

A prática da humanização em contexto de deficiência: uma revisão integrativa em Centros de Reabilitação no Brasil

The practice of humanization in deficiency context : an integrative review in rehabilitation centers in Brazil

La práctica de la humanización en el contexto de la deficiencia : una revisión integradora en centros de rehabilitación en Brasil

Everly Silva Pereira¹, Ilídio Roda Neves²

¹ Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Corumbá, MS, Brasil.

² Universidade Federal De Mato Grosso do Sul, Corumbá, MS, Brasil

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia que busca intensificar a humanização das práticas de atenção, a Gestão em Saúde busca lidar com conflitos em organizações de saúde. A partir destas afirmativas foi realizada a busca por materiais que abordem o tema Humanização em contexto de reabilitação. O objetivo foi o de identificar, por pesquisa bibliográfica, como ocorre a humanização da gestão nos centros de reabilitação no Brasil, a partir da revisão integrativa dos estudos que apresentassem os descritores: humanização da assistência, centros de reabilitação, serviços de reabilitação e gestão em saúde. Foram analisadas 4 pesquisas das bases de dados LILACS e Scielo, que incluíam o tema da Humanização e da Reabilitação. Foi percebida grande escassez de publicações voltadas à área e a necessidade de inserir o tema da Humanização nas grades curriculares de cursos de formação superior e técnica em saúde.

Palavras-Chave: Humanização da assistência; Centros de reabilitação; Serviços de reabilitação; Gestão em saúde

Abstract

The National Humanization Policy (PNH) is a strategy that seeks to enhance the humanization of care practices, Health Management seeks to address conflicts in healthcare organizations. From these statements the search for materials that address the topic Humanization in rehabilitation context was held. The goal was to identify, by literature, such as the humanization of management in rehabilitation centers in Brazil, from the studies of content analysis to present the descriptors occurs: humanization of care, rehabilitation centers, rehabilitation services and management health. 4 were analyzed research databases LILACS and Scielo, which included the issue of Humanization and Rehabilitation. It was perceived dearth of publications aimed at the area and the need to insert the topic of Humanization in the curricula of higher education courses and technical health.

Key words: Humanization of assistance; rehabilitation centers; rehabilitation services; Health management

Resumen

La Política Nacional de Humanización (PNH) es una estrategia que tiene por objeto mejorar la humanización de las prácticas de atención, Gestión de la Salud trata de abordar los conflictos en las organizaciones sanitarias. De estas declaraciones se llevó a cabo la búsqueda de materiales que abordan el tema de Humanización en el contexto de la rehabilitación. El objetivo fue identificar, por la literatura, tales como la humanización de la gestión en los centros de rehabilitación en Brasil, a partir de los estudios de análisis de contenido para presentar los descriptores se produce: la humanización de la atención, centros de rehabilitación, servicios de rehabilitación y gestión salud. 4 Se analizaron las bases de datos de investigación LILACS y SciELO, que incluye el tema de la humanización y Rehabilitación. Se percibió escasez de publicaciones dirigidas a la zona y la necesidad de insertar el tema de Humanización en los planes de estudio de los cursos de educación superior y técnica en salud.

Palabras-clave: Humanización de la atención; centros de rehabilitación; servicios de rehabilitación; gestión de la salud

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no Brasil, em um momento que não havia mais aceitação da prerrogativa de que a saúde e os direitos sociais eram privilégio apenas daqueles que se viam vinculados ao sistema previdenciário, onde os que se encontravam fora dessa realidade, estavam excluídos do direito à cidadania por não possuírem ocupação reconhecida por lei, dependendo de hospitais de caridade (Carvalho e Barbosa¹, 2012). De acordo os autores citados, em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, que buscou estruturar de forma técnica e disseminar um projeto democrático de reforma sanitária, com vistas a atingir a universalização do acesso, igualdade no atendimento, integralidade da atenção, descentralização, regionalização, hierarquização da rede e a tão importante participação comunitária. Neste evento, a saúde foi consagrada como direito universal e dever do Estado, onde a noção de cidadania era fundamental.

A Lei 8.080/90², que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, configura a saúde como direito imprescindível de todos os indivíduos, devendo ser garantido pelo Estado, na tentativa de diminuir riscos de doenças e promover uma atenção igualitária a todo ser humano. Surge, nesse cenário, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que mais tarde evoluiu para uma política, devido a sua magnitude na assistência à saúde.

