



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Minardi Mitre, Sandra; Gurgel Andrade, Eli Iola; Minardi Mitre Cotta, Rosângela
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, vol. 18, núm. 7, julho, 2013, pp. 1893-1902
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63027990004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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

Attendance and the change in the praxis of rehabilitation:
a study of Centers of Reference in Rehabilitation
in the network of the Unified Health System
in Belo Horizonte, State of Minas Gerais, Brazil

Sandra Minardi Mitre ¹
Eli Iola Gurgel Andrade ²
Rosângela Minardi Mitre Cotta ³

Abstract *The rehabilitation centers have emerged and become legitimized in the biomedical model, which from the implementation of attendance, namely the operational guidelines of the national policy of humanization in care and management of the Unified Health System (SUS), have been seeking changes to ensure humanized access and the resolution of health problems. The aim of this study was to analyze the attendance in Rehabilitation Centers of Reference (CCR) of SUS in Belo Horizonte (MG), from the perspectives of professionals and patients. Using a qualitative approach, the research was carried out from August 9 to December 27, 2010, in three CRRs. For data collection, focus groups were conducted with 21 professionals and interviews with 30 patients. This study showed that the current biomedical model in the view of professionals restricts its activities in attendance, limiting the participation and autonomy of patients. The attendance has led to reflections and questions when broadening the vision and governability of the teams. The results reveal the need to equip teams for the construction of innovative practices through ongoing education and the creation of protected spaces for reflection and discussion.*

Key words *Attendance, Rehabilitation, Unified Health System, Health policy, Health service evaluation*

Resumo *Os Centros de Reabilitação surgiram e se legitimaram no modelo biomédico, que a partir da implementação do acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), vêm buscando mudanças para garantir o acesso humanizado e a resolubilidade. O objetivo deste estudo foi analisar o acolhimento nos Centros de Referência em Reabilitação (CRR) da rede SUS de Belo Horizonte na perspectiva dos profissionais e usuários. De abordagem qualitativa, a pesquisa foi realizada no período de 9 de agosto a 27 de dezembro de 2010, em três CRR. Para a coleta de dados, foram realizados grupos focais com 21 profissionais e entrevistas com 30 usuários. Evidenciou-se que o modelo biomédico presente nas concepções dos profissionais limita sua atuação no acolhimento, restringindo a participação e a autonomia dos usuários. A diretriz do acolhimento tem provocado reflexões e questionamentos ao ampliar a visão e governabilidade das equipes. Aponta-se para a necessidade de instrumentalizar as equipes para a construção da práxis contra-hegemônica, por meio de projetos de Educação Permanente e da criação de espaços protegidos para reflexão e debates.*

Palavras-chave *Acolhimento, Reabilitação, Sistema Único de Saúde, Política de Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG. sandraminardi@hotmail.com

² Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

³ Programa de Inovação em Docência Universitária, Laboratório de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa.

Introdução

No Brasil, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico com o aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a urbanização e a industrialização com a emergência de novos problemas relacionados à saúde ocupacional dos trabalhadores e ao aumento das morbidades por causas externas (violência e acidentes), somados à evolução dos cuidados tecnológicos, ampliaram de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação. Estas colocam em evidência, de maneira cada vez mais incisiva, o modo como as ações da reabilitação são produzidas para responder às reais necessidades de saúde da população^{1,2}.

Historicamente, os serviços de reabilitação, no Brasil, caracterizaram-se pela baixa cobertura e resolubilidade; a assistência às pessoas com deficiência era concentrada em centros especializados, localizados em regiões urbanas e economicamente mais favorecidas, excluindo parcela significativa desta população³⁻⁶. De acordo com Amate⁷, 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, terminando por negligenciar as necessidades desse segmento populacional e agravar as iniquidades sociais.

Vale ressaltar que segundo a Organização das Nações Unidas⁸, a reabilitação é um processo que “visa conseguir que 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 a própria vida e ser mais independentes [...]”.

