fisioterapia, terapia ocupacional, além de outros profissionais. [...] Então, aqueles **profissionais que conhecem o fluxo fazem o encaminhamento** e outros não. (P 1)*

*Na minha experiência aqueles pacientes mais **resistentes à mudança do tratamento tradicional** são os que **estão afastados do INSS** e querem vincular a fisioterapia a pericia que fazem no INSS. Querem continuar afastados. Geralmente este perfil, que dissemos [...] **este não consigo conversar, negociar outra alternativa**, ele querem se manter nos CRR. (P11)*

Do ponto de vista do usuário, as dificuldades dos fluxos de encaminhamento podem ter consequências sobre suas condições de saúde:

*Do posto de saúde **encaminharam para aqui**, [...] há **três anos** mais ou menos e os médicos falaram é **fibromialgia** [...] agora com o **ultrassom deu uma ruptura parcial no braço** [...] eu insistia muito e os médicos falaram que é fibromialgia [...]. Eu **trabalhava em lavanderia, fui demitida** agora, por causa do problema, a médica **pediu meu remanejamento de função** e já não colaboram, então **me mandaram embora** [...]. (U 23).*

*Passei no posto, deu encaminhamento esperei dois meses, até que não demorou muito não, tem gente que espera mais, [...] como estava doendo demais receitou [...] e tomei [...] e marcou um retorno. Ai foi mais demorado. Ai quando consegui, eu disse doutor **agora não estou agüentando mais**, dói dia e noite sem parar. Ele disse agora **vou te dar um pedido de exame** [...], e fiz [...] e para marcar o retorno **demorou quase dez meses e eu sentindo dor** [...]. **Tava trabalhando sem parar, só parei agora para fazer a cirurgia** [...] e depois deram o encaminhamento para cá. (U 5)*

Segundo Dias e Hoelfel (2005), foi a partir de 2003, que a Rede de Atenção Integral à saúde do Trabalhador (RENAST) no SUS foi implementada como uma rede nacional de informação e práticas de saúde com a finalidade de buscar as ações assistenciais de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar.

Desta perspectiva, ao se considerar a grande procura por atendimentos nos CRR de pessoas com problemas relacionados ao trabalho, torna-se imprescindível discutir e melhorar a integração com a Rede de Atenção a saúde do trabalhador, posto que em todos os níveis deveriam ser investigados a especificidade da relação saúde /trabalho e a respectiva linha de cuidado. Outra relevante intervenção seria a nível intersetorial, buscando uma maior integração dos serviços de saúde, juntamente aos serviços do Instituto Nacional da Seguridade Social – INSS.

Destarte, os CRR têm sido porta de entrada para muitas condições crônicas de saúde. Assim, foi pontuada ainda pelos profissionais de saúde, como dificultador do acolhimento o encaminhamento para os Programas específicos, já formalizados para algumas destas condições:

*Vou dar exemplo, o paciente vem da unidade de saúde com o diagnóstico de esclerose múltipla ou com hanseníase. A gente tem o **olhar a partir do próprio acolhimento junto com o profissional de referencia ou da ortopedia ou da neurologia de inserir este usuário em um programa específico**. Existe o programa de hanseníase, então por que ele fica aqui? Perde tempo, existe dentro do Hospital [...], dentro do departamento de doenças neuromusculares o atendimento de esclerose múltipla. Então, **temos que enviá-lo antes para o Centro de Saúde, não podemos encaminhá-lo direto ao programa e o paciente vira um andarilho. Vai e volta, vai e volta.** (P15)*

De forma complementar, desde a perspectiva dos usuários, o destaque é dado as suas as idas e vindas para exames especializados, que acabam por se sentirem como verdadeiros peregrinos da rede do SUS.

*Um desgaste na coluna, um problema de **coluna** e o **médico achou por bem eu ir procurar aqui, e também tenho encaminhamento para o neurocirurgião, o ortopedista e disse que o negocio está meio complicado**. [...] veja bem [...], **eu tenho uma promessa eu sei, aqui eu sou peregrino**, e a promessa é do fabricante [...] **Deus é aquele que tudo vê** (U 4)*

*A gente que depende do SUS tem que ter muita paciência. [...] E, eu quando eu vou ao médico, só tenho hora para sair,[...] **para chegar, só Deus sabe, é demorado** [...]. E a maior*

*dificuldade é conseguir, assim a cirurgia, uma ressonância, você vai a muitas unidades de saúde, então demora demais, aí você vai ao bairro não sei aonde, vai ao outro bairro, vai mais não sei onde, manda um papel para cá, manda outro para lá. Eu acharia melhor se simplificasse a coisa, em um lugar só você conseguir tudo[...]mas ia só a uma unidade [...]. Agora eu estou saindo sozinha, mas com muleta, a questão financeira já é difícil [...].(U17)*

Estudos de vários autores apontaram a precariedade do acesso aos exames e consultas especializadas pela escassez de serviços e ausência de mecanismo de comunicação e integração nos diferentes níveis de complexidade do SUS, como grandes dificultadores do acolhimento (Souza et al.; 2008; Oliveira et al., 2008; Lima et al., 2007; Santos et al., 2007; Fracolli, Zoboli, 2004; Sena et al., 2000; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Leite, Maia, Sena, 1999).

Assim, reafirmar-se a necessidade de reformular as organizações e equipamentos de saúde do SUS, criando reais condições para que estes se aproximem cada vez mais dos seus usuários. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c), para a efetivação da concepção de redes integradas e regionalizadas de atenção a saúde seria fundamental centralizar as ações nas necessidades dos usuários, dar continuidade do cuidado de forma articulada, integrando as diversas unidades e níveis de complexidade do SUS (Figura 4). A construção de vínculos e conexões deveria ser capaz de abordar problemas complexos em saúde e impulsionar inovações nas ações de saúde para a resolubilidade centrada nas demandas do usuário.

### **Acolhimento e a mudança no processo de trabalho na reabilitação**

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006c) o acolhimento propõe a reorganização dos serviços de saúde para buscar a resolubilidade das demandas do usuário na valorização do encontro entre usuários, profissionais, equipes e gestores, - protagonistas do processo de produção da saúde. Vários autores pontuam mudanças do processo de trabalho, a partir da implementação do acolhimento nos serviços de saúde: Takemoto e Silva (2007); Shimith e Lima (2004); Mangia et al. (2002); Franco, Bueno e Merhy (1999); Leite, Maia e Sena (1999).

Nos CRR na voz dos profissionais, a introdução do acolhimento teria possibilitado reflexões e transformações sobre o processo de trabalho na reabilitação:

*O acolhimento surgiu de uma necessidade de **pensar alternativas** de atendimento que não fosse aquela do paciente em fazer o tratamento tradicional [...] ou **ir para uma clínica** para fazer aquele atendimento clássico, cinco vezes por semana. Foi uma forma de pensar alternativas para o paciente crônico, sempre teve **um número grande a demanda para a reabilitação, filas enormes**, e o **acolhimento veio para buscar uma forma melhor**, saber quem é priorizado, tem mais risco, que **outra abordagem de saúde** pode ser feita [...]. (P 4)*

Nesta perspectiva, alguns autores apontam o acolhimento como um relevante dispositivo capaz de transformar as relações e as práticas de saúde ao buscar a novas intervenções, já que evidencia que produzir saúde e cuidado são atos de corresponsabilidade entre os usuários, profissionais e gestores. Assim, é capaz de provocar questionamentos, análises e a revisões cotidianas do trabalho, e mobilizar a construção de práticas inovadoras em saúde (Alves, Deslandes, Mitre. 2009; Franco, Bueno, Merhy, 1999; Gomes, Pinto, Pinheiro, 2005; Nery et al., 2009; Santos et al.,2007; Schimith, Lima 2004; Silva, Alves, 2008; Souza et. al., 2008).

Tais necessidades e transformações foram vislumbradas pelos profissionais, conforme se ilustra a seguir:

*O que é **interessante ver é que este processo todo, a gente foi discutindo, enquanto fazia**, porque a gente não discutiu, vamos planejar o acolhimento, foi **fazendo, pequenas reuniões**, tinha uma comissão, mensal no início, **chegou a este modelo**, que aí esta. Certo ou errado, não sei, podia fazer de outra forma, ser discutido primeiro, seria o ideal, mas não **foi assim que aconteceu**.(P21)*

*O acolhimento passou por **diferentes processos aqui**, primeiro era por equipes, neurologia, ortopedia cada equipe fazia seu acolhimento, recebia o usuário, abria o prontuário, ele era agendado para uma reunião com mais [...] usuários e seus acompanhantes, quando tinha. Na reunião, explicavam-se os critérios e a decisão era **pactuada com os usuários** [...]. Depois aumentou muito a demanda e **estamos refazendo o processo**. (P 6)*

*A gente tinha que ir no CRR [...], ver a experiência deles, mas isto era **um pouco incipiente**, não era objetivo. Ai começamos, a princípio observando, ia muito, **na tentativa e erro** e a **coisa ia crescendo**.[...] Espelhamos muito na experiência do outro, porque já tem mais tempo [...] e o que **dá muito certo lá, não dá certo aqui**. Mas, agora temos uma **coordenadora** e esta mostrando **interesse, conhecimento** e é da reabilitação, **ela sabe ouvir, tudo** o que a **gente fala**.(P4)*

Assim, para Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) o acolhimento assinala a constante indissociabilidade entre a atenção a saúde e a gestão do trabalho, no modo de produzir a saúde e de gerir essa produção. Propõe para isto, um modelo participativo de discussão e pactuação do processo de trabalho, por meio de rotinas de encontros, pelo debate, aprofundamento teórico-metodológico, troca de experiências, construção de rodas de conversa para a coletivização das análises, a produção de estratégias do serviço e na resolução dos principais problemas enfrentados nos serviços. Tal proposição é reafirmada por vários autores: Monteiro, Figueiredo e Machado (2009); Nery et al. (2009); Takemoto e Silva (2007); Rossi e Lima (2005); Schimith e Lima (2004); Malta e Merhy (2004); Franco, Bueno, Merhy (1999).

Destarte, foi possível constatar pelas falas dos profissionais, o quanto o modelo participativo de gestão, que considera as especificidades e história de cada local, é fundamental na reconstrução do processo de trabalho nos CRR:

*Aqui a **gerencia escuta a gente fala**. É importante **saber ouvir**. Perguntou aos profissionais que trabalhava em duas áreas, qual era a preferência para **escolha**. Até isto ela esta deixando **a gente escolher**, o que gostam mais, deixando **as pessoas trabalharem naquilo** que elas se sentem mais **competentes, motivadas, seguras, e que gostam**. Ela esta organizando os horários **com a gente**, fazemos reuniões para organizar o acolhimento [...] (P10)*

*Somos aqui **uma equipe**, fazemos reunião todas as semanas e a gente **tem espaço para discutir** um com o outro[...] e com a **gerencia o que precisa mudar**. No início era assim [...]. E ai, **fomos reformulando** o nosso processo de trabalho[...].(P17)*

*Aqui a **gerencia foi fundamental**, promoveu reuniões, nos temos **espaço para conversar e discutir**, - o que for preciso mudar e melhorar o processo de trabalho aqui. Temos muito **liberdade de conversar** a equipe **toda é muito aberta** [...].( P3)*

Vale destacar que o modelo de gestão utilizado pela Secretaria de Saúde do município de Belo Horizonte, tem como principal foco a gestão participativa - “implantar Colegiados Gestores em todas as Unidades de Saúde, como uma das estratégias para a participação efetiva dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços [...] constituição de espaços coletivos propiciando a discussão [...] a inclusão dos diversos pensamentos” (Brasil,2006 b, p. 12). Para Campos (1998), este modelo de gestão, a co-gestão, permite e estimula os profissionais a ampliar sua capacidade de reflexão, adesão e participação, além de aumentar sua realização profissional e pessoal.

A reorganização do processo de trabalho do acolhimento nos CRR foi construída e pactuada visando manter um horário integral de acolhimento, sem intervalo de almoço, por meio de escalas de horários em rodízios dos profissionais. Esta configuração foi pontuada como um elemento facilitador do acolhimento:

*Eu acho que **melhorou muito**, eu falei do tempo ser integral, o acolhimento **ocorrer o dia todo**, [...] antes tinha um horário para abrir o acolhimento e outro para terminar, e não tinha ninguém para vir depois de mim, então dava cinco pacientes eu ficava **preocupada de dar meio dia**. Eu já pedi **desculpas** ao paciente, **olha eu vou fazer um pouco mais rápido** seu acolhimento porque estou indo para meu horário de almoço. **Hoje eu sei que não precisa correr muito, tem outra pessoa que pode continuar** [...].( P12)*

*[...] o acolhimento **na hora do almoço** [...] às vezes, nem é o paciente que comparece, é um parente que vem marcar, então é muito comum, estão **todos com pressa**, tem que aproveitar a hora do almoço e **voltar para trabalhar** [...].( P9)*

Neste contexto, observa-se o movimento dos CRR em direção a implementação do cuidado centrado no usuário. O que pode ser evidenciado nas observações destacadas pelos usuários dos CRR:

*Para mim aqui sempre foi muito bom, no balcão **me orientaram direitinho**, só pediu para aguardar um pouquinho. Fui bem atendida, **fui informada**. Não foi difícil não, eu cheguei mais de 10 horas, no **horário do almoço a moça saiu**. Eu fiquei **preocupada, e perguntei se precisava esperar** a moça voltar do almoço para ser atendida, **ela disse não, fulana vai atender**. Tinha **gente na minha frente, é normal** todo lugar a gente espera mesmo. [U 2]*

*Aqui todos foram **simpáticos, informaram tudo direitinho**, foram muito gentis comigo. Eu espera encontrar mais dificuldade, **fui bem atendida e encaminhada**. Até falei para o meu marido, quando sai de manhã para vir aqui, e o trânsito estava ruim, lá pelas cinco horas da tarde, seis ou sete horas chego em casa. Normalmente demora muito, tem sempre muita gente. A gente tem que ser gentil, primeiramente **cuidar de mim...**(U26).*

Da perspectiva dos usuários e dos profissionais, importantes sujeitos sociais na construção da rede SUS, constata-se que o cuidado está sendo absorvido nas práticas cotidianas do acolhimento nos CRR pela forma de sua organização, nas informações prontamente prestadas, nos atos de gentileza, o que representa um grande passo no caminho da humanização do SUS. Para Boff (2009, p. 8) o cuidado “representa uma relação amorosa e não agressiva para com o outro; seja uma pessoa humana [...] nasce do envolvimento como outro e com a preocupação pela sua vida e destino.”