A partir do exposto, apreende-se que desde o movimento para incorporação de todos os indivíduos por direito na assistência médica, o pensamento de igualdade, direitos humanos e cidadania, já havia presente em si a busca pela valorização do ser humano. Assim surge a Política Nacional de Humanização (PNH) que é uma estratégia que busca intensificar a humanização das práticas de atenção, surgindo no panorama da reforma sanitária e apresentando um discurso metodológico voltado para a qualificação do

atendimento em saúde (Pasche e Passos³, 2008). Ainda nestes autores, tal política aposta na autonomia dos sujeitos, seu protagonismo, na força do coletivo, na importância do trabalho em rede, ressalta os direitos das pessoas, usuários e trabalhadores de saúde, sendo seus pressupostos fundamentais: o direito à saúde, a continuidade da atenção em rede, o trabalho criativo e valorizado a partir da construção de valorização e do cuidado aos trabalhadores.

Rios⁴ (2009) afirma que a humanização apresentou raízes há pelo menos duas décadas, com a luta antimanicomial no campo da saúde mental ou a busca de humanização no parto, na saúde da mulher. A partir daí, passaram a ser valorizadas ações humanizadoras que buscavam tornar o ambiente de saúde mais acolhedor, proporcionando uma ressignificação do processo de trabalho ou da gestão, na tentativa de diminuir o sofrimento próprio do ambiente que atinge não só pacientes como também profissionais que participam do local. Sendo assim, tais ações foram sendo cada vez mais desenvolvidas por um número maior de estabelecimentos, aumentando o movimento em torno de tal ideal.

Ao se falar em gestão, podemos nos remeter a Carvalho e Barbosa¹ (2012), que descreve o exercício desta como: ter foco em resultados a partir de objetivos e metas estabelecidas anteriormente. Os autores afirmam que praticamos gestão com a finalidade de melhorias no futuro em relação à atualidade, na tentativa de resolução de problemas que a sociedade apresenta e que necessitam de solução, a transformação da realidade. Na área da saúde, almeja-se mais qualidade de vida, organização da sociedade para resolução de desafios que bloqueiam melhores condições de convivência, que haja menos incapacidade, mais possibilidades.

A partir do encorajamento de uma gestão que simplesmente compreenda o indivíduo com humanidade, o que é seu por direito, esta pesquisa pretendeu apreender como é elaborada tal prática, quais os benefícios e dificuldades para sua implementação. Ao citar humanidade é pertinente olhar para o trabalhador da saúde também com este cuidado, pois está inserido numa atividade que pode acarretar instabilidades, tendo consigo a responsabilidade de cuidar do outro que, por sua vez, deposita expectativas em sua atuação, despertando sentimentos como frustração e sofrimento no profissional que se responsabiliza algumas vezes por situações que não pode resolver. Assim, a humanização da gestão deve oportunizar que o profissional pense sua atuação, seu estado emocional, proporcionar trocas, expressar sentimentos, permitir a co-gestão.

Para Rios⁴ (2009), a humanização se alicerça na valorização do ser humano, busca a redefinição da cultura institucional, aprecia a subjetividade do indivíduo como algo fundamental para o entendimento dos problemas e busca de soluções no cotidiano da saúde coletiva. Características como autonomia, responsabilidade, participação comunitária são valores que dão forma a este modo de pensar e gerir saúde, que ajudam a produzir mais qualidade na atenção e em condições de trabalho mais facilitadoras para os profissionais.

Ao nos remeter aos anos 2000, podemos ver que a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), pelo Ministério da Saúde, buscou por em prática a promoção de ações humanizadas, conhecer e atender a subjetividade dos indivíduos. Logo após, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi estabelecida no ano de 2003, sendo uma reformulação da PNHAH que modificou o alcance da humanização para além dos hospitais, buscando atingir toda a rede do SUS, atingindo inclusive os processos de gestão e de trabalho.