À luz das inovações propostas pela Reforma Sanitária, iniciou-se a reconstrução da assistência à saúde da pessoa com deficiência no país, com a consequente implantação de uma rede territorial de assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, em 1991, implantou-se o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria n.º 827/1991; e a partir de 2002, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPD), promulgada pela Portaria n.º 1.060/2002, que vem sendo reformulada a cada ano. A PNASPD busca construir um modelo de reabilitação baseado na integralidade e articulado em redes integradas e regionalizadas, em interface com outras políticas e setores. Para isso, o Ministério da Saúde propõe que os serviços sejam fornecidos da forma mais próxima possível do

usuário, tanto do ponto de vista geográfico, quanto social e cultural, integrando-se no conjunto da municipalização da saúde^{1,9}.

Nessa perspectiva, a rede de atenção à pessoa com deficiência no SUS vem sendo reconstruída, abrangendo seus diferentes níveis, desde a média e alta complexidade até a atenção primária (APS). Os Centros de Referência em Reabilitação (CRR) tornaram-se responsáveis por ações e procedimentos de média e alta complexidade, em caráter ambulatorial, além do desenvolvimento e produção de conhecimentos, tecnologias e capacitação dos profissionais^{1,3}. Os hospitais especializados em reabilitação prestam atendimento aos casos que requerem tecnologia de alta complexidade e intervenção mais frequente e intensa^{1,3}. Enquanto que na APS foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM N.º 154/08, com objetivo de atuar mais próximo das comunidades e em conjunto com as equipes do Programa de Saúde de Família (PSF) e demais programas e níveis de complexidade do SUS^{1,9,10}.

Destarte, no cenário nacional tem sido debatida a necessidade de reconstrução dos modos de operar os serviços de saúde em direção a uma prática centrada no sujeito e na produção do cuidado em saúde¹¹⁻¹³. Assim, a partir de meados da década de 90, a diretriz do acolhimento foi introduzida nos serviços de saúde do SUS, visando, além de ampliar o acesso, possibilitar mudanças no processo de trabalho em saúde ao transformar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários/comunidades para a construção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade¹¹⁻¹³.

Nessa direção, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Humaniza SUS (PNH)^{11,14}, na qual o acolhimento passou a ser configurado como sua principal diretriz operacional. A PNH visa promover a universalidade da assistência e a governabilidade das equipes interdisciplinares para o trabalho coletivo, humano e resolutivo, por meio de mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços^{3,11-15}.

O município de Belo Horizonte (BH) vem se inscrevendo na história e construção do SUS de maneira significativa, foi um dos primeiros municípios brasileiros a implantar o acolhimento na APS, ainda no ano de 1995^{3,11,16-18}. Em consonância com a PNH, o município tem expandido esta diretriz para os demais níveis de complexidade de sua rede/SUS, alcançando, desde 2005, os seus CRR^{3,19}.

Diante dessas considerações preliminares, o objetivo deste estudo foi analisar o acolhimento

e as transformações na práxis da reabilitação, das perspectivas dos profissionais de saúde, que fazem o acolhimento, aos usuários acolhidos nos Centros de Referência em Reabilitação da rede SUS de BH (CRR/SUS BH).

Metodologia

Campo, desenho do estudo, sujeitos e aspectos éticos da pesquisa

Este estudo é um recorte de uma pesquisa do programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada no período de 9 de agosto a 27 de dezembro de 2010, nos três CRR/SUS BH, que analisou os avanços e os desafios do acolhimento na reabilitação do município de Belo Horizonte³.

Fundado em 1897, o município de BH é a capital de Minas Gerais (MG) e possui área de 331 km² e 2.375.444 habitantes²⁰. A sua rede de reabilitação pública vem se organizando desde a atenção primária à saúde até a média e alta complexidade para o atendimento integral à sua população. BH possui três CRR, que além de atenderem à população, se constituem em referência de alta complexidade para a Rede Estadual de Assistência de MG^{3,19,20}.

Em caráter complementar, BH conta com clínicas e Instituições de Ensino Superior conveniadas e reguladas pelos seus CRR³. Para os casos que requerem intervenção mais frequente e intensa, o município conta com hospitais de referência em reabilitação^{1,3}.