Considerando a apropriação do cuidado no ato de acolher, vale ressaltar também a preocupação dos profissionais, quando relacionam como elementos dificultadores do acolhimento à ausência de espaço adequado para executá-lo:

***Eu acho sala é inadequada**, a sala é separada, mas a acústica ruim, tem hora que os **outros escutam coisas** do paciente [...] que eu ficaria constrangida de falar isto e outras pessoas ouvirem [...]*

*Eu fiz uma vez o **acolhimento de uma senhora** com incontinência urinária, e outras pessoas **puderam escutar**, achei que **ela ficou constrangida** [...]. É tudo muito próximo [...]*

Os achados do presente estudo vão ao encontro dos trabalhos desenvolvidos por vários estudiosos do tema, que ressaltam a ausência de um espaço apropriado para o acolhimento como fator dificultador do trabalho da equipe no acolhimento ao diminuir sua potencialidade

(Matumoto et al., 2009; Pina et al., 2009; Coelho, Jorge, 2009; Nery et al., 2009; Freire et al., 2008; Fracoli, Zoboli, 2004).

Nas falas dos profissionais também pode ser identificado a “arte da alteridade, isto é o deslocamento do ‘eu’ em direção ao ‘outro’”, discutido por Cotta et al. (2007, p. 282), como ponto chave do cuidado em saúde visando superar as práticas tradicionais dos serviços de saúde.

Realizar o acolhimento e ter que produzir ao mesmo tempo procedimentos estatísticos, informatizados, por meio do uso do computador, foi apontado pelos profissionais como um elemento dificultador do acolhimento:

*Também tem o **problema da informatização** na sala ao **mesmo tempo do acolhimento**, como posso fazer isto **sem interferir na relação**, tenho que pelo **menos olhar** para ele, escutá-lo[...]. Além do mais, não faço apenas **um acolhimento**, tem muitos outros usuários aguardando. (P14)*

*Eu acho que **o foco**, quando a gente esta, [...] **vendo ele**, a reação dele, está **focado** nele, quando **você esta virado para o computador**, de lado para o paciente, digitando no computador para mim muda tudo. (P5)*

Não obstante, a lógica da assistência do serviço de saúde ainda centra-se no ato prescritivo de produzir procedimentos (consultas, exames, medicamentos, entre outros) e quantificá-los, contudo, neste sentido pode-se estar desconsiderando os demais determinantes do processo saúde-doença e a subjetividade dos usuários que procuram os serviços, limitando o seu projeto terapêutico (Matumoto et al., 2005).

Assim, destaca-se que o acolhimento, tal como expresso nas falas dos profissionais da reabilitação deixa de ser apenas uma boa recepção ou uma triagem para ser uma expressão de compromisso e responsabilização, que além da comunicação verbal, busca reconhecer no olhar, no gesto que ao voltar-se para a presença do outro pode encontrar sua subjetividade.

Para Ayres (2004, p. 86) o cuidar é apreendido “quando o sentido de intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação

mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre a finalidade e meios [...]” e o seu sentido para o usuário do serviço, que só pode ser realizado numa relação simétrica, horizontalizada, olho a olho com os profissionais de saúde, que ali estão.

Marciel-Lima (2004) em estudo, denominado “Acolhimento solidário ou atropelamento?” no qual foram informatizados os consultórios para quantificar o acolhimento, destacou que os profissionais pesquisados apontaram que este procedimento burocratizou o atendimento, interferiu no estabelecimento de uma relação satisfatória entre eles e o paciente, e, dificultou o olhar e a escuta ampliada, implicando na queda da qualidade do atendimento prestado. No plano virtual as listas de espera foram mantidas, mas organizadas.

Não obstante, os profissionais dos CRR não negaram esta ferramenta, mas qualificaram-na:

*“Tem a expectativa do prontuário eletrônico, mas será que terão informações importantes? Como foi a evolução dele durante o processo terapêutico em cada local. Por exemplo, ele faz tratamento em [...], **mas como foi sua evolução?**[...]. Minha dúvida é - será que vai ter história do usuário, não sabemos como vai ser isto”.*

*Se a gente tivesse **este histórico** do paciente em **rede**, seria **uma boa ferramenta para gente trabalhar**. Isto ai é **uma coisa que a gente sonha** [...], que todo serviço fosse **prontuário informatizado** [...] e que a gente **começasse a acompanhar o usuário do SUS desde a rede básica**, até ele passar no secundário e ele vindo para cá, ai você **teria uma noção da historia dele** [...] (P14)*

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o trabalho transdisciplinar atravessa as várias práticas dos profissionais e diferentes serviços e centra-se no ser humano de modo integral, no sentido de vê-lo como um todo e não somente dividido em partes. A prática fragmentada na saúde tem gerado a desmotivação do profissional, pois seu trabalho fica restrito a uma pequena parcela do processo terapêutico do usuário, não conseguindo ter uma dimensão do resultado global de seu estado de saúde.

Neste contexto, propõe o prontuário unificado e transdisciplinar na saúde, que pode estimular e fortalecer o trabalho em equipe pelo diálogo, troca de conhecimentos e grupalidade nas

elaborações coletivas. Além disto, estimularia o profissional para a construção do trabalho centrado no usuário, fortalecendo sua autonomia (Brasil, 2004). O reconhecimento que o usuário detém o poder sobre suas escolhas, e deve ser sujeito na definição das finalidades e meios para o trabalho em saúde para Ayres (2004) constitui em uma nova interface - dialógica entre profissionais e usuários, com enorme potencial para a reconstrução das práticas de saúde.

### **Considerações finais**

No Brasil, historicamente os serviços de reabilitação, se concentraram em regiões economicamente mais favorecidas, com exclusão das camadas mais pobres da população. A mudança no perfil epidemiológico e demográfico tem ampliado de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação, colocando em evidencia sua capacidade, seu acesso e sua resolubilidade às demandas da população brasileira. Nesta perspectiva, os CRR assumiram a responsabilidade por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial.

O acesso aos serviços de saúde está relacionado a diferentes fatores, que podem ser analisados sob a perspectiva geográfica, econômica e funcional. No acolhimento, contudo o acesso adquire um caráter qualitativo, quando admite uma postura das equipes multiprofissionais, pautada na ética e no compromisso com a vida para mudar a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, garantindo a universalidade, integralidade e equidade na assistência, além de buscar a resolubilidade aos problemas e necessidade de saúde dos usuários e/comunidades.

Os CRR do município de BH se reestruturaram para ampliar seu acesso a população, por meio do acolhimento. Assim, foram ampliados os horários de recepção dos usuários e organizadas as escalas das equipes multiprofissionais para acolher, durante o dia todo, sem interrupção. Neste contexto, visando dar prosseguimento a linha de cuidado ao usuário que busca reabilitação, os profissionais passam a considerar como critérios, além do acesso geográfico e econômico, o funcional, ou seja, por meio de protocolos orientadores definem o risco de comprometimento funcional e da qualidade de vida do usuário relacionados aos problemas

por ele enfrentados. Assim, podem priorizar e encaminhar, conforme tipo, complexidade e qualidade de serviços prestados para a reabilitação.

Os CRR se localizam em região central do município de BH. Para os usuários o acesso geográfico está intrinsecamente relacionado ao econômico e tem gerado ônus financeiros, difícil de ser arcado pela estrutura familiar ou pelo próprio usuário, que associado as suas condições de saúde e o conhecimento que o processo de reabilitação demandará um período longo de tratamento, tornam-se elementos dificultadores do acolhimento. Já na perspectiva dos profissionais de saúde, o excesso de demanda e a falta de serviços complexos e qualificados localizados em regiões mais distantes dos atuais CRR foram apresentados como elementos dificultadores para dar continuidade à linha de cuidado da reabilitação.

Ainda se observa, apesar da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ter formalizado a NBR 9050/94 para garantir a acessibilidades as pessoas com deficiência nas edificações públicas, há dificuldades nos serviços de saúde do SUS, pela ausência de corrimões, rampas e banheiros adaptados.

Nos CRR a partir do acolhimento as equipes se mobilizaram para as reflexões e mudanças em suas práticas, aumentando sua governabilidade e o trabalho interdisciplinar. Contudo, em relação às redes do SUS existem muitos elementos dificultadores desde a atenção primária, a média de alta complexidade. Ele se relacionam tanto com a ausência de um fluxo organizado para o encaminhamento, quanto a insuficiência de definições e/ou conhecimentos das atribuições específicas e possibilidades de cada unidade ou serviço de referencia da rede – desde o NASF, Centros de especialidades médicas e de exames, Centros de Referência a Saúde do Trabalhador, além de serviços especializados para projetos grupos humanos em condições crônicas. Todos estes dificultadores têm consequências negativas para os usuários da reabilitação, que acabam por peregrinar na rede SUS, complicando seu estado de saúde.

Neste sentido, uma revisão e reestruturação dos fluxos e atribuições dos equipamentos de saúde relacionados, associado à mudança de concepção de acolhimento, entendendo-o como uma rede de conversação, que tem o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço para oferecer ao usuário amplas possibilidades de transito e buscar o entendimento e a

negociação permanente para formular sua trajetória pela rede do SUS, no qual ele é o sujeito (usuário-centrado), torna-se fundamental.

No processo de construção do acolhimento nos CRR os profissionais apontaram a gestão participativa como um elemento facilitador, salientando também que se deve respeitar a história e especificidade de cada CRR. Estes achados reafirmam que, o acolhimento assinala a constante indissociabilidade entre a atenção a saúde e a gestão do trabalho, conforme proposto pela PNH.

Desde a perspectiva do usuário e dos profissionais, constatou-se que a dimensão do cuidado vem sendo absorvida nas práticas cotidianas do acolhimento nos CRR, tanto pelo seu funcionamento em horário integral, como pelas informações prontamente prestadas, além da capacidade de escuta e postura compassiva dos profissionais que realizam o acolhimento.

As preocupações apontadas pelos profissionais, como espaço físico inadequado para realização do acolhimento, atenção centrada no procedimento e não no usuário, sobrecarga de trabalho no momento do acolhimento - como ter que informatizar os dados coletados ao mesmo tempo em que se faz o acolhimento, tudo isto associado ao excesso de demanda e a necessidade de um prontuário unificado e transdisciplinar, pode-se inferir que o acolhimento do CRR passa por importantes mudanças, deixando de ser apenas uma boa recepção e/ou triagem, para transformar-se em uma expressão de compromisso e busca de uma prática solidária e resolutiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p.233-242, 1996.

ALMEIDA, M.C. **Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência**: políticas e modelos assistenciais. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo. 2000.

\_\_\_\_\_; CAMPOS, G.W.S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**; v.13, n.3, p. 118-126, 2002.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.13, supl.1, p.581-594, 2009.

ANANIAS, P. Prefácio. In: CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998, p. 7-8.

ANDRADE, G.E.I.; DIAS FILHO, P.P.S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L.VC.; FLEURY, S. (Orgs.) **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p.160-172

ARAÚJO, S.S.C; FREIRE, D.B.L; PADILHA, D.M.P.; BALDISSEROTTO, J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.10, n. 19, p. 203- 216, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, LDA., 2009.

BELO HORIZONTE. Prefeitura de Belo Horizonte, Gerencia de Planejamento e Desenvolvimento. **O Plano Municipal de Belo Horizonte: 2005-2006**. Secretaria Municipal de Saúde. Gerencia, 2005. 158p.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Belo Horizonte. Portal PBH. **Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte -Regionais**. Disponível em <http://portalpbh.pbh.bov.br/pbh/ecp/contents.do?evento>. Acessado em 06/11/2010.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Belo Horizonte. **SUS-BH: Cidade Saudável**. Plano Macro-estratégico. Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte 2009-2012. Documento inicial para discussão com as Gerências e Equipes do SUS- BH. Junho de 2009 a.

BOFF, L. **Princípio de compaixão & cuidado: o encontro entre o ocidente e oriente**. 4º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria e estabelece critérios para o credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2006 c. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: DF, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Boas práticas de Humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde: Humaniza SUS/Belo Horizonte**. Esplanada dos Ministérios. Brasília: DF; 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico / Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **A realidade do país aos 60 anos de Declaração Universal**. Brasília: SEDH, 2008b.

CAMPOS, C.R. A produção da cidadania: construindo o SUS em Belo Horizonte. In: \_\_\_\_\_; MALTA, D.C.; REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; MERHY, E.E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público**. S P: Xamã, 1998, p.11-49.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.4, p. 863-870, 1998.

\_\_\_\_\_, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: E.Hucitec, 2003.

CARDOSO, L.G.R.A. **Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro**. 2004. 121f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2004.

CASTRO, S.S.; LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C; CESAR, C.L. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoa com deficiência. **Rev Saúde Pública**; v.45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CECÍLIO, L.C O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO, R.; MATTOS,R.A. (organizadores). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. R.J.CEPESC/UERJ, IMS; ABRASCO, 2006, p.113-127.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1523-1531, 2009.

CORDEIRO, H. Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.2, p.343-362, 2004.

COTTA, R.M.M. et al. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.278-286. 2007.

\_\_\_\_\_; MENDES, F.F; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV- CEBES, 1998.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.10, n.14, p. 817-828.

ESMERALDO, R. et al. Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário. **REV APS**; v,12, n.2, p.112-130, 2009.