Ainda nesta autora⁴, a PNH apresenta diretrizes que dão norte a suas atividades, são elas:

- ✓ Maior valorização da subjetividade e do âmbito social nas práticas de atenção e gestão, o que fortalece o compromisso e a responsabilidade.
- ✓ O incentivo ao trabalho em equipe, na tentativa de atuar de forma transdisciplinar e em grupo.
- ✓ O uso da informação, do diálogo, da educação permanente e dos espaços de gestão na busca do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo.
- ✓ A elevação do cuidado, ao cuidador.

Já Reichert et al⁵ (2007) definem a humanização como um conjunto de ações que tem por objetivo a qualidade na produção de serviços em saúde, que procure combinar a tecnologia com a promoção do acolhimento, o respeito à ética e à cultura do usuário. A humanização é assim vista como a tentativa de perceber e analisar o ser humano numa visão integral, buscando a superação da fragmentação do cuidado. O aspecto citado acima, nos remete à equipe multidisciplinar, porém numa perspectiva de interdisciplinaridade, que reconhece e acolhe as particularidades de cada especialidade para que se complementem, propiciando o cuidado integral à saúde.

Ao falar em troca de saberes entre profissionais, surge entre outras, a possibilidade de pensar na prática de equipes profissionais e suas configurações. Neste levantamento analisaremos a interdisciplinaridade, que de acordo com Gomes e Deslandes⁶ (1994) tal termo surgiu no século XIX, não sendo um conceito recente, porém, somente no século XX a atuação interdisciplinar passou a ser inserida na ciência. Campos⁷ (1995) afirma que a saúde deve ser pensada por muitos profissionais, porque havendo uma variedade de saberes, há também o encontro de pessoas que vêem e concebem o ser humano com diferentes conhecimentos. Portanto, a atuação integrada da equipe é indispensável para que haja um olhar integral sobre o indivíduo, objetivando ver o ser humano em sua totalidade, indo além do conceito de saúde. O profissional constrói o seu agir no contexto histórico-social-institucional, através de relações

entre especialidades, constituindo-se como sujeito nessa troca com outros profissionais, facilitando assim a possibilidade de agir coletivamente, buscando, de acordo com Backes et al⁸ (2005), estratégias para sua ação na resolução de problemas, possibilitando a realização de uma prática acolhedora, humanizada.

Complementando tal pensamento Maldonado e Canella⁹(2009) afirmam que o cuidado à saúde não é competência de um profissional isolado e sim uma prática entre profissionais de diferentes áreas, com distintos saberes, que se reúnem na equipe para colaborar entre si com a finalidade de conhecer interações somáticas, culturais, psicológicas que entre si ajudam a constituir a noção de saúde, buscando a metodologia adequada para uma prática que busque integrar tais aspectos que inter-relacionam a saúde e a doença, proporcionando melhor qualidade no suporte aos indivíduos.

Dentre as inúmeras áreas de assistência à saúde, a abordada na presente pesquisa é a de reabilitação, que obtém locais específicos e especializados para um atendimento de maior qualidade, os Centros Especializados em Reabilitação Física e Intelectual (CER), que são dispositivos do programa Viver Sem Limites do Sistema Único de Saúde (SUS), habilitados pela Portaria N° 1357¹⁰, de 2 de Dezembro de 2013. Essa rede de cuidados visa utilizar-se de estratégias e serviços voltados às necessidades específicas de pessoas que apresentam dificuldade auditiva, visual, física, intelectual, ostomizados e múltiplas deficiências, buscando melhorar as funções das pessoas atendidas, promovendo autonomia e independência a estes.

Entre as patologias atendidas estão: a deficiência física (entre elas: seqüela de trauma, lesão medular, seqüela de AVC, amputações, traumatismo crânio encefálico TCE, paralisia cerebral, entre outras). De acordo com a Portaria GM 793¹¹ de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835¹² de 25 de abril de 2012, a deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, havendo comprometimento da função física, neurológica ou sensorial e se apresenta sob forma de plegias, ostomias, amputações, paralisia, nanismo, entre outros, apenas não caracteriza deformidades estéticas que não prejudiquem as funções.