Vale destacar que, na atenção primária, BH realizou as primeiras experiências com o NASF ainda em 2005³. Atualmente, BH conta com 48 equipes do NASF e com o projeto BH Saúde^{3,20}, implantado desde 2006, que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, estimulando a adesão de modos de vida saudáveis para a prevenção e o controle integrado das doenças não transmissíveis (DNT). Nesse projeto foram implantadas, dentre outras atividades integrativas e complementares, as Academias da Cidade (espaços para a prática de exercícios físicos na comunidade), o *Lian Gong* (atividade física, baseada na cultura tradicional oriental, que trabalha as articulações, postura, percepção dos sentidos e emoções, e estimula o autocuidado e a atenção com a própria saúde)^{3,20}.

Esta pesquisa escolheu a abordagem qualitativa como meio para apreender o fenômeno, o acolhimento nos CRR SUS/BH, e por adequar-se aos

fenômenos singulares e delimitáveis pode contemplar o seu grau de complexidade e possibilitar a abertura de novas perspectivas, atingindo o mundo dos símbolos, significados, subjetividade e intencionalidade dos sujeitos participantes²¹⁻²³.

Para a coleta de dados foram realizados grupos focais e entrevistas semiestruturadas. A pesquisa com grupos focais visa a captar pelas trocas ocorridas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, permitindo ao pesquisador compreender o evento pesquisado, além de auxiliar os participantes a explorar e clarear sua visão em relação às ações realizadas em suas práticas cotidianas do evento pesquisado^{21,23,24}. Por sua vez, a entrevista, segundo Neto²⁵ é um instrumento indicado para o trabalho de campo, no qual o pesquisador busca informações contidas na fala dos sujeitos que vivenciam determinada realidade a ser focalizada. De acordo com Minayo²¹, no ato da entrevista, a inter-relação contempla os planos afetivo e existencial e o contexto do dia-a-dia das experiências e linguagens, que podem ser reveladoras de condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos, concepções e percepções, acerca do que se quer conhecer nas pesquisas.

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 de BH, e, antes da entrada em cada CRR, com as respectivas gerências, coordenações e equipes.

Os sujeitos participantes foram os profissionais de saúde que realizavam o acolhimento e os usuários acolhidos nos CRR SUS/BH. Foram convidados a participar todos os profissionais que realizavam o acolhimento, no período do estudo. Assim, participaram dos grupos focais 21 profissionais de diferentes categorias: terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas e fonoaudiólogos. Para a seleção dos usuários, os critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos (sem transtornos psíquicos ou cognitivos associados); ter realizado o acolhimento nos CRR e aceitar participar do estudo logo após o acolhimento realizado nas unidades pesquisadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram de entrevistas semiestruturadas 30 usuários³. Para definir o tamanho da amostra, foram recrutados os sujeitos que detinham as informações e as experiências com o acolhimento na unidade pesquisada. Além disso, foi considerado o conjunto de informantes que possibilitou a apreensão de semelhanças e diferenças nas respostas, bem como o

número de sujeitos suficiente para permitir a rein-
cidência das informações²¹.

Roteiros previamente construídos foram uti-
lizados para as entrevistas e os grupos focais. No
grupo focal foi explorado o significado do acolhi-
mento, seus objetivos, facilidades e dificuldades.
Na entrevista, era abordado o significado do aco-
lhimento e as dificuldades e facilidades encontra-
das, a trajetória/itinerário do usuário até chegar
ao CRR SUS/BH. Após o consentimento dos su-
jeitos, as entrevistas e os grupos focais foram gra-
vados, permitindo que as informações coletadas
fossem transcritas de forma fidedigna, além de
facilitar ao pesquisador retornar à fonte registra-
da, checar as informações e obter novas conclu-
sões. Para a análise dos dados, utilizou-se a Aná-
lise de Conteúdo proposta por Bardin²⁶, que com-
preendeu três etapas: pré-análise; exploração do
material e tratamento dos resultados; e, inferên-
cia e interpretação. Para garantir o anonimato
dos participantes, suas falas foram identificadas
com o uso de letras, acompanhadas de uma nu-
meração, profissionais (P) e usuários (U).