ESPERANÇA, A.D.; CAVALCANTE, B.R.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais. **REME. Ver. Min. Enf.**; v.10, n. 1, p. 30-36, 2006.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. In: Ipea. **Planejamento e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1990: IPEA. n.3, p.139-162.

FLEURY, S. A questão da democracia na saúde. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.25-41.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p 143-151, 2004.

FRANCO T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FREIRE, L. A. M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **REME- Rev. Min. Enferm**, v. 12, n.2, p. 271-277, 2008.

GOMES, K. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n.4. p. 744-755. 2009.

GOMES, M.C.; PINTO, A. PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18,n.2, p.189-198, 2009.

HENNINGTON, E.A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.1, p.256-265, 2005.

LEITE, J.C.A; MAIA,C.C.A.; SENA, R.R.. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 52, n. 2, p. 161-168, 1999.

LIMA, M. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta paul. Enferm.**, v.20, n.1, p. 12-17, 2007.

LIMA, M.L.L.T.; DESLANDES, S.F.; SOUZA, E.R.; BARREIRA, A.K. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violências: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009.

LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, B.H.; RABUSKE, M.M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 (supl.1), p.1463-72, 2009.

LUDKE, M; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.

MACHADO NP; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev Bras Fisioter, São Carlos**, v. 12, n.5,p. 401- 408, 2008.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e o paciente face a tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, n. 2, p. 502-511, 2004.

MAIOR, I. L. Reabilitação baseada na comunidade: uma proposta viável para o Brasil. **Acta Fisiátrica**, v. 3, n. 2, p. 7-8, 1996.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. Tese [Doutora em Saúde Coletiva] - Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP São Paulo.2001.

\_\_\_\_\_.; MERHY, E.E. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf.**,v. 8 n.2, p 259-267, 2004.

MANGIA, E. F.; SOUZA, D. C.; MATTOS, M. F. ; HIDALGO, V. C. Acolhimento: uma postura estratégica. **Rev. Ter. Ocup**; n.13, v.1, p.15-21, 2002.

MATUMOTO S. et al. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 17, n. 6, p.1001-1008, 2009.

MATUMOTO, S. et al., Supervisão de equipes no programa de saúde da família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 16, p. 9-24, 2005.

MENDES, E.V. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de cuidado: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, T.A. et

al. **O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998, p.103-120.

\_\_\_\_\_. O SUS e um dos seus Dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-141.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno Saúde Pública**; v.9, n.3, p. 239-262, 1993.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9º. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 408 p.

\_\_\_\_\_.; DESLANDES, S.F. (orgs.). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para a redução de Acidentes e Violência.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP** , v. 43, n. 2, p. 357-363, 2009.

NERY, S. et al. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). **Ciênc.& saúde coletiva**, v. 14, supl.1, p. 1411-1419, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da familiar de São Carlos. SP. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**; v 12, n.27, p. 749-762, 2008.

PAGILUCA, L.M.F.; ARAGÃO, A.E. A.; ALMEIDA, P. C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospital de Sobrá, Ceará. **Rev. Esc. Enferm.USP** ,v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007.

PINA,J. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta de Enfermagem**, v. 22, n.2, p.142-148, 2009.

PINAFO, E. LIMA, J.V.C; BADUY, R.S. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, 2008.

PINHEIRO, R. ; MATTOS R.A. Praticas eficazes x Modelos Ideais. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS R.A (Organizadores). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPES/UERJ, IMS:ABRASCO, p. 7-34. 2005.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio grande do Sul. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 27-34, 2003.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**; v. 58, n.3, p. 305-310, 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, A. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. **Espaço. Saúde (Online)**, v. 8, n 1, p. 7-12, 2006.

SENA, R. et al. Acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 5, n. 2, p. 51-57, 2000.

SILVA, G.R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n.2, p. 15-21, 1995.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista APS*, v.11, n.1, p.74-84, 2008.

SILVEIRA, M.F.A. et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 9, n.1, p. 71-78, 2004.

SILVEIRA, M.G.G.; BALDACCI, E. R. Humanização e auto-gestão em uma unidade básica de saúde. **Pediatria (São Paulo)**, v. 28, n. 4, p.226-233, 2006.

SOUZA, E. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, p.100-110, 2008.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma prática de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007, p.89-112.

UNGLERT, C. V.; ROSENBERG, C.P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, v. 21, n.5, p. 439-46, 1987.

VAZ, A.C.A., RIBEIRO, C.L; RODRIGUES, M.A.T.B; VIANA, M.L.M. A implantação de um modelo e gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. **Rev. Min. Saúde Pub.**, v.4, n.6, p.20-30, 2005.

ZAICANER, R. et al. Análise da implantação do protocolo para incorporação de pacientes de grupos prioritários na atenção básica. **Divulg. Saúde Debate**, v 42, p. 90-101, 2008.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por sucessivas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), vem ganhando contornos próprios e relevância em todos os níveis de complexidade do SUS.

Na atenção primária à saúde (APS), o acolhimento visa garantir acesso humanizado e resolubilidade. Assim, de acordo com a revisão de literatura realizada ao ampliar o acesso dos usuários ao SUS na APS, o acolhimento quando associado a presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilitou a autonomia, cidadania e corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disto, tem contribuído para a superação do mito, construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados, e que os serviços de “ponta” estão no setor privado.

Por outro lado, quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço pode perpetuar a exclusão dos usuários e comunidades ao SUS, além de dificultar a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização dos usuários e ou comunidades. Esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde, como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras das UAPS, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS.

Houveram avanços na ampliação do acesso aos serviços da APS e profissionais de saúde mais sensíveis às necessidades dos usuários e comunidades. Contudo, a falta de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, o modelo biomédico hegemônico, a ausência de capacitação, e espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho, têm colocado em xeque a potencialidade desta diretriz na qualificação do SUS.

Já na média e alta complexidade do SUS o acolhimento expandiu-se a partir de programas de Humanização da assistência, ampliados pela PNH, que passou a atingir populações em

contexto de vulnerabilidade, buscando sua acessibilidade e inclusão. Neste contexto, o acolhimento tem transformado o cuidado – de centrado nos procedimentos para centrado no Ser humano que busca sua participação e corresponsabilização na produção da saúde.

Nestes níveis de complexidade do SUS, vale ressaltar que, apesar de ter gerado dificuldades e impasses pelas limitações internas e externas aos serviços, a implementação do acolhimento teve o potencial de mobilização das equipes na construção de um novo modo de produzir saúde, superando o modelo tecnicista e medicalizante. No que se refere ao sujeito que demanda o serviço de saúde (usuário), criou oportunidades para a sua apropriação do seu projeto terapêutico pela ampliação na escuta, cuidado, disponibilidade de informações oportunas, o que vem produzindo a corresponsabilidade e contribuindo para o auxílio na ressignificação do sofrimento e para o exercício da cidadania ativa.

As práticas de atenção a pessoa com deficiência, no Brasil, evoluíram concomitantemente aos movimentos internacionais e nacionais pelo direito e pela inclusão social, de uma visão assistencialista, caritativa e segregadora para uma postura democrática e acolhedora da sociedade. Contudo, o modelo biomédico de formação dos profissionais de saúde influencia nas suas intervenções, consideradas ainda fragmentadas, autoritárias e pouco inclusivas.

Assim, o SUS tem significado um importante avanço na atenção à saúde destas pessoas, quando propõe uma rede integrada e pactuada nas três esferas de gestão e em parcerias interinstitucionais e intersetoriais. Reformulada a cada ano, a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência propõe a criação e o fortalecimento de uma linha de cuidado que possa ser receptiva às demandas dos diferentes usuários, acolhendo-os e produzindo respostas resolutivas e eficazes, desde a atenção primária passando a média e alta complexidade do SUS. A mudança do perfil epidemiológico e demográfico contemporâneo na determinação dos agravos e grupos com deficiência tornou a reabilitação foco da saúde pública, com o aumento das demandas nos Centros de Referência em Reabilitação (CRR), responsáveis por ações da média e alta complexidade do SUS.

Os CRR surgiram e ganharam reconhecimento com o modelo biomédico, como o lugar onde se encontram todas as tecnologias complexas para a reabilitação. Os avanços nas produções tecnológicas e científicas para a reabilitação foram evidenciados, mas o modelo centrado na

bio-patologia, acaba por reduzir as perspectivas de ação ao limitar a visão do usuário e desvalorizar sua autonomia e capacidade de participar e escolher seu projeto terapêutico. Este modelo hegemônico influencia também o usuário, que acaba por se colocar sob a tutela dos serviços e dos seus profissionais, quando se assume sujeito-da-doença, torna-se passivo e dependente.

Desde esta perspectiva, destaca-se a diretriz do acolhimento que vem possibilitando a humanização e a reflexão da práxis terapêutica, facilitando o acesso aos usuários, a autonomização e empoderamento, ampliando a resolubilidade nas ações das equipes.

Nos CRR do município de Belo Horizonte, o modelo biomédico ainda presente nas concepções dos profissionais restringem sua atuação no acolhimento, limitando a participação e autonomizando dos usuários. Neste sentido, aponta-se para a importância de instrumentalizar os profissionais para transformar o modelo hegemônico em intervenções inovadoras pela Educação Permanente e pela criação de espaços de reflexão e debates para enfrentamento dos impasses e limitações dos serviços.

Como achados do presente estudo, para os usuários ficou evidenciado a importância de garantir o acesso compatibilizando critérios geográficos e econômicos, já que a reabilitação demanda tempo prolongado, impossibilitando para a família ou o próprio usuário arcar com gastos com meios de transporte (ônibus, etc). Foi constatado também pelas falas dos usuários, que apesar da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ter formalizado a NBR 9050/94 para garantir a acessibilidades nas edificações públicas, ainda há dificuldades nos serviços de saúde do SUS, pela ausência de corrimões, rampas e banheiros adaptados.

Por outro lado, os profissionais apontaram como dificultadores do acolhimento nos CRR a impossibilidade de se compatibilizar os fatores geográficos, econômicos e funcionais do acesso para dar prosseguimento a linha de cuidado na reabilitação, pelo excesso de demanda e escassez de serviços de reabilitação que possam atender aos casos mais complexos, em caráter interdisciplinar. Evidenciando a necessidade de novos CRR no município de Belo Horizonte; contudo, vale destacar, que mais dois novos CRR já são projetos da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

A partir do acolhimento foi evidenciado que as equipes se mobilizaram para as reflexões e mudanças em suas práticas, aumentando sua governabilidade e o trabalho interdisciplinar. Em relação às redes do SUS existem muitos elementos dificultadores, desde a atenção primária, a média de alta complexidade. Ele se relacionam tanto com a ausência de um fluxo organizado para o encaminhamento, quanto com a insuficiência de definições e/ou conhecimentos das atribuições específicas e possibilidades de cada unidade ou serviço de referencia da rede - NASF; Centros de especialidades médicas e de exames; CERSAT e RENAST; projetos formalizados aos grupos humanos em condições crônicas. Tais dificultadores têm consequências negativas para os usuários da reabilitação, que ficam peregrinando nas unidades, podendo ter se estado de saúde agravado.

Neste sentido, uma revisão e reestruturação dos fluxos e atribuições dos equipamentos de saúde relacionados, associado à mudança de concepção de acolhimento, entendendo-o como uma rede de conversação, que tem o papel de receber, interligar e mover-se por esse espaço para oferecer ao usuário amplas possibilidades de transito e buscar o entendimento e a negociação permanente para formular sua trajetória pela rede do SUS, no qual ele é o sujeito (usuário-centrado), torna-se fundamental. Não obstante, deve-se considerar ainda que as equipes dos NASF foram ampliadas a partir de 2008 e o processo de trabalho ainda esta em construção.

No processo de construção do acolhimento nos CRR os profissionais apontaram a gestão participativa como um elemento facilitador, salientando também que se deve respeitar a história e especificidade de cada CRR. Estes achados reafirmam que, o acolhimento assinala a constante indissociabilidade entre a atenção a saúde e a gestão do trabalho, conforme proposto pela PNH.

Desde a perspectiva do usuário e dos profissionais, constatou-se que a dimensão do cuidado vem sendo absorvida nas práticas cotidianas do acolhimento nos CRR, tanto pelo seu funcionamento em horário integral, como pelas informações prontamente prestadas, além da capacidade de escuta e postura compassiva dos profissionais que realizam o acolhimento. Pelas preocupações apontadas pelos profissionais, como espaço físico inadequado para

realização do acolhimento, atenção centrada no procedimento e não no usuário, sobrecarga de trabalho no momento do acolhimento - como ter que informatizar os dados coletados ao mesmo tempo em que se faz o acolhimento, tudo isto associado ao excesso de demanda e a necessidade de um prontuário unificado e transdisciplinar, pode-se inferir que o acolhimento do CRR passa por importantes mudanças, deixando de ser apenas uma boa recepção e/ou triagem, para transformar-se em uma expressão de compromisso e busca de uma prática solidária e resolutiva.

Vale lembrar que, a implementação do acolhimento, ao mesmo tempo em que, pode gerar dificuldades e impasses, tem o potencial de mobilizar tanto as equipes, quanto os usuários, para que se envolvam e se comprometam com este novo modo de cuidar, por meio de encontros, reuniões para discussões e reflexões, debates e problematização dos obstáculos, superando o modelo tradicional instituído, centrado em soluções meramente técnicas para produções coletivas.