A deficiência intelectual, popularmente conhecida como DI, a partir da Portaria GM 835¹² de 25 de abril de 2012, é caracterizada como:

“atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade”.(Portaria GM 835 DE 25 DE Abril de 2012)

Os transtornos do espectro autista – TEA dizem respeito a:

- Autismo Infantil,
- Síndrome de Asperger
- Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação

Finalizando, a Equipe Multiprofissional do CER , compõe-se de Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico (Ortopedista e Neurologista), Nutricionista, Pedagogo, Psicólogo, Técnico de Enfermagem, Terapeuta Ocupacional. Para administrar tal trabalho, é necessária uma tática por parte da Gestão que atenda tanto a equipe quanto os usuários do serviço, o Ministério da Saúde¹³ (2009) em Gestão Participativa e Cogestão, cita a democratização da gestão, apostando na aumento da transversalidade nos indivíduos ligados ao cuidado. Mas o que seria essa gestão? De acordo com o Ministério da Saúde¹³ (2009), gestão em saúde é a “ capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde.” Além de ser um “campo da ação humana que visa a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolos/objetivos.” Esta é necessária para fazer coincidir os interesses dos trabalhadores em saúde, com os da organização, tendo como objeto o trabalho humano, buscando fazer do ambiente de trabalho, um local de experiências para ambas as partes, servidores e servidores, assim insere-se o conceito de cogestão, onde todos “fazem” a gestão, estando estes realizados em seu ambiente laboral, onde “todos são gestores de seu processo de trabalho”. Essa cogestão atuaria:

- Analisando a instituição, problematizando modelos de atuação.
- Formulando projetos.
- Tomando decisões
- Como espaço pedagógico.

A partir dessa metamorfose institucional, tanto na busca de coletivização para a pactuação de interesses, como na reformulação do desenho organizacional, as instituições de saúde podem enfim se aproximar de seu maior objetivo que é a produção de saúde, a autonomia e liberdade de usuários, alcançando a construção da corresponsabilização e cumprindo seu papel na sociedade. E concluindo, esta pesquisa se justificou pela necessidade de atenção qualificada à clientela de centros de reabilitação, que em situação de deficiência pode se encontrar fragilizada, desamparada e em inúmeras vezes não possui muitas informações acerca do diagnóstico apresentado, necessitando de acompanhamento profissional que volte o olhar para a subjetividade do usuário e de seus cuidadores, suas crenças, culturas, sua realidade e

possibilidades, onde uma pesquisa que levante, sintetize dados, auxilie na percepção da necessidade de uma atuação mais humanizada e possibilite transformações na prática, é de grande valia.

MÉTODO

Para o presente estudo desenvolvemos uma revisão integrativa, onde inicialmente o pesquisador definiu seu objetivo; o problema ou hipótese e a partir daí iniciou-se a coleta máxima de material, que esteve dentro dos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, Mendes et al¹⁴ (2008):

- ✓ 1 – inicialmente foi feita a definição do tema e criação da hipótese ou a questão da pesquisa.
- ✓ 2 - escolha dos critérios de inclusão e exclusão e busca ou amostragem na literatura.
 - Os critérios de inclusão foram: artigos científicos publicados em português, que expressem a temática da humanização na gestão, que abranjam a deficiência física e intelectual, das bases de dados em saúde como Scielo, Lilacs, realizados entre 2009 a 2014, totalizando um recorte de 05 anos. Os descritores utilizados foram: humanização da assistência, centros de reabilitação, serviços de reabilitação, gestão em saúde.
 - Os critérios de exclusão foram: artigos em idioma estrangeiro, artigos que abordem a deficiência mental, artigos que não estejam na temática da humanização, artigos fora do período de tempo estipulado.
- ✓ 3 - categorização dos estudos/ definição das informações a serem utilizadas.

Foi utilizado um instrumento validado por Ursi¹⁵ (2005), adaptado para esta pesquisa, conforme anexo.
- ✓ 4 – análise crítica dos estudos incluídos: no presente estudo, foi realizada a revisão integrativa dos textos que se apresentaram dentro dos critérios.
- ✓ 5 - a interpretação dos resultados: aqui foi realizada a comparação com a teoria existente, a constatação de conclusões.
- ✓ 6 - a apresentação da revisão integrativa que se resumiu na construção de um documento contendo as etapas realizadas na revisão e seus resultados a partir das análises construídas.