Em cumprimento aos requisitos éticos da
Resolução 196/96²⁷ e complementares do Conse-
lho 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 pelo da Universidade Federal de
Minas Gerais (UFMG/COEP).

Resultados e Discussão

Discutir o acolhimento nos CRR SUS/BH, na
perspectiva dos profissionais e usuários, provo-
cou uma análise crítica e reflexiva do modo como
foi produzido, o que implicou inseri-lo no cam-
po dos modelos assistenciais. Para Campo²⁸, es-
tes são o modo como as ações de saúde são pro-
duzidas e a maneira como o serviço se organiza
para esta produção.

Assim, a análise deste estudo foi conduzida
em dois recortes tendo como referência as pers-
pectivas do acolhimento dos profissionais e usu-
ários, que foram produzidas no cenário real de
sua execução: o primeiro, desde a lógica do mo-
delo biomédico na reabilitação, e o segundo, en-
focando as inovações produzidas no campo da
reabilitação.

O acolhimento sob a lógica do modelo hegemônico biomédico

No modelo biomédico, segundo Capra²⁹, o
corpo passou a ser considerado como uma má-

quina com diversas peças, no qual a doença equi-
valeria a uma avaria. Aos profissionais de saúde
caberia o papel de “[...] intervir, física ou quimi-
camente, para consertar o defeito no funciona-
mento de um específico mecanismo enguiçado”.
Os Centros de reabilitação, de acordo com Al-
meida⁵, surgiram na perspectiva deste modelo,
que tomando a deficiência no seu aspecto biopa-
tológico, abriu possibilidades de reverter-la pelos
recursos tecnológicos e científicos que foram de-
senvolvidos, ganhando desta forma status e legi-
timidade social. O depoimento que segue ilustra
esta concepção, implicada no significado de aco-
lhimento dos profissionais:

[...] *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 [...] outras patologias que ele tam-
bém pode ter...* [...] (P16).

Vale salientar que a influência cartesiana na
prática de assistência à saúde adotada por este
modelo, ao dividir o homem em dois corpos dis-
tintos, o físico e o psicológico, passou a tratá-lo
por distintos campos e especialidades²⁹. Nesta
direção, a abordagem reabilitadora adotou como
eixo central de suas ações a correção de disfun-
ções, negligenciando os demais aspectos que o
indivíduo leva para a reabilitação, conforme de-
monstrado neste depoimento do profissional
sobre sua concepção de acolhimento: *é uma co-
leta do histórico do usuário, a gente não apro-
funda muito as questões, dar um panorama geral
do quadro, dar uma determinação de fluxo ade-
quado, o que a gente vai fazer com a queixa dele,
é basicamente isto* (P 5).

Nessa lógica, o sujeito não é identificado, mas
a sua patologia é que determinará sua trajetória
no Centro de Reabilitação, e desqualificado no sa-
ber que possui sobre si mesmo, ele terá pouca ou
nenhuma participação na construção de seu pro-
jeto terapêutico⁵⁻⁶. Tal abordagem ao sujeito pode
ser observada na fala do profissional: *o acolhi-
mento é o momento que o **profissional tem para
estar escolhendo o melhor caminho para aque-
le paciente**, tanto em termos do tratamento, quan-
to em termos do serviço de maior prioridade* (P 22).
Nessa direção, o usuário manifesta seu entendi-
mento sobre o acolhimento, excluindo-se do pro-
cesso: *acolhimento é assim, a gente chega, **eles ava-
liam o que a gente tá sentindo**, se aquilo ali é
motivo de continuar o tratamento, se aquele pro-
blema da gente é grave, precisa de, assim, uma coi-
sa do médico **olhar a gente mais sério** [...]* (U 8).

Estudos presentes na literatura sobre o aco-
lhimento na APS reafirmam a interferência do

modelo hegemônico caracterizado pelo trabalho centrado na consulta médica, e pouca valorização nas crenças e subjetividades do usuário, excluindo-o da construção de seu projeto terapêutico^{11,30-34}. Tal perspectiva pode ser confirmada pelo depoimento do usuário sobre o significado do acolhimento, mesmo quando adentra no CRR SUS/BH: [...] é ver se **precisa mesmo passar pelo médico ou se não precisa** [...]. **Um meio de não ocupar o médico á toa.** [...] **Eles mudaram o nome parece que agora eles estão usando outro nome** [...] **agudo. Até que esta palavra que eles tão usando é melhor – agudo** (U 20).