# APÊNDICES

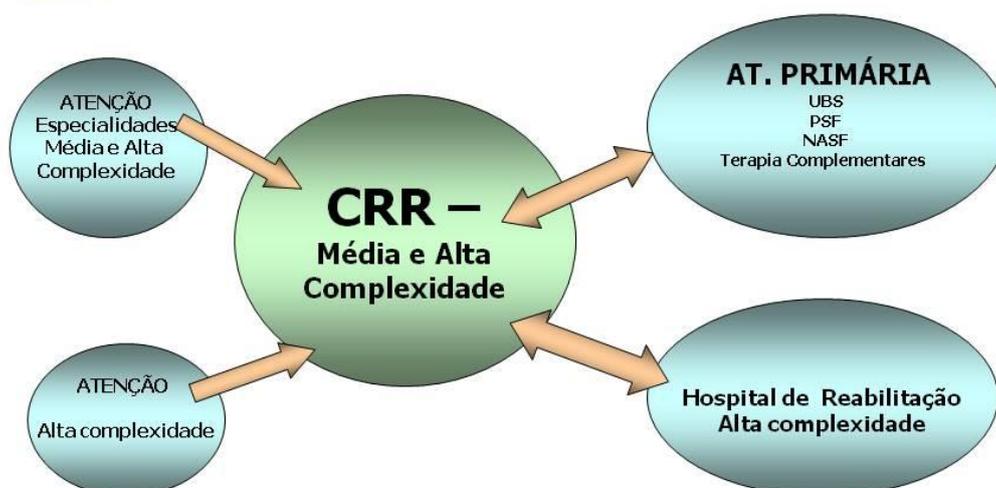
## APÊNDICE A - FLUXOGRAMAS DO ACOLHIMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS\BH

Todos os fluxogramas foram validados pelos respectivos gerentes e/ou coordenações das três unidades pesquisadas, no período de agosto a dezembro de 2010.

ACOLHIMENTO : CCR – Centros de Referência em Reabilitação Rede SUS de Belo Horizonte - MG

**OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE E ANÁLISE DOCUMENTAL**

### CRR – Redes Reabilitação



..

## CRR –



- ÁREAS DE ACOLHIMENTO
- 1- R. Ort. Traum. e Reum.
  - 2- R. Neurolog. Adulto
  - 3- R. Neurolog. Infantil
  - 4- R. Resp. e Cardio.
  - 5- R. Dren. Linf. E Uroginec.
  - 6- Ortese, prótese e Meios aux. Locomoção
  - 7- Reg. Aval. Atenção a saúde auditiva
  - 8 – Reg. Ostomia

## Relação de Serviços conveniadas - Neuropediatria

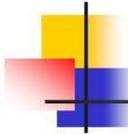
- 1-AGI;
- 2- Amadurecer;
- 3- APAE – Santa Teresa;
- 4- APPI;
- 5-ASPAC;
- 6-Barreiro;
- 7- Dengo Dengo;
- 8- CEF;
- 9- CENAPSI;
- 10- Analítica;
- 11- Fono;
- 12-CPA;
- 13- CPI;
- 14- COM;
- 15- CRIANSER;
- 16- LTP;
- 17- Fundação Dom Bosco – Floresta;
- 18- Fundação Dom Bosco – Madre Gertrudes;
- 19-Espaço Gente;
- 20- INACOP;
- 21- INAPLIC;
- 22- PSICLÍNICA;
- 23- Sintonia;
- 24-Climp;
- 25- São José
- FCMMG – PUC -



## Serviços conveniados – Neurologia adulto

---

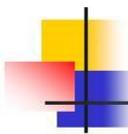
- PUC – Pontifícia Universidade Católica – Campus (Coração Eucarístico)
- FCMMG – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
- HOB – Hospital Odilon Behens
- U. Isabella Hendrix



## Serviços conveniados ortopedia – traumat -reumat

---

- Cura D'ars
- Fernando Laureano
- Fisionorte – Venda Nova e Centro
- Fisiocor
- Fisiodoctor
- SESC
- FCMMG – Faculdade de Ciências Médicas MG
- Hospital Odilon Behrens
- PUC – Pontifícia Universidade Católica MG
- U. Isabela Hendrix
- Fumec



## Serviços conveniados – Drenagem Linf. E Dermat.

---

- Hospital Odilon Behrens
- PUC – Coração Eucarístico
- SESC



## Serviços conveniados – Resp. e Cardiovascular

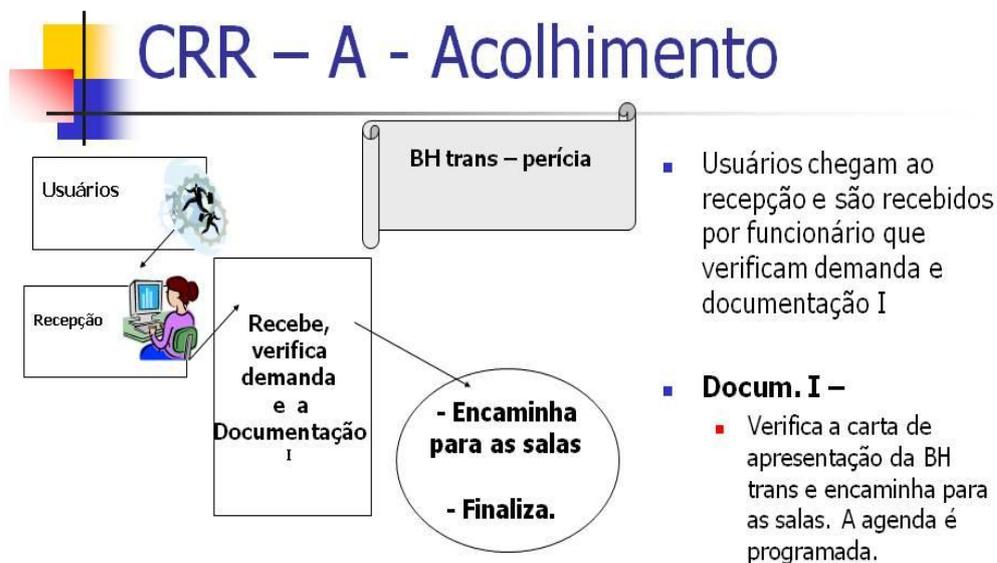
---

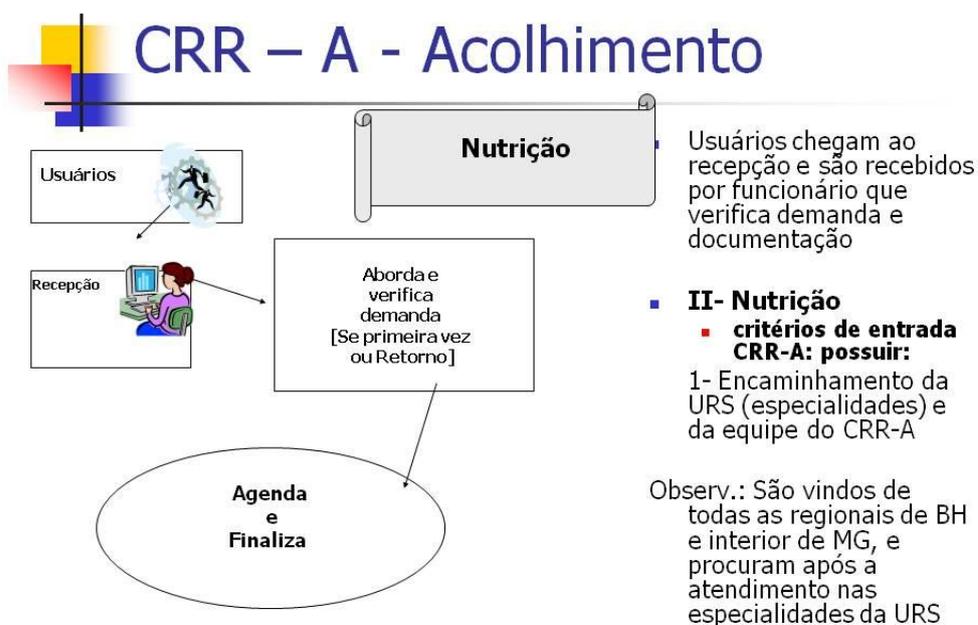
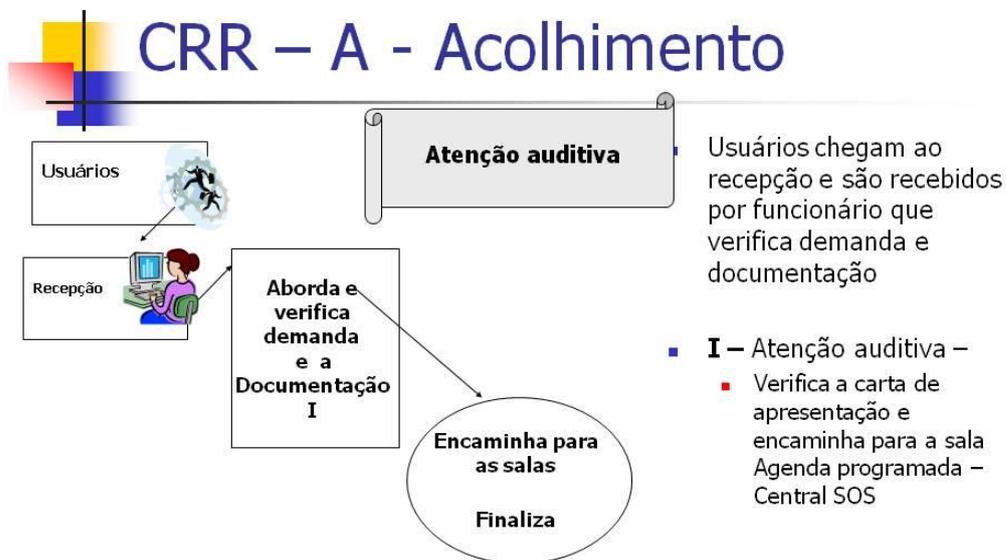
- Hospital Odilon Behrens
- PUC – Coração Eucarístico
- SESC

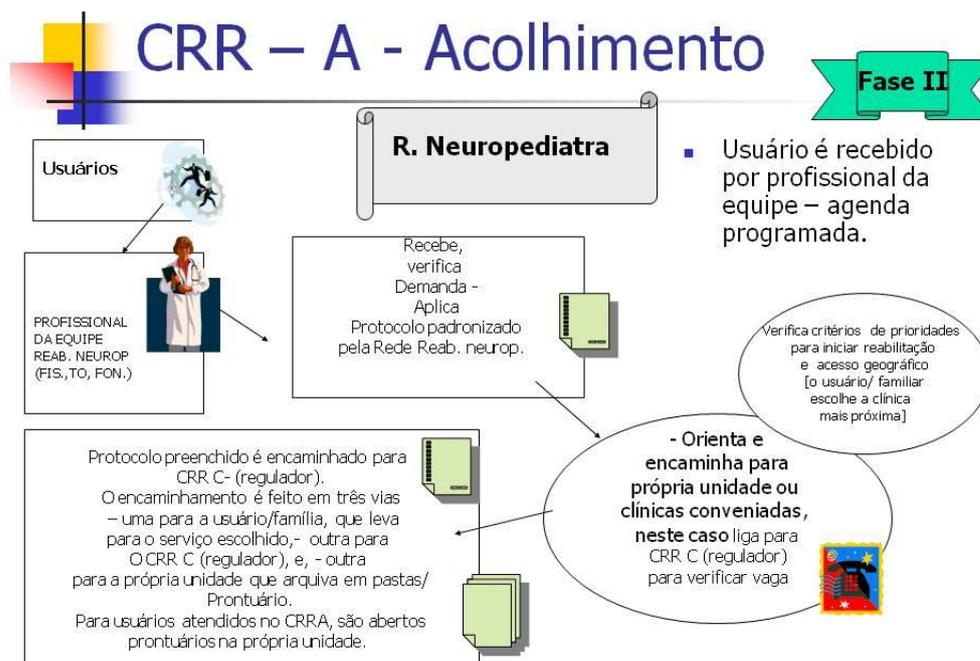
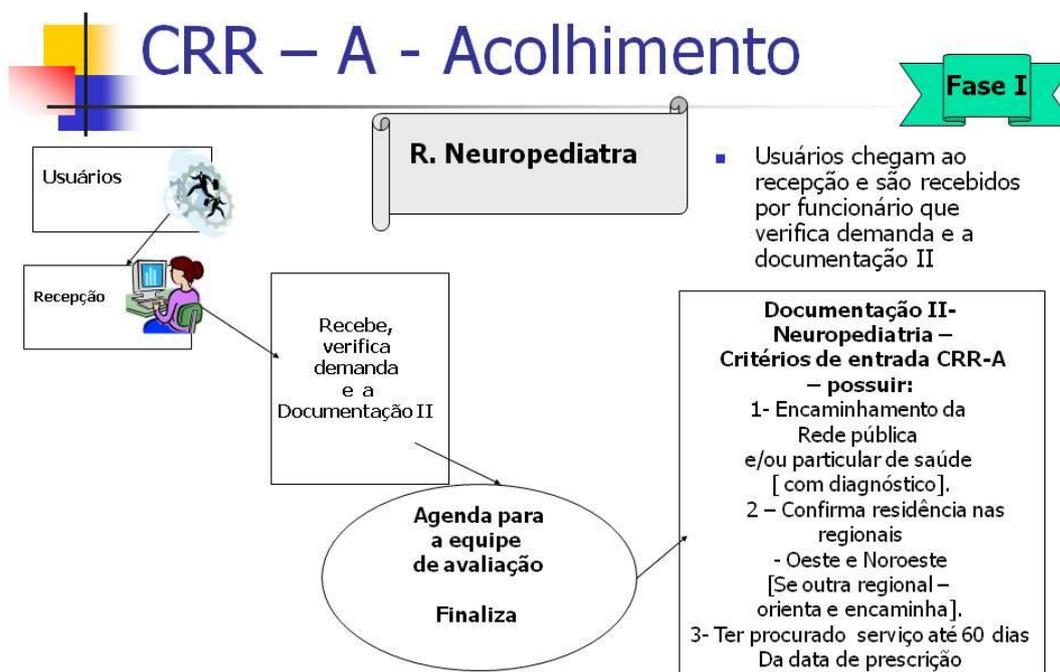
## ACOLHIMENTO : CCR – A Centro de Referência em Reabilitação – A