RESULTADOS

Com o uso dos descritores Centros de Reabilitação, Humanização da Assistência, Gestão em Saúde e Serviços de Reabilitação, foram realizadas pesquisas nas bases de dados LILACS e Scielo, sendo encontrados na primeira 70 textos, onde apenas 3 se atendiam os critérios e na segunda, 1 texto. Foram

também realizadas pesquisas nos bancos de teses da USP e da UNICAMP, onde foram encontradas 3 teses, porém, nenhuma pode ser utilizada por não atender critérios pré-estabelecidos.

Quanto ao recorte de anos, estipulado de 2009 a 2014, os textos apresentaram-se (1) realizado em 2013, outros (02) realizados em 2010 e (01) realizado em 2009. Os eixos temáticos apresentados foram: acolhimento 2, equipe 1 e triagem 1. No que diz respeito às publicações, dois artigos foram publicados na revista Acta Fisiátrica, um artigo publicado na revista Ciência e Saúde Coletiva e 1 artigo publicado na revista Paidéia. Sobre o delineamento da pesquisa, 3 artigos se enquadraram na Abordagem Qualitativa e um artigo não apresentou seu delineamento. Quanto à região de localização do estudo, 02 estudos foram realizados em Belo Horizonte, MG, 1 estudo elaborado em Brasília, DF e por último, um em Ribeirão Preto, SP.

Assim foram selecionados textos que mais se aproximavam da proposta, abordando o tema da humanização em contexto de reabilitação para que a pesquisa se tornasse viável, juntamente com o levantamento foram utilizados documentos do Ministério da Saúde para nortear a análise. Vide figura:

	Textos Encontrados	Ano	Base de Dados	Eixo Temático	Idioma	Região da pesquisa	Revista de Publicação
1	O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil.	2013	LILACS	Acolhimento	Português	Minas Gerais (Belo Horizonte)	Ciência e Saúde Coletiva
2	O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação	2010	LILACS	Acolhimento	Português	Minas Gerais (Belo Horizonte)	Acta Fisiátrica
3	Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde	2009	SCIELO	Equipe	Português	Distrito Federal (Brasília)	Paidéia
4	Sobre o processo de triagem em centros de reabilitação	2010	LILACS	Triagem	Português	São Paulo (Ribeirão Preto)	Acta Fisiátrica

Tabela 1. Dados de identificação coletados nos artigos.

DISCUSSÃO

A Cartilha da PNH Acolhimento com avaliação e classificação de risco: Um paradigma ético-estético no fazer em saúde-do Ministério da Saúde¹⁷ (2004), descreve o acolhimento como

ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5)

O documento ainda aborda o acolhimento como uma forma de operar os processos de trabalho, no ideal de atender a todos que precisam dos serviços de saúde, utilizando-se do ouvir, acolher, escutar e providenciar melhores respostas aos usuários.

Cruz et al¹⁸, (2013), realizou uma pesquisa com usuários do serviço de reabilitação de traumas de mão e afirma que os profissionais de saúde enfatizam mais a técnica e por isso apresentam falta de preparo para questões subjetivas dos usuários, fragilizando o atendimento. Cruz et al¹⁸, (2013) afirma que a humanização na gestão do SUS, busca o fortalecimento da autonomia e atuação dos indivíduos diante do seu processo de recuperação a partir de seus determinantes. Os autores reforçam a importância da realização de estudos voltados para o preparo das equipes em acolher, onde enfoque o diagnóstico não apenas do ponto de vista clínico e sim da pessoa que o vivencia..

Mitre et al²⁰ (2013), também realizou seu estudo voltado para analisar o acolhimento em um Centro de Reabilitação em Belo Horizonte, porém nesse caso foi na perspectiva de usuários e também de profissionais. Os autores colocam o aumento dos acidentes de trabalho e da criminalidade como possíveis fatores para o aumento das demandas em reabilitação. Citam ainda como suporte legal a essa clientela a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPD) BRASIL²¹ (2002) que “busca construir um modelo de reabilitação baseado na integralidade e articulado em redes integradas e regionalizadas, em interface com outras políticas e setores”. Sobre o acolhimento, Mitre et al²⁰ (2013) afirmam que este, a partir de 90 foi inserido no SUS, buscando provocar transformações na relação entre trabalhadores, gestores e usuários, possibilitando vínculo, corresponsabilização e resolubilidade.