O discurso do modelo biomédico, segundo Sampaio e Luz³⁵, focaliza o corpo deficiente ou a disfunção da parte do corpo, que será: “objeto de interesse científico, de classificação e de intervenção.” Assim, para ser classificado, o indivíduo necessitará dos cuidados de diversos especialistas, que irão definir, sem considerá-lo como sujeito do processo, quais serão as intervenções mais adequadas. O usuário, então inicia sua trajetória/itinerário nas diferentes especialidades e equipamentos de saúde até chegar ao CRR, como confirmado pelo seguinte depoimento: **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 aí eu tirei o RX da coluna e ela falou que nestes quatro meses eu tinha piorado muito, pois eu tinha [...], que devia mesmo estar sentindo muita dor. Aí 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). Para Silva-Júnior et al.³⁶ há “uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com a doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as ‘lesões’ ou ‘disfunções’ detectadas.”

No ponto de vista do usuário, segundo Herzog³⁷, diante do saber instituído ele acaba por se tornar “sujeito-da-doença” e começa sua peregrinação em busca de soluções, quer seja nos serviços de saúde ou na religião. Tal dimensão pode ser observada na declaração do usuário, quando comenta sobre sua trajetória até o CRR SUS/BH, como peregrino do sistema público de saúde: **um desgaste na coluna, um problema de coluna e o médico achou por bem eu ir procurar aqui** [...]

e tenho encaminhamento para o neurocirurgião, pois o ortopedista disse que o negócio 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). Vale ressaltar que, segundo Cerqueira-Santos et al.³⁸, algumas práticas religiosas possuem caráter inclusivo, ao contrário da prática de saúde oficial que pode ser excludente. Pontuam que na lógica hegemônica, o indivíduo “é tratado como um objeto, submetido às técnicas que excluem qualquer manifestação afetiva ou humana, [...] nas igrejas [...] é acolhido [...] num ambiente, onde os sentimentos de compaixão e ajuda predominam, e [...] o sujeito é amparado num novo grupo”³⁸.

Nesse processo, ao se tornar “sujeito-da-doença”, conforme Herzog³⁷, o indivíduo passa a dizer “sou deficiente”, “hemiplégico”, “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 [...]”, como evidenciado no discurso do usuário, quando abordado sobre o que o levou a adentrar no CRR SUS/BH: **Tenho pressão alta, pressão grave eles falam, eu tô até acabada de tanto tomar remédio.** [...] **Eu tenho problema de pressão, reumatismo no osso, tá duendo tudo, mas eu vim aqui por causa dos braços. Tenho nódulo no fígado, benigno [...]. Eu operei minhas varizes, operei as vistas, vou fazer outra cirurgia [...]. O ortopedista disse que tenho reumatismo.** [...] **tomo 7 remédios, mas não tomo todos 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).

Complementa Lefevre e Lefevre³⁹, que no modelo biomédico existiria um deslizamento da doença para o doente. Essa transformação do indivíduo com toda sua história e vida em “sujeito-da-doença”, é expressa no depoimento do usuário: **Fui ao posto e eles encaminharam para aqui, mas até definir o problema demorou demais.** [...] **e eu fui ao ortopedista, especialista de ombro, aí foi que ele descobriu que tinha fibromialgia [...]. Fiz RX cervical, não acharam nada e disseram que era fibromialgia, então é fibromialgia e fiquei com isto, e agora, [...]** **de um lado para outro busco aqui algum tratamento** [...]. A constatação de uma disfunção cria uma situação de desequilíbrio, que torna o indivíduo inapto para prosseguir suas atividades; então, ele apela ao saber científico constituído e se coloca sobre a tutela dos profissionais e serviços de saúde³⁷.