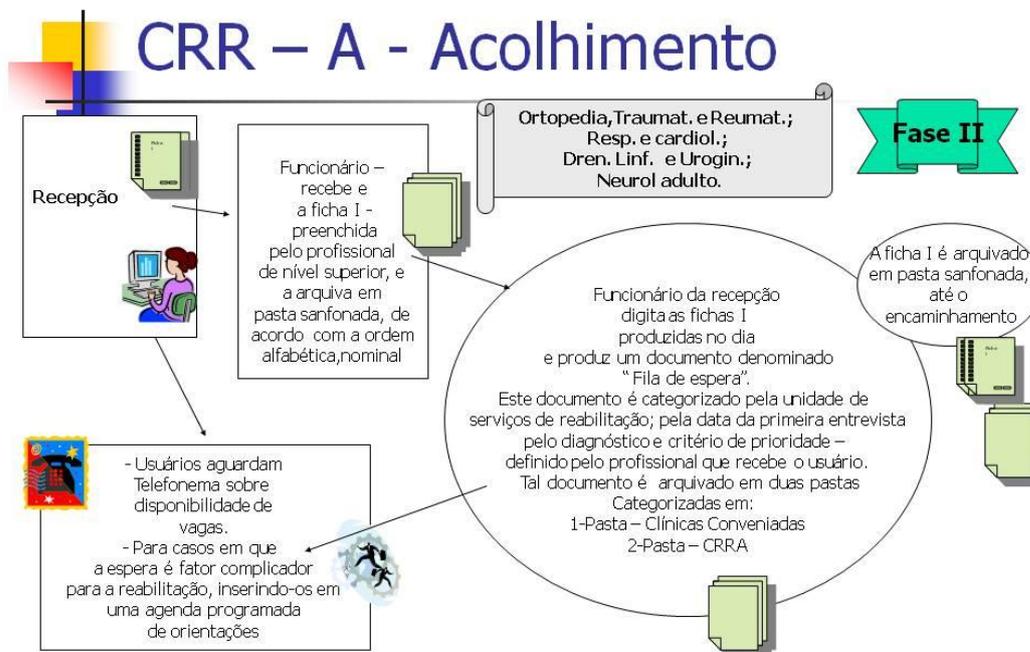
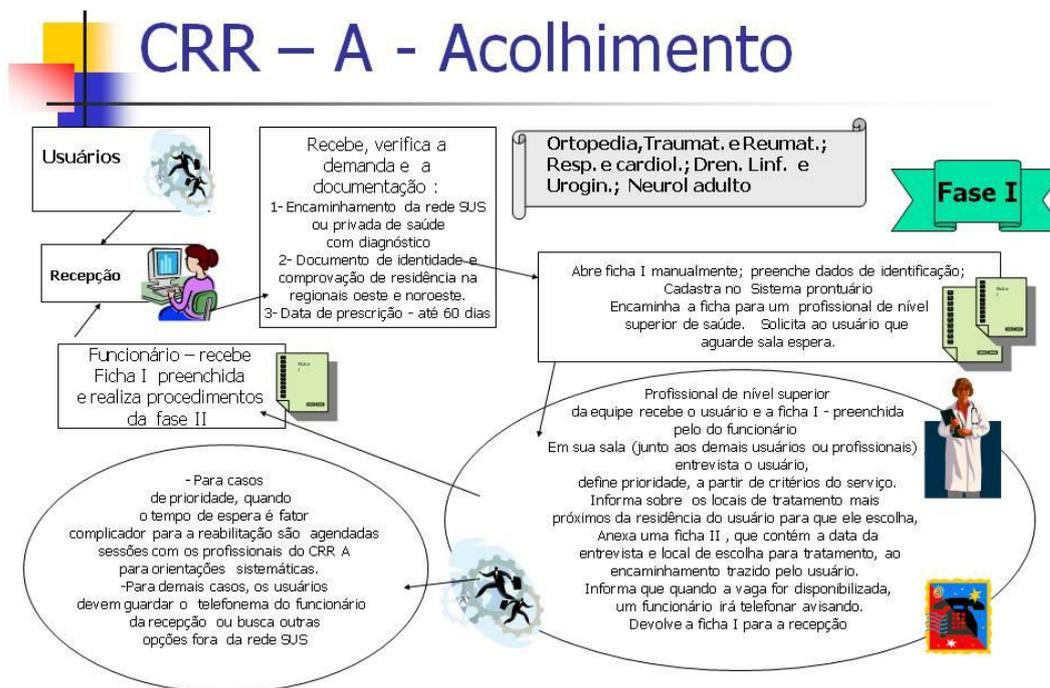
### Observação Participante e Análise documental.

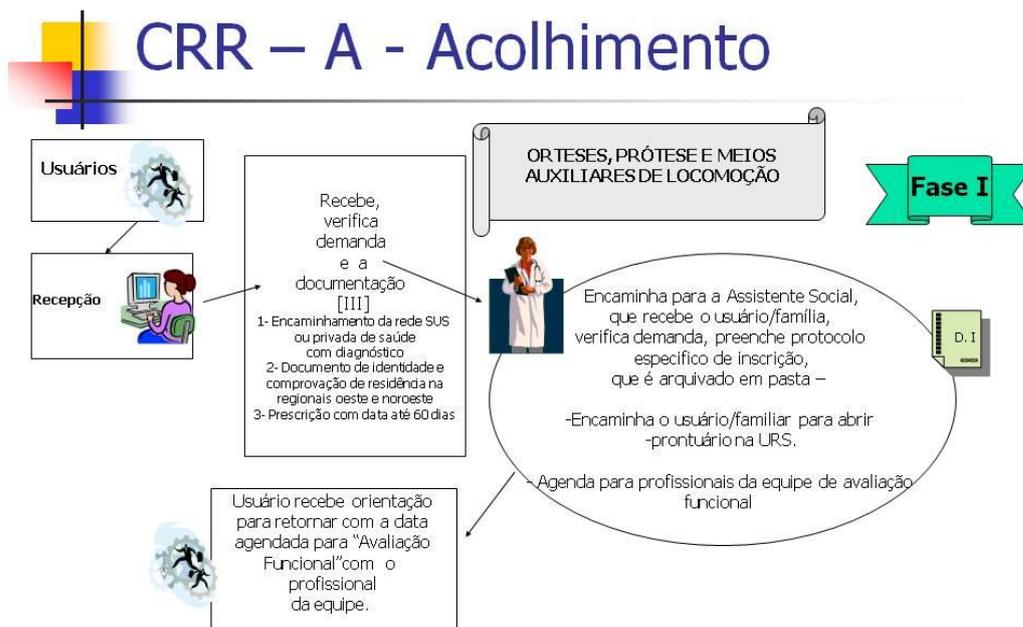
Projeto de Pesquisa: "Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos centros de reabilitação da Rede SUS/BH" –  
Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da UFMG – Sandra Minardi Mitre Relatório Parcial – Observação participante - CCR - A



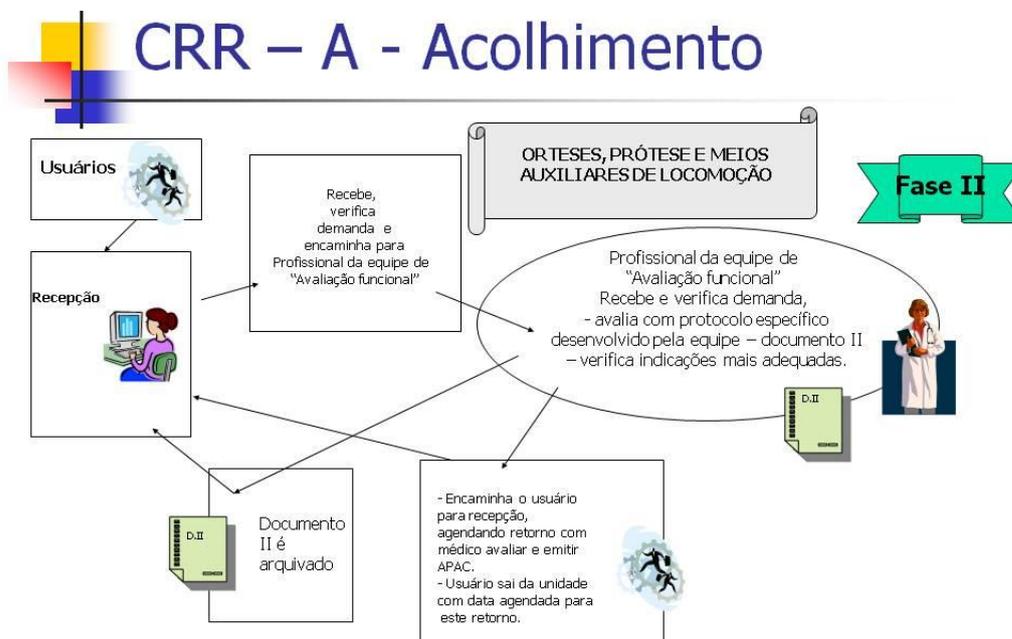




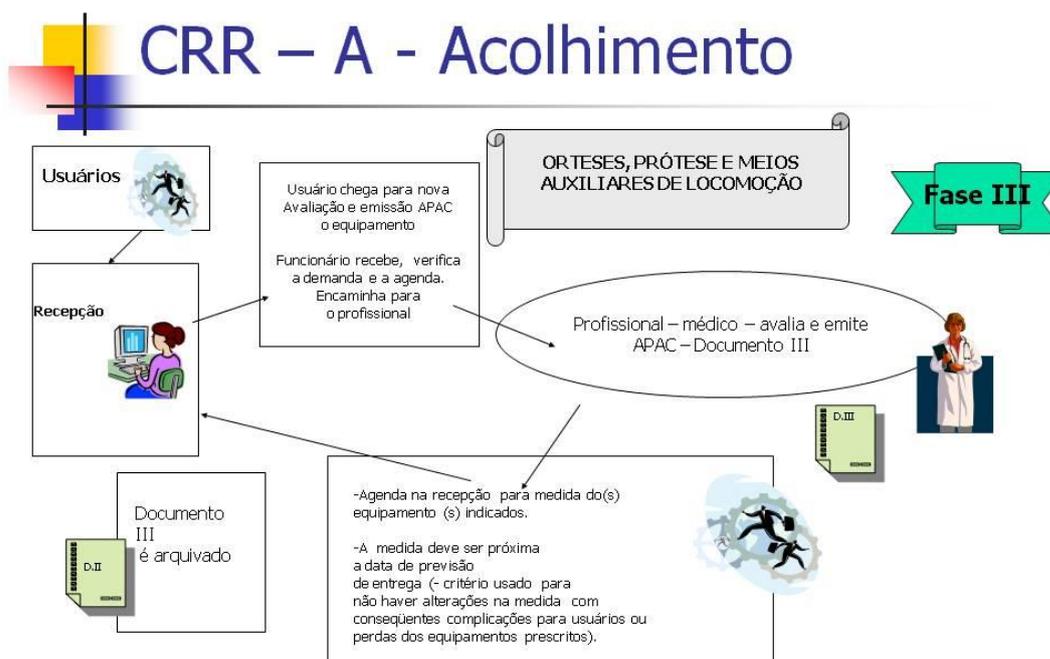




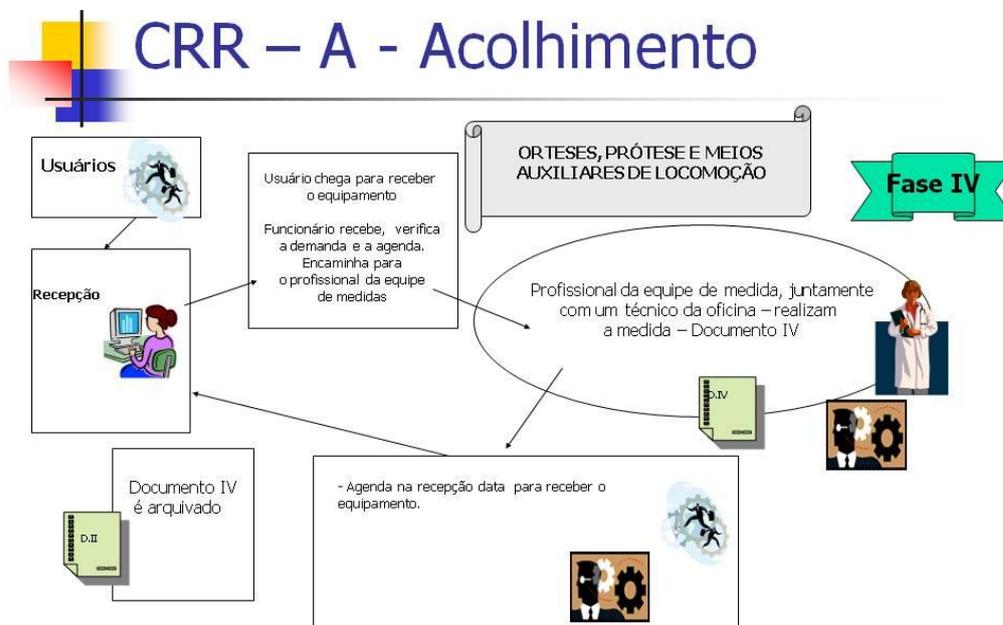
Projeto de Pesquisa: "Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos centros de reabilitação da Rede SUS/BH" – Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da UFMG – Sandra Minardi Mitre. Relatório Parcial – Observação participante - CRR - A