Sobre a corresponsabilização, Campos e Campos²² (2006), sugerem que para atingir a responsabilização do indivíduo, uma das principais finalidades do trabalho em saúde, é preciso que haja reformulação dos valores políticos e dos conceitos teóricos que orientam o trabalho, sendo que o principal valor deve ser atribuído ao sujeito e sua singularidade. Assim tal mudança alteraria inclusive modos de se organizar da gestão, tendo como objetivo, a própria produção da saúde e a construção da visão reflexiva, tanto de usuários quanto de trabalhadores.

Sampaio e Luz²³ (2009) citam o trabalho biomédico e afirmam que a atenção em reabilitação, será destinada ao corpo deficiente ou sua disfunção, sendo estes “objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção, onde será classificado de acordo com os especialistas sem vê-lo como sujeito do processo, assim como serão realizadas as intervenções.” Assim esta forma de conceber o ser humano não seria a mais recomendada, pois nesta conjectura não se considera sua subjetividade, seu contexto, seu ambiente social, que podem apresentar-se como fatores determinantes em sua recuperação.

Mitre et al²⁰ (2013) discursam sobre práticas inovadoras do acolhimento em Reabilitação, citando a clínica ampliada como um compromisso profissional com o usuário, reconhecendo limites para a busca da

“interdisciplinaridade, a corresponsabilização e a intersetorialidade”. Campos e Campos²² (2006) colocam que essa nova clínica é preocupada com a complexidade do caso, avaliação de riscos em variadas dimensões e não o risco isolado. Sua pesquisa acerca da diretriz do acolhimento mostra que os profissionais estão sendo capazes de ampliar a forma de ver o processo saúde e doença, o que provoca a reflexão sobre a práxis da reabilitação e acarreta a transformação e que para isso ocorra é importante que o trabalhador utilize da alteridade, que entende que não há um único saber e sim uma multiplicidade destes e de culturas, apreendendo-as a partir da diferença. Os autores concluem afirmando que os Centros de Reabilitação, se firmaram no modelo biomédico, o que exclui o componente subjetivo do usuário e o percebe a partir de sua patologia, além de excluí-lo do protagonismo de seu projeto terapêutico. Com a diretriz do acolhimento contrária a esta atuação, houve desconforto, porém, foi provocada a reflexão, suscitando modificação. As principais mudanças foram na governabilidade da equipe, na procura pelo exercício da interdisciplinaridade e o trabalho em rede ao perceber a necessidade de apoio de outros dispositivos, garantindo a integralidade e o uso da negociação sobre o projeto terapêutico, com os usuários. A partir da pesquisa os autores destacam a importância da Educação Permanente, criação de espaço de debates de equipe, na busca da superação do modelo hegemônico da saúde.

Dando continuidade à análise, Queiroz e Araújo²⁴ (2009) voltaram sua pesquisa ao trabalho em equipe a partir da percepção individual e grupal dos profissionais da saúde, este estudo foi considerado apto para a revisão, pelo fato de abordar serviços de reabilitação e a atenção aos profissionais da saúde focando a interdisciplinaridade que visa garantir um serviço mais humanizado tanto para usuários quanto para profissionais. Nessa nuance, a humanização é na visão dos prestadores do serviço que também precisam receber um olhar cuidadoso por parte da gestão.

Os autores citados acima falam sobre uma transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, reforçando que há de ser feita uma revisão dos papéis atribuídos aos integrantes da equipe, na busca da autonomia e qualidade de vida do paciente, sendo interessante reforçar que todos os textos analisados anteriormente citam a autonomia. Campos e Campos²² (2006) afirmam que não existe autonomia absoluta e que as pessoas interdependem-se, incluindo em tal, as leis e que o principal para o exercício de sua autonomia, seria o uso da ação e da palavra, a política, e que esta deveria ser “ponto de criação e regulação da autonomia”. (p. 674). A partir da política, essa autonomia seria relativa, porém, no momento em que as pessoas agem como cidadãos responsáveis em busca de melhores formas de organização, pode-se como resultado amenizar práticas corruptas de exercício, podendo propiciar maiores níveis de autonomia.