De acordo com Almeida⁵, 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, foi legitimado como o lugar de defesa do que se considera interesse da pessoa com deficiência, assumindo sua tutela. Notadamente, este é o papel instituído e assumido por alguns profissionais do CRR pesquisado: *Eu considero assim, que o acolhimento é o local, aonde o paciente vem com aquela certeza de que a gente vai dar um direcionamento diante do que ele está pedindo [...]* (P 10).

Em sentido inverso, a construção contra-hegemônica se materializa na desconstrução e desnaturalização deste processo, na reflexão e no questionamento das representações e práticas hegemônicas embutidas nas concepções do processo saúde e doença, revelando-as como insuficientes e contraditórias para as reais necessidades dos diferentes sujeitos e populações^{3,11,36,40}. Tal questionamento pode ser observado no depoimento do profissional do CRR SUS/BH: *É da nossa cultura responsabilizar o profissional, o paciente pensa, - você tem que me curar -, e a responsabilidade por seu cuidado também é dele [...]* (P 14).

Segundo Mangia et al.⁴⁰, os profissionais no acolhimento precisariam ultrapassar “o antigo, do instituído, do institucionalizado, das respostas estereotipadas, direcionando sua energia para a produção de novas respostas”. Por sua vez, Silva-Júnior et al.³⁶ 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 autoestima, dos espaços afetivos, da autonomia [...]”.

Nesse sentido, Mattos⁴¹ discute a importância de mobilizar as equipes para a reflexão e o debate em torno da necessidade da formação permanente, estratégia essencial, pois sua ausência pode levar os profissionais a atuarem de forma restrita à sua própria experiência. A possibilidade do trabalho em rede e da Educação Permanente pode instrumentalizar os profissionais para intervenções inovadoras e necessárias^{11,41}. A demanda pela Educação Permanente foi pontuada no depoimento do profissional do CRR SUS/BH: *Acho que vale a pena qualificar, capacitar o profissional para o acolhimento, eu digo isto, pois não é só aqui não, eu já trabalhei [...] e a coisa pega ali, e realmente se a pessoa não está capacitada [...], não tem o olhar diferenciado, acaba*

comprometendo tanto o profissional, quanto a própria pessoa que foi buscar o serviço (P 21).

Destarte, a Organização Panamericana de Saúde⁴² tem colocado em pauta a discussão sobre a necessidade de melhorar a atenção prestada pelos profissionais de saúde por meio do investimento na sua capacitação. Tal debate vem sendo realizado no Brasil⁴³ a partir da Reforma Sanitária e foi reafirmado pela 9ª Conferência Nacional de Saúde⁴⁴, em 1992. Desde então, diversos estudos têm evidenciado a importância da Educação Permanente para qualificar o acolhimento no SUS e gerar inovações para a construção contra-hegemônica de modelos de saúde^{3,11,41,45-49}.

O acolhimento na perspectiva da construção de modelos inovadores na práxis da reabilitação

Uma importante conquista da 8ª Conferência Nacional de Saúde⁴³, em 1986, 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 vários aspectos. Assim, no cenário nacional o debate em torno dos determinantes da saúde, relacionados aos fatores sociais, econômicos, políticos, ideológicos, culturais, ético-raciais, dentre outros, tem evidenciado contextos que colocam em situações de vulnerabilidade e riscos diferentes populações^{43,50}.

Na perspectiva do acolhimento no SUS, a PNH propõe o debate em torno da clínica ampliada, que se baseia no compromisso do profissional de saúde com o usuário em sua singularidade, e no reconhecimento dos limites para buscar a interdisciplinaridade, a corresponsabilização e a intersetorialidade^{11,14,51}.

Nessa direção, pôde-se evidenciar que nos CRR SUS/BH pesquisados, a partir da implementação da diretriz do acolhimento, alguns profissionais têm sido capazes de ampliar sua visão do processo saúde e doença, implicando em reflexões sobre a práxis da 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. [...] é uma questão interessante, esta abordagem mais ampla e diferenciada* (P 6).