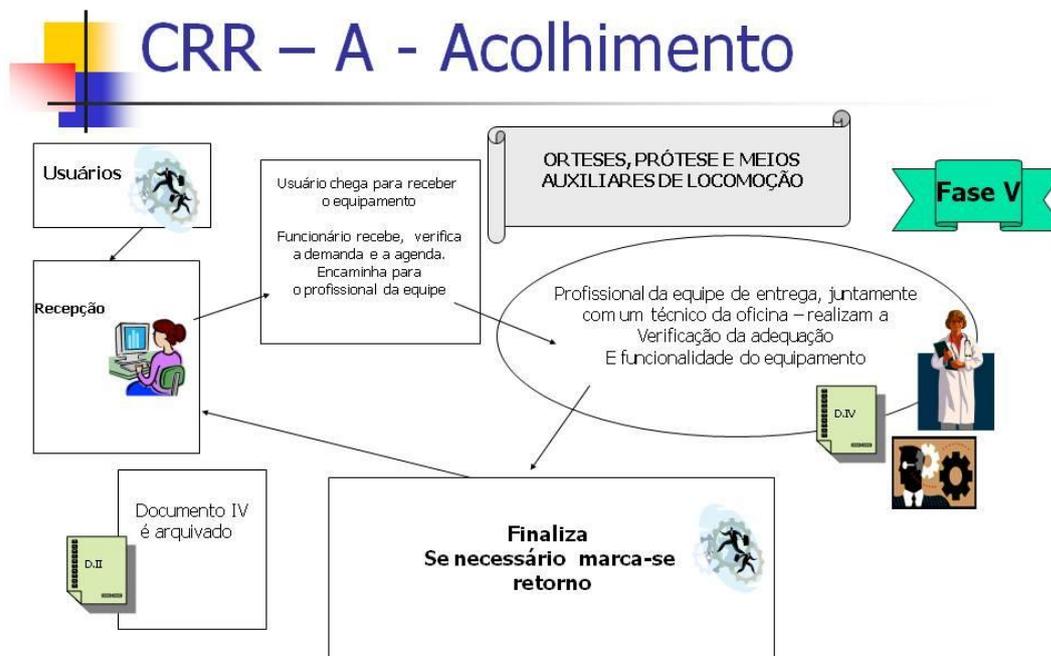
Projeto de Pesquisa: "Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos centros de reabilitação da Rede SUS/BH" – Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da UFMG – Sandra Minardi Mitre. Relatório Parcial – Observação participante - CRR - A



Projeto de Pesquisa: "Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos centros de reabilitação da Rede SUS/BH" – Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da UFMG – Sandra Minardi Mitre Relatório Parcial – Observação participante - CRR - A



Projeto de Pesquisa: "Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos centros de reabilitação da Rede SUS/BH" – Mestrado em Saúde Pública – Faculdade de Medicina da UFMG – Sandra Minardi Mitre Relatório Parcial – Observação participante - CRR - A

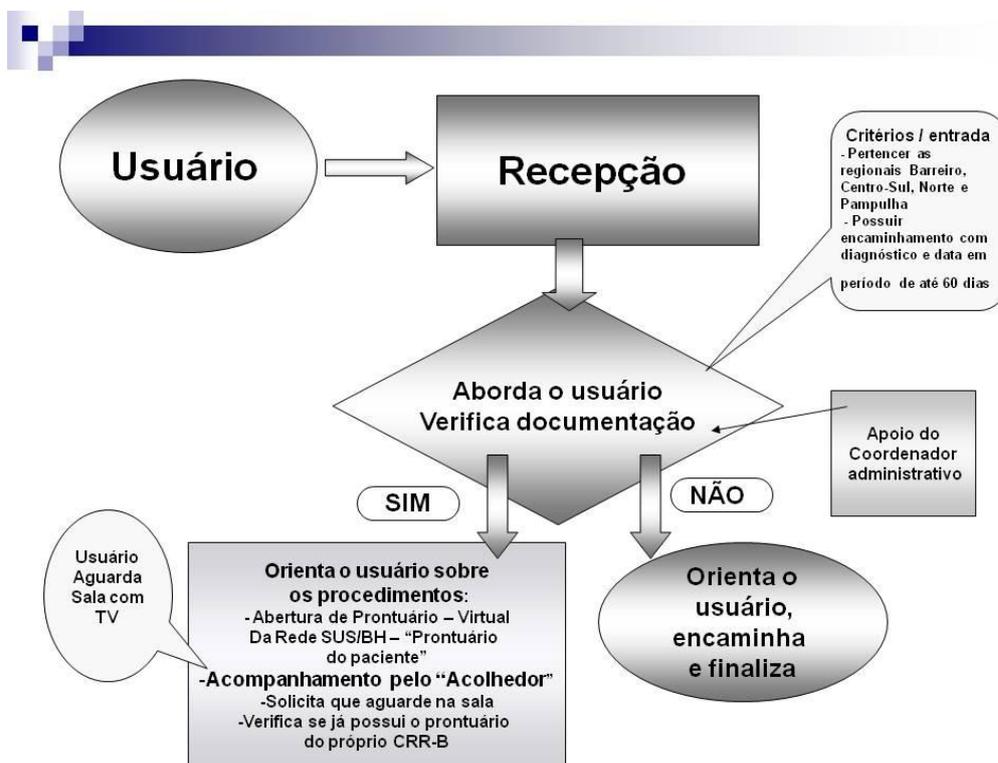


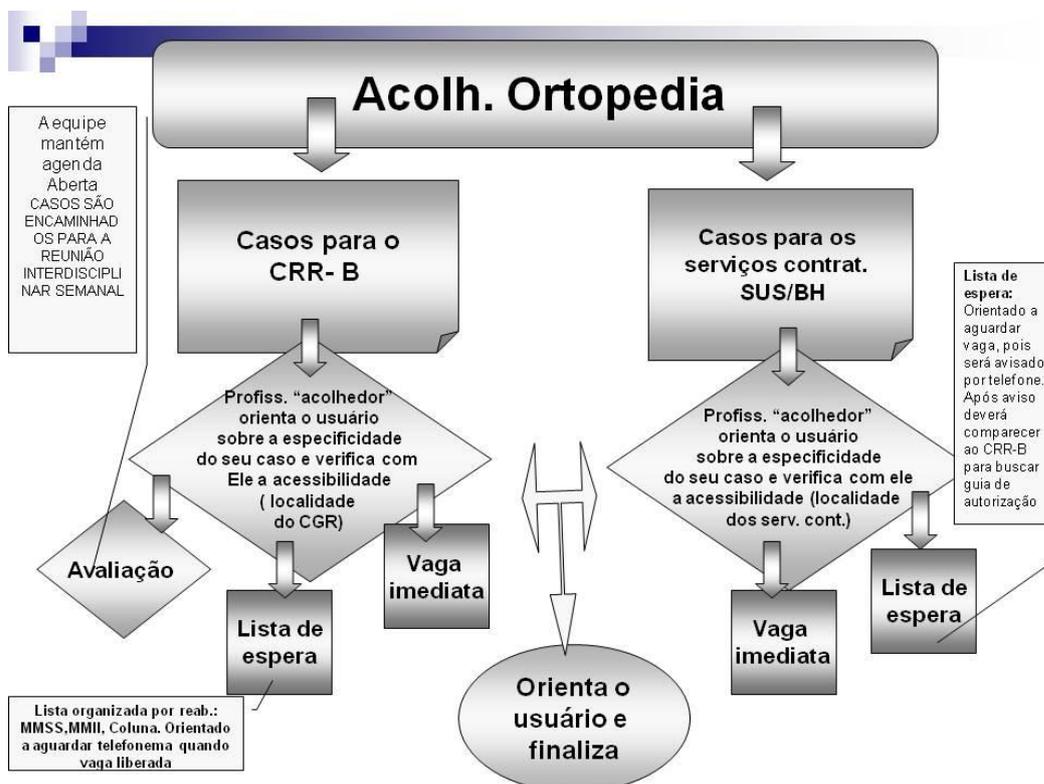
# ACOLHIMENTO CRR-B

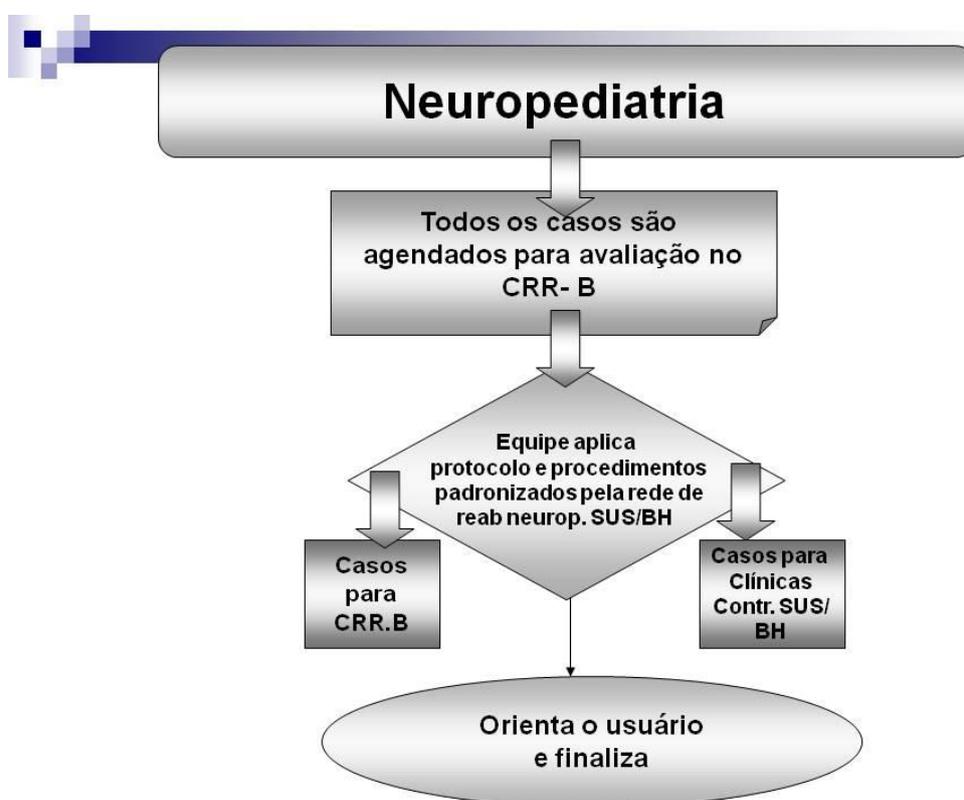
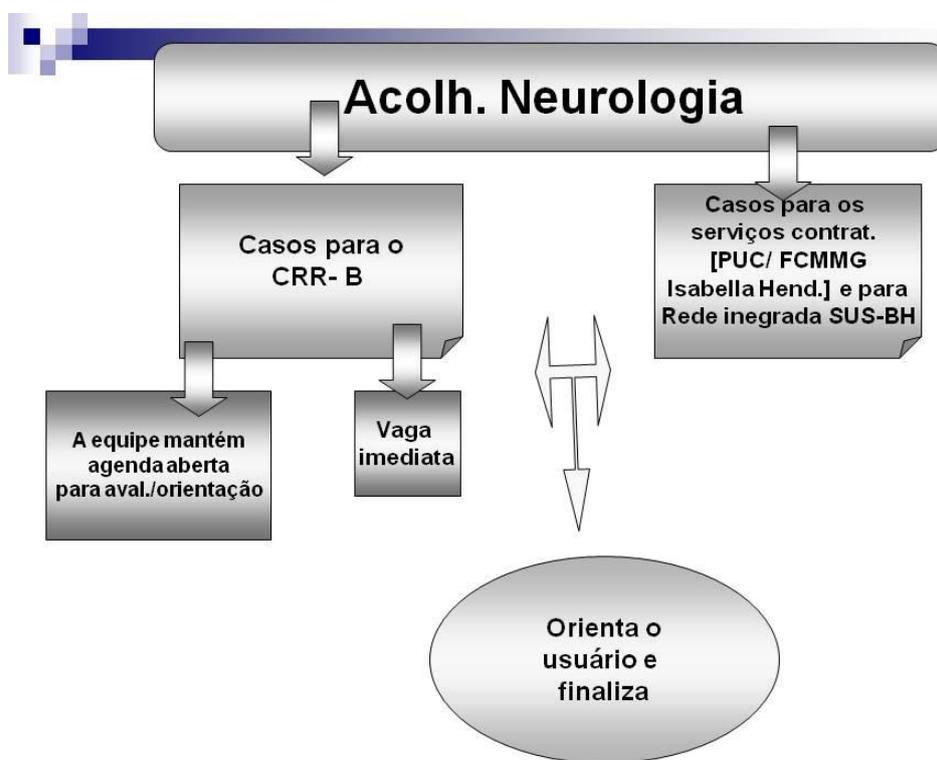
## Centro de Referência em Reabilitação da Rede SUS/ BH