Retornando ao texto analisado, Queiroz e Araújo²⁴ (2009) descrevem a equipe, onde um dos membros deve ser um profissional e um líder identificado, além de necessitar de “encontros regulares com

comunicação direta e imediata”. (p.177), porém grupos que não praticam tais encontros não são descartados. A partir da equipe analisada, esta se define por seus membros, as características do trabalho e os resultados que alcançam, porém foi percebida dificuldade em sua definição por parte de seus membros, sendo inclusive citada, a família como parte integrante desta equipe, por um membro. Quanto à sua função foi citado o atendimento integral e sua qualidade.

Foi citado como facilidade no cotidiano em serviço de reabilitação, o trabalho interprofissional, não sendo descrita alguma dificuldade nesta configuração, auxiliando ainda na tomada de decisão, que deve considerar principalmente o bem estar do usuário, com todos os participantes ouvidos e emitindo opiniões. Para isso há a importância das reuniões, que pelos profissionais foram caracterizadas como positivas ao ter certa liberdade para expor opiniões buscando consenso e negativa no que tange à baixa capacidade do outro de ouvir e necessidade de operacionalizar esta reunião. É importante destacar que, as entrevistas foram realizadas em dois programas: Programa do Lesado Cerebral Adulto (PLCA) e Programa do Lesado Medular Adulto (PLMA). Foi realizada uma observação acerca do papel do médico, sendo percebida a mudança do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial.

Dentre os aspectos do trabalho em equipe que garantem o exercício da humanização, está a realização da triagem no momento inicial do tratamento. Riberto et al²⁵ (2010) analisaram o papel desse dispositivo no Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMREA), onde descrevem a triagem como “o processo de avaliação de pacientes com relação aos pré-requisitos clínicos, sociais e afetivos que viabilizam a sua participação no programa terapêutico” (p.131). Estes afirmam que a mesma é o primeiro contato físico do usuário e o serviço de saúde, com objetivo de avaliação inicial, seleção e encaminhamento dos usuários à assistência de especialidades adequadas a seu diagnóstico. A triagem abrange neste caso a entrevista médica, social e psicológica, e poderá classificar o indivíduo como Eleito, Eleito Experimentalmente, Ineleito no momento e Ineleito. Após terem sido feitas as avaliações, os indivíduos são discutidos pelos profissionais envolvidos, na busca da tomada de decisão a respeito do tratamento para estes e conclusão da triagem, concluindo que este é um componente indispensável para exercício da humanização no atendimento do Centro de Reabilitação, na definição e andamento do tratamento, evitando que se prolongue tal tratamento de forma desnecessária.

CONCLUSÃO

Com o estudo das publicações escolhidos para a viabilização da pesquisa, a maior e já citada dificuldade foi a escassez de pesquisas na área, o que prejudicou a busca dos objetivos, diminuindo as possibilidades de análise. No entanto, foi percebida a passagem do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial de caracterizar a saúde, onde o indivíduo não é visto mais apenas biologicamente e passam

a ser considerados aspectos como a subjetividade, o apoio social, o âmbito emocional, classe socioeconômica e outros que podem tanto influenciar, como ser determinantes no tratamento de saúde.

O acolhimento foi citado como um dos principais componentes da Humanização, tendo inclusive uma cartilha exclusiva sobre o dispositivo: Acolhimento com avaliação e Classificação de Risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde Ministério da Saúde, BRASIL¹⁷(2004). O acolhimento apresentou-se como uma postura ética, que não tem hora ou local e sim compartilhamento de saberes, necessidades, angústias entre outras características, na busca principal da autonomia do sujeito em questão, sendo este acolhimento diferenciado da triagem que se enquadra como um etapa do processo, ao mesmo passo que o acolhimento, não é, devendo ser intrínseco do tratamento do profissional para com o paciente.

A triagem, apresentou-se de grande importância no tratamento, pois neste início é definido o rumo do tratamento, os objetivos e andamento deste. É o primeiro contato com o usuário que busca auxílio, podendo estar em grande angústia, onde o profissional necessita ter tato para poder lidar com tal situação. É importante neste momento atentar para a trajetória acadêmica nos cursos da saúde que devem buscar formar profissionais que estejam sensivelmente atentos a todas as características e aspectos apresentados pelos usuários atendidos.