O novo modelo de reabilitação, segundo o Ministério da Saúde^{1,3}, deve basear-se na integralidade, centrar-se no usuário, e articular-se em

redes integradas e em interface com outros serviços e setores; como pode ser observado no depoimento do profissional sobre o significado do acolhimento: [...] *é a **inserção da pessoa no programa de reabilitação**, não é só para o atendimento de fisioterapia, existe uma diferença. Na verdade, vamos prosseguir com a **linha de cuidado**, pois antes dessa pessoa chegar aqui para nós, ela passou por algum **nível de cuidado**, que quando **chega para gente, na nossa porta de entrada**, temos que **'olhar este cuidado'** em relação à reabilitação, ir além deste **Centro de Reabilitação*** (P 25).

De acordo com Pinheiro e Mattos⁵², 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 procedimentos puramente técnicos e da perspectiva biológica do processo saúde-doença, ser identificado em sua totalidade e subjetividade. Tal movimento está presente nas falas dos profissionais dos CRR SUS/BH sobre o acolhimento: [...] *é o momento de **dar a voz a ele**, e também **poder dizer a ele que existem 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 biomédica que coloca o usuário do serviço como objeto, receptáculo vazio, e que deve obedecer de maneira acrítica e sem restrições às prescrições disciplinares dos profissionais¹¹. E essa transformação já pode ser observada no depoimento do profissional, que concebe o acolhimento como: *o momento que a gente **escuta**, que **ele vê que é o profissional que está ali com ele**, que **ele pode reclamar de dor, contar sua história**, o paciente vê aquele momento como um **espaço de escuta**, [...] isto **muda tudo**, é riquíssimo [...]* (P 8).

Para identificar os problemas de saúde trazidos pelo usuário, integrando a compreensão do seu contexto, há que admitir-se que os profissionais de saúde 'apreendam' a "arte da alteridade", pedra filosofal na produção do cuidado^{11,53}. A alteridade congrega a noção de humanidade plural, que ao negar a existência de um centro do saber aceita a diversidade de culturas e apreende a cultura alheia a partir da diferença^{11,53,54}. Assim, pode-se reconhecer que, o usuário detém o poder sobre suas escolhas, portanto sujeito na definição de finalidades e dos meios do trabalho em saúde. Para Ayres⁵⁵, esta nova interface dialógica terá enorme potencial para a reconstrução

das práticas de saúde, e na qual a corresponsabilização assume importância vital.

Destarte, para a construção contra hegemônica da reabilitação deve-se buscar a corresponsabilização do usuário, desde a construção do diagnóstico ao seu projeto terapêutico^{3,7,11,54,55}; importante movimento que já pode ser observado no depoimento do profissional do CRR/SUS BH: *Eu vejo o acolhimento como uma **negociação com o paciente** [...]. O momento de você **negociar com ele**, [...], **vamos tentar 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).

Vale ressaltar que tal movimento já pode ser constatado no depoimento do usuário, já que o município de BH possui uma rede integrada de assistência desde a APS: [...] *a **academia da cidade** tem três vezes por semana, vou sempre que posso [...]. **Não melhorou em relação às 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! Destrava do mundo!*** (U 4).

Outra importante face do acolhimento é sua potencialidade para revelar a dinâmica instituidora do serviço, que passa a se abrir para novas possibilidades na reconstrução do processo de trabalho, por sua capacidade de provocar reflexões e mudanças na organização dos serviços de saúde, e no resgate da governabilidade da equipe multiprofissional, o que vai ao encontro aos resultados de diferentes estudos sobre acolhimento^{11-13,16,17}. Tal potencialidade foi constatada no depoimento do profissional do CRR SUS/BH: *Tem uma **fila de agudo**, que pode esperar até dois meses! **Ai conversamos aqui, ali, e começamos a fazer um horário específico para orientação**. [...] **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 chegam mais pacientes e agudos!** (P 19). Segundo Mangia et al.⁴⁰, a implementação do acolhimento pode gerar dificuldades relacionadas à capacitação das equipes, à singularidades dos serviços, à escassez de recursos e ao excesso de demanda, mas será pelo seu enfrentamento e problematização, que poderão ser reconstruídas as possibilidades dos serviços.*

A concepção de acolhimento conforme pontua Teixeira⁵⁶, como uma rede de