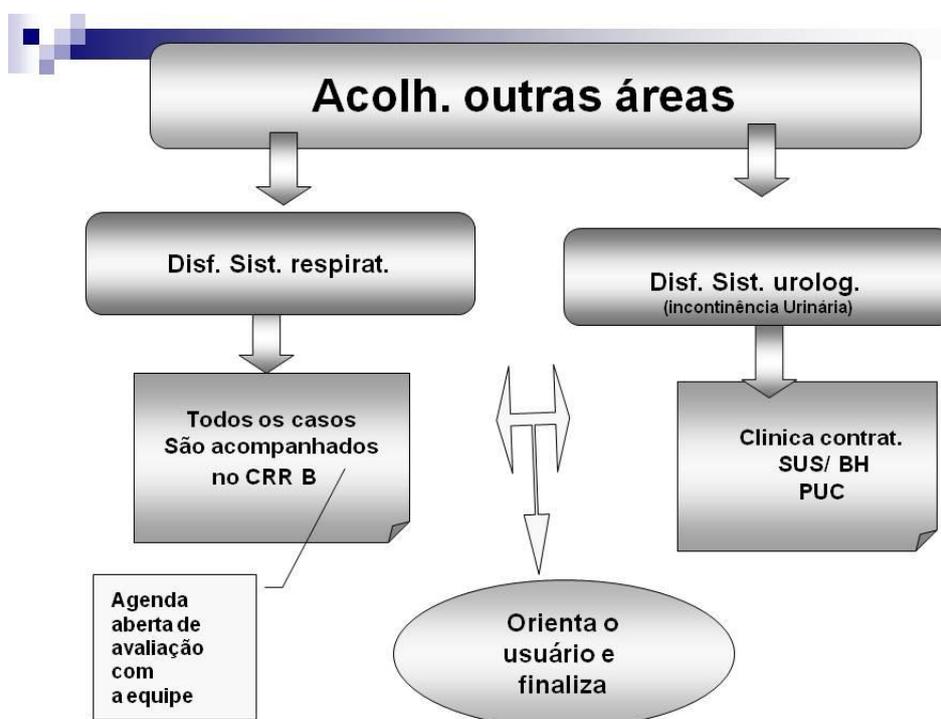
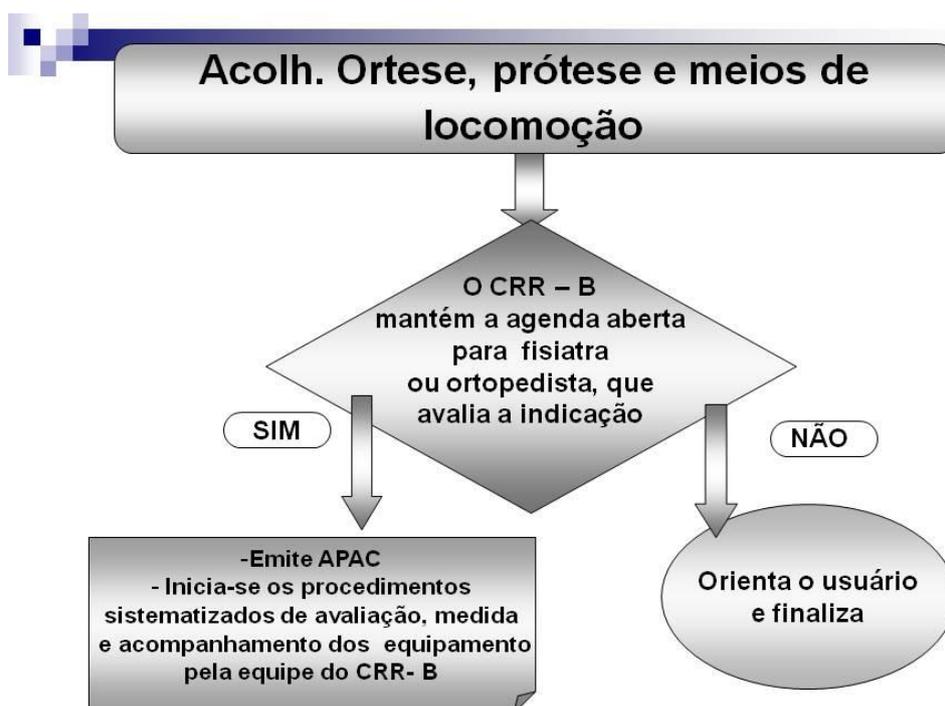
### - Fluxo e Dinâmica

Projeto pesquisa: "Os desafios do acolhimento na Reabilitação : um estudo dos Centros de Referência da Rede SUS/BH"  
Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG – Políticas de Saúde e Planejamento  
Mestranda: Sandra Minardi Mitre









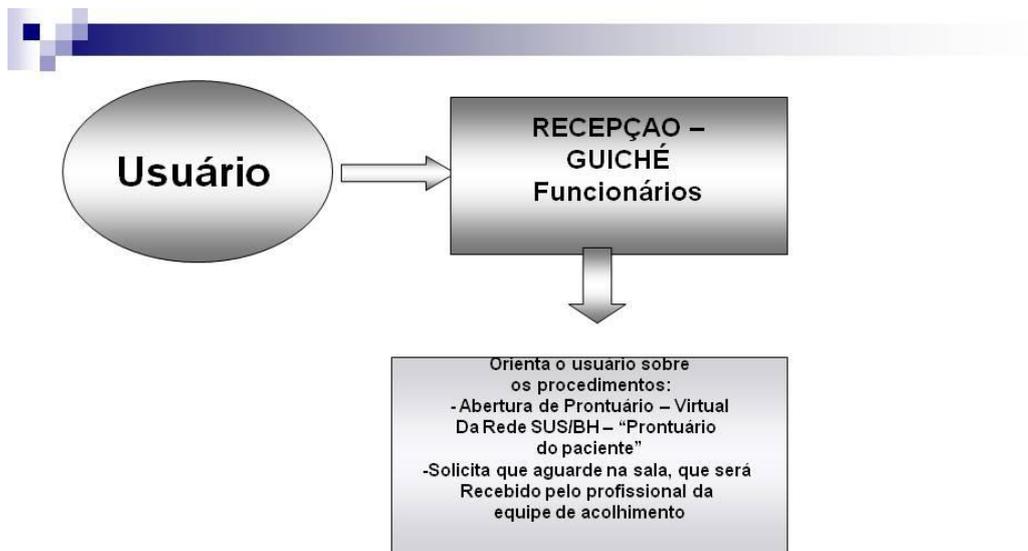
# ACOLHIMENTO CRR –C

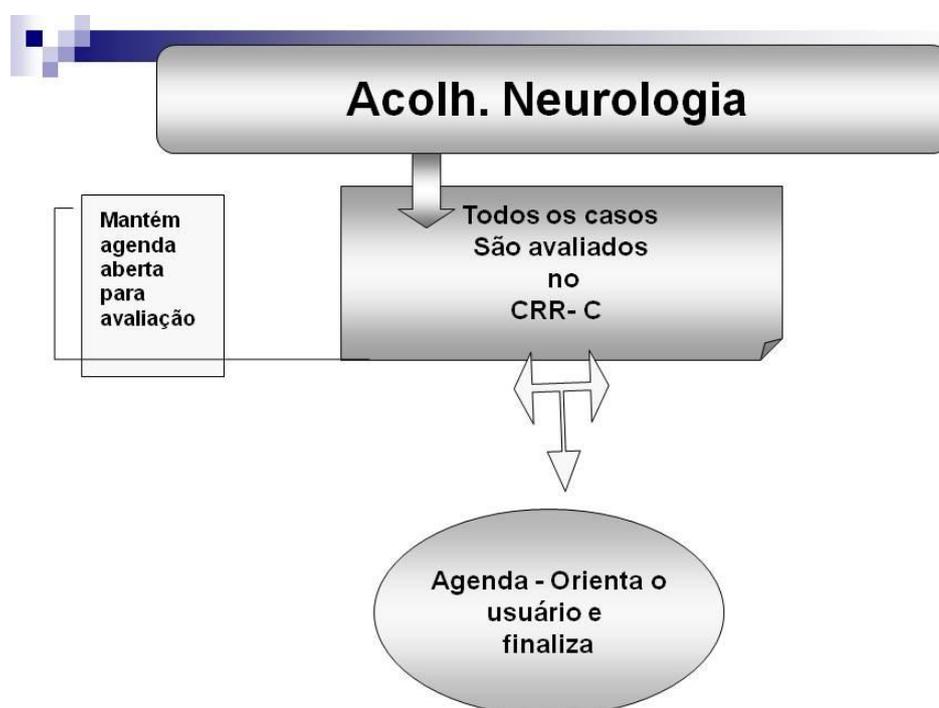
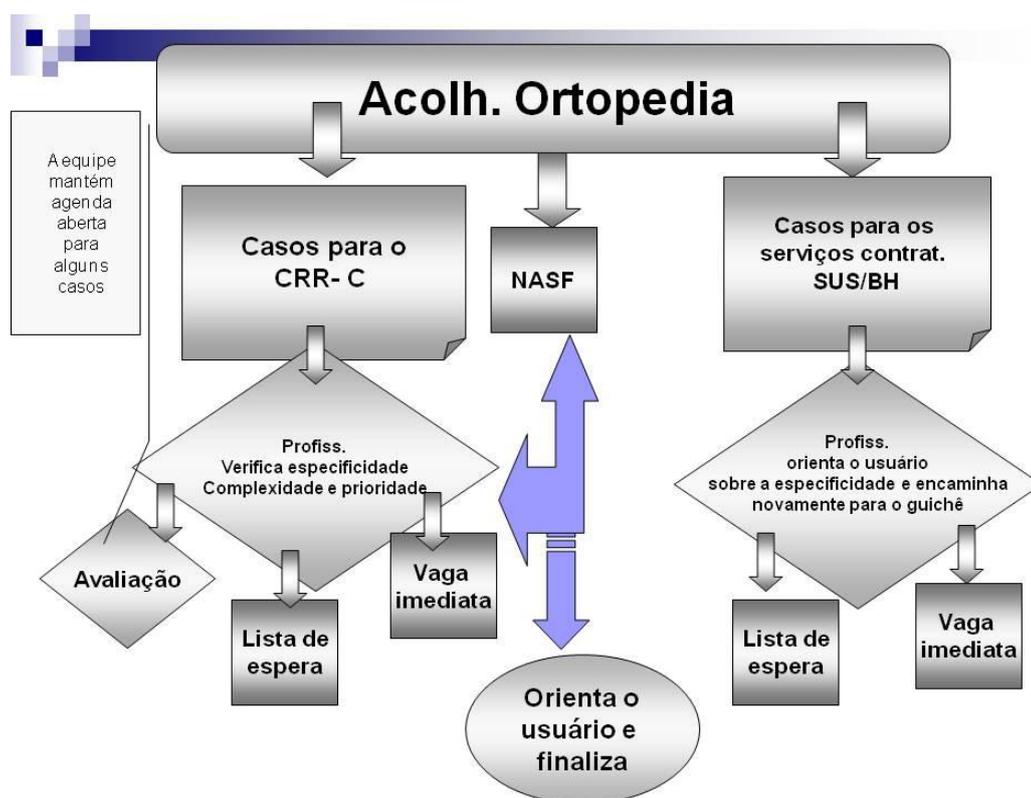
## Centro de Referência em Reabilitação da Rede SUS/ BH

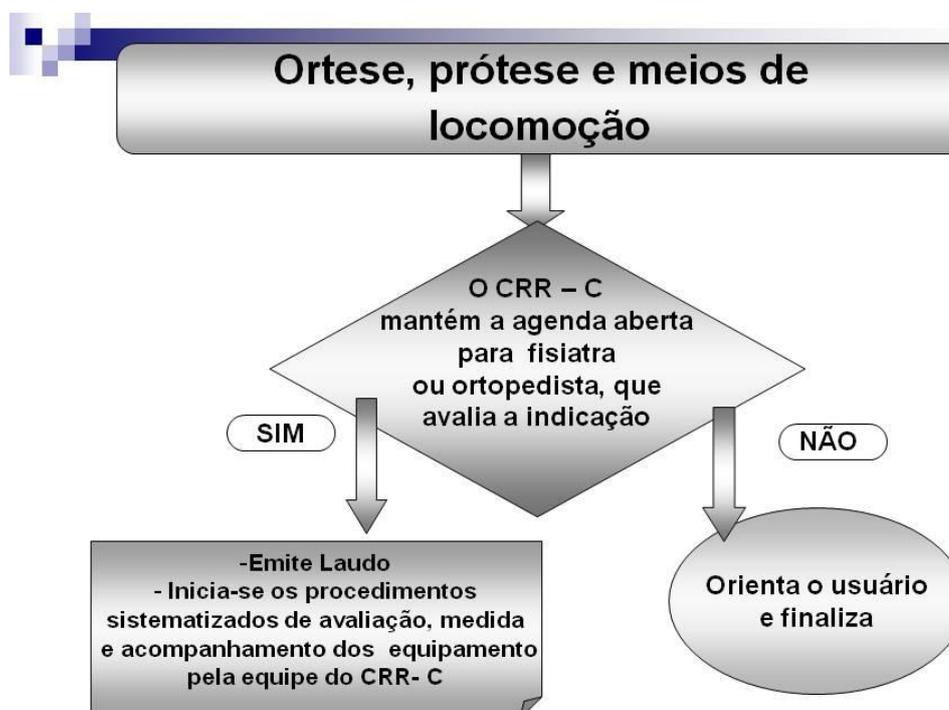
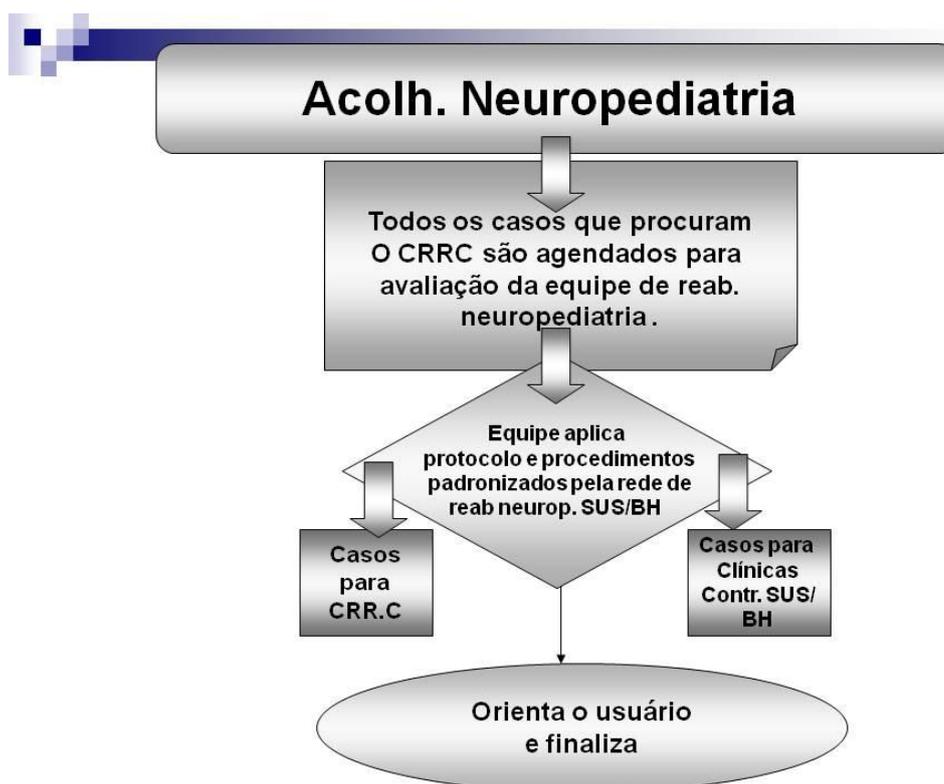
### - Fluxo e Dinâmica

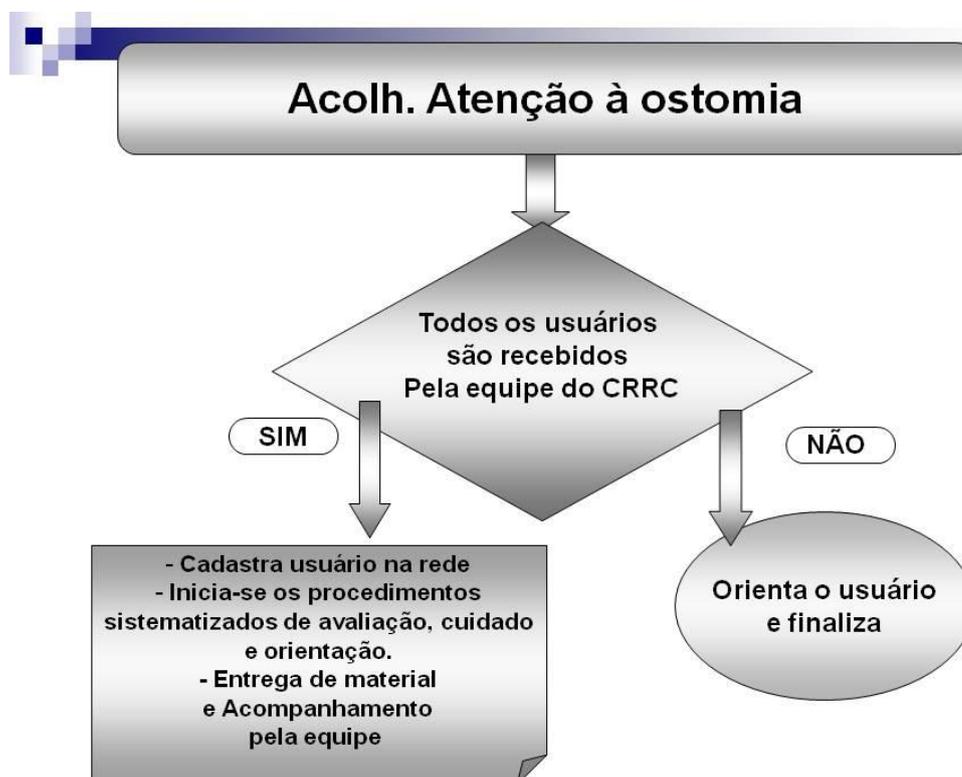
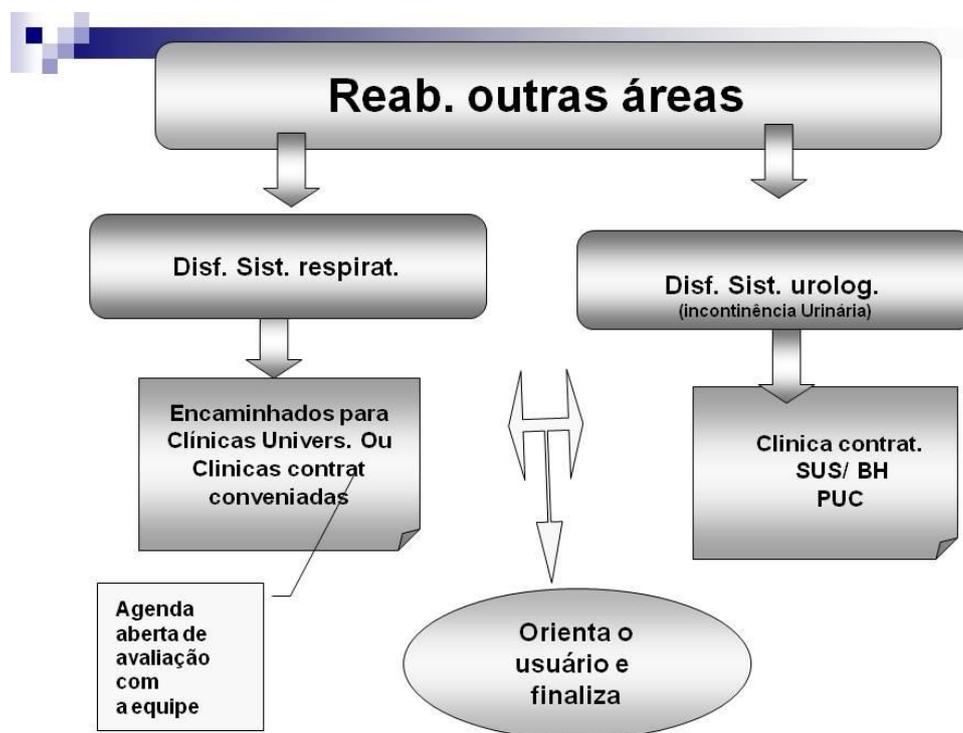
Projeto pesquisa: "Os desafios do acolhimento na Reabilitação : um estudo dos Centros de Referência da Rede SUS/BH"  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG –  
Políticas de Saúde e Planejamento  
Mestranda: Sandra Minardi Mitre











**APÊNDICE – B****ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS DE BELO HORIZONTE –MG**

**CRR** \_\_\_\_\_

- 1. Fale sobre - o que é para você o acolhimento?**
- 2. Fale sobre - os motivos te levaram a procurar este Centro de Reabilitação em Reabilitação?**
- 3. Como foi encaminhado a este serviço?**
- 4. Fale sobre - como foi o seu atendimento no acolhimento?**
- 5. O que esperava encontrar?**
- 6. Houve alguma dificuldade e/ou facilidade? Quais?**
- 7. Você se sentiu informado sobre os procedimentos adotados no acolhimento?**
- 8. Como foi o relacionamento com a equipe (ou profissionais) do acolhimento?**
- 9. O que acha que poderia melhorar no acolhimento?**
- 10. Há quanto tempo utiliza este Centro?**
- 11. Caso já tenha vindo a esta unidade:**
  - Para você como era o acolhimento quando chegou pela primeira vez neste serviço?**
  - E agora, como ele é ( ou está) para você?**
- 12. O que achou das instalações (área/ ambiência) do acolhimento?**
- 13. Como foi o acesso a este serviço?**
- 14. Você faria alguma sugestão para o acolhimento nesta unidade?**
- 15. Recomendaria este Centro para alguém de sua família ou amigos? Por que?**
- 16. Você gostaria de falar sobre outros aspectos, ainda não abordados nesta entrevista?**

**APÊNDICE C****ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS  
CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS DE BH -MG**

**CRR \_\_\_\_\_**

- 1- Falem sobre o que é para vocês o acolhimento?**
- 2- Como foi implantado o acolhimento nesta unidade?**
- 3- Para vocês quais os motivos levaram a sua implantação?**
- 4- Para vocês quais são os objetivos do acolhimento?**
- 5- Falem sobre o funcionamento do acolhimento nesta unidade.**
- 6- Qual a percepção de vocês sobre o acolhimento no dia-a-dia do serviço?**
- 7- Apontem os aspectos facilitadores do acolhimento nesta unidade.**
- 8- Apontem os aspectos dificultadores do acolhimento nesta unidade.**
- 9- Vocês fariam alguma alteração na conformação atual do acolhimento nesta unidade?**
- 10- Gostariam de discutir outros aspectos do acolhimento, ainda não abordados?**

**APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
Convite aos Profissionais dos CRR/ SUS/BH para participar da pesquisa**

Estamos convidando você a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada: “Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS/BH”, que tem o objetivo de analisar o acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS/BH.

Para isto, solicitamos sua colaboração em participar de um grupo focal para discutir questões referentes ao acolhimento realizado neste CRR.

Asseguramos que todas as informações obtidas, gravadas e/ou anotadas, serão guardadas em segurança pelas pesquisadoras, por um período de cinco anos. Garantimos o seu anonimato e o sigilo das informações prestadas por você.

Sua participação é muito importante, e é voluntária. Esperamos contar com sua colaboração, entretanto você poderá se recusar a participar ou responder algumas questões a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, restrição ou penalidade de qualquer natureza para você.

Caso tenha dúvida ou necessite obter outras informações, entrar em contato com a pesquisador Soraya de Almeida Belisário (31) 3409-9941 ou Sandra Minardi Mitre (031) 3409-9711. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antonio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º. Andar, Campus Pampulha, BH, ou pelo telefone (31) 3409-1592 e-mail [coep@reitoria.ufmg.br](mailto:coep@reitoria.ufmg.br); ou com Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP-SMSA/BH no endereço Avenida Afonso Pena, 2336, 9º. Andar, Bairro Funcionários, BH, ou pelo telefone (031) 3277-5309 Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG - CEP 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

**CONSENTIMENTO:**

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi copia do mesmo com minha assinatura. Decido participar da pesquisa: “Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/BH”, participando do grupo focal, ciente que posso negar minha participação no momento que desejar.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo aos participantes, e que as informações foram fornecidas em linguagem clara e compreensível.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010

Assinatura do (a) entrevistador (a)

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma via sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Convite aos usuários dos CRR/ SUS/BH para participar da pesquisa**

Estamos convidando você a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada: “Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS/BH”, que tem o objetivo de analisar o acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS/BH.

Para isto, solicitamos sua colaboração em participar de uma entrevista para discutir questões referentes ao acolhimento realizado neste CRR.

Asseguramos que todas as informações obtidas, gravadas e/ou anotadas, serão guardadas em segurança pelas pesquisadoras, por um período de cinco anos. Garantimos o seu anonimato e o sigilo das informações prestadas por você.

Sua participação é muito importante, e é voluntária. Esperamos contar com sua colaboração, entretanto você poderá se recusar a participar ou responder algumas questões a qualquer momento, sem nenhum prejuízo, restrição ou penalidade de qualquer natureza para você.

Caso tenha dúvida ou necessite obter outras informações, entrar em contato com a pesquisador Soraya de Almeida Belisário (31) 3409-9941 ou Sandra Minardi Mitre (031) 3409-9711. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais no endereço Av. Antonio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º. Andar, Campus Pampulha, BH, ou pelo telefone (31) 3409-1592 e-mail [coep@reitoria.ufmg.br](mailto:coep@reitoria.ufmg.br); ou com Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP-SMSA/BH no endereço Avenida Afonso Pena, 2336, 9º. Andar, Bairro Funcionários, BH, ou pelo telefone (031) 3277-5309 Avenida Afonso Pena, 2336 - 9º andar, Bairro Funcionários - Belo Horizonte – MG - CEP 30130-007 Tel: (31) 3277-5309 Fax (31) 3277-7768 e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br)

**CONSENTIMENTO:**

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste Termo de Consentimento, que concordo com as propostas aqui descritas e que recebi cópia do mesmo com minha assinatura. Decido participar da pesquisa: “Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/BH”, participando de uma entrevista, ciente que posso negar minha participação no momento que desejar.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistado (a)

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e os objetivos deste estudo aos participantes, e que as informações foram fornecidas em linguagem clara e compreensível.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistador (a)

O termo de consentimento deverá ser assinado em duas vias, ficando uma via sob a guarda do entrevistado e a outra sob a guarda do pesquisador.

# ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Parecer nº. ETIC 0017.0.410.203-10**

**Interessado(a): Profa. Soraya Almeida Belisário**  
**Departamento de Medicina Preventiva e Social**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

## DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de agosto de 2010, o projeto de pesquisa intitulado "**Os desafios do acolhimento na atenção secundária: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede SUS/BH**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

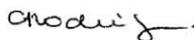
**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**  
**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

Parecer: 0017.0.410.203-10A

**Pesquisadora responsável:** Soraya Almeida Belisário

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 16 de junho de 2010, o projeto de pesquisa intitulado “Os DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS/BH”, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



---

**Celeste de Souza Rodrigues**

Coordenadora do CEP/SMSA/BH



FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533  
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100  
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640  
cpq@medicina.ufmg.br



**Ata do exame de qualificação a que se submeteu a Mestranda SANDRA MINARDI MITRE.**

Aos trinta dias do mês de novembro de dois mil e nove, convocada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, compareceu a mestranda **SANDRA MINARDI MITRE** para submeter-se ao exame de qualificação com o projeto de dissertação intitulada: **“OS DESAFIOS DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO SECUNDARIA: UM ESTUDO DOS CENTROS DE REFERENCIA EM REABILITAÇÃO DA REDE SUS/BH”**, perante a Comissão Examinadora composta pelos professores: Soraya Almeida Belisário - UFMG, Alzira de Oliveira Jorge – Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Celeste de Souza Rodrigues – Secretária Municipal de Planejamento. Participou da sessão, como ouvinte, a Profa. Soraya Almeida Belisário, orientadora da dissertação. A sessão iniciou-se às nove horas, na sala 526-, 5º andar da Faculdade de Medicina com a presença dos professores acima citados. Após a exposição da candidata, os professores participantes da Comissão Examinadora fizeram comentários sobre a apresentação oral, do conteúdo, relevância, metodologia e viabilidade do Projeto. Após a arguição a banca examinadora considerou o Projeto coerente e a aluna apta a prosseguir a sua investigação. Para constar, lavrou-se a presente ATA, que segue assinada pela comissão examinadora. Belo Horizonte, 30 de novembro de 2009.

Profa. Alzira de Oliveira Jorge \_\_\_\_\_

Profa. Celeste de Souza Rodrigues \_\_\_\_\_

Profa. Mariângela Leal Cherchiglia (coordenadora) \_\_\_\_\_

Profª Mariângela Leal Cherchiglia  
Coord. PG. em Saúde Pública  
Faculdade de Medicina/UFMG