O que fica evidente é a importância da inserção, pelos cursos de formação, seja superior, técnico, pós-graduação, entre outros, do estudo da Humanização no ambiente profissional, tanto para com o usuário quanto com a equipe em que se está alocado, pois o que se percebe são profissionais que não sabem sequer definir o conceito desta, ao mesmo tempo que lidam com indivíduos em situação de vulnerabilidade psicossocial e biológica. Há ainda a necessidade de estudos na área, principalmente em contexto de reabilitação que apresenta após constatação nesta pesquisa, pouquíssima atenção e exploração, podendo assim colaborar com o cotidiano dos profissionais e suas relações no ambiente de trabalho, bem como o atendimento recebido pelos usuários.

Referencias Bibliográficas

¹CARVALHO, Antonio; BARBOSA, Pedro. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS – 2. Ed – Florianópolis. CAPES, 2012.

²BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 17 Mar 2015

³PASCHE, Dário; PASSOS, Eduardo. A Importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis. v. 1, n. 1, Jan – Jun, 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/18/30>> Acesso em: 14 Mar 2015

⁴RIOS, Izabel Cristina. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/CAMINHOS_DA_HUMANIZACAO_NA_SAUDE.pdf> Acesso em: 14 Mar 2015

⁵REICHERT, Altamira; LINS, Rilávia; COLLET Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9 n. 1 p. 200-213 Jan-Abr, 2007. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>> Acesso em: 14 Mar 2015

⁶GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely. Interdisciplinaridade na saúde pública: Um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.2. n. 2 p.103-114. Jul, 1994. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1159/1177>> Acesso em: 16 Jul 2015

⁷CAMPOS, T. C. P Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.

⁸BACKES, Dirce Stein et al. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & contexto - Enfermagem**. Florianópolis, n.3. Jul-Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104_07072005000300015&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15 Mar 2015.

⁹MALDONADO, Tereza; CANELLA, Paulo. Recursos de Relacionamento para Profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Ribeirão preto, SP: Novo Conceito, 2009.

¹⁰BRASIL. Portaria Nº 1357¹⁰, de 2 de Dezembro de 2013. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1357_02_12_2013.html> Acesso em: 17 Mar 2015

¹¹BRASIL. Portaria GM 79311 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 17 Mar 2015

¹²BRASIL. Portaria GM 835¹² de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html> Acesso em: 17 Mar 2015

¹³BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf > Acesso em: 17 Mar 2015

¹⁴MENDES, Karina et al. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis. v.17. n.4, Out-Dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018> Acesso em: 16 Mar 2015

¹⁵URSI, E. S. Prevenções de lesões na pele no perioperatório: Revisão integrativa de literatura. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php>> Acesso em: 17 Mar 2015

¹⁶BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Ed. 70, Lisboa. 1979.

¹⁷BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>> Acesso em: 17 Mar 2015

¹⁸ CRUZ, Sirlaine et al. O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação. **Acta Fisiátrica**. Minas Gerais. v.17. n.3. p 122-125, 2010. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=48> Acesso em: 19 Mar 2015

¹⁹FERREIRA J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**. n.14 v.3. p.111-118, Set-Dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300007> Acesso em: 17 Jul 2005

²⁰MITRE, Sandra et al. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG. Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18. n.7. p1893-1902, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000700004> Acesso em: 17 Mar 2015

²¹BRASIL. Portaria nº 1.060 de 5 de Junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html> Acesso em: 20 Mar 2015

²²CAMPOS, Rosana; CAMPOS, Gastão. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Tratado de saúde coletiva. p.669-688. Rio de Janeiro. Hucitec; Fiocruz, 2006.

²³SAMPAIO, Rosana; MADEL, Luz. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 25. n.3. p475-483. Mar, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n3/02.pdf>>. Acesso em 15 Jul 2015

²⁴QUEIROZ, Elizabeth; ARAÚJO, Tereza. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. **Paidéia**. Brasília v 19. n 43, p 177-187 Mai-Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/05.pdf>> Acesso em: 17 Mar 2015

²⁵RIBERTO, Marcelo et al. Sobre o processo de triagem em Centros de Reabilitação. **Acta Fisiátrica**.
Ribeirão Preto. v.17. n.3. p.130-133, 2010. Disponível em:<
http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=50> Acesso em: 19 Mar 2015

ANEXO
(Normas para publicação em Revista)

Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

Envio do artigo

- 12.1** A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.
- 12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde ([BVS](#)).
- 12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.
- 12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.
- 12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.
- 12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.
- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e

também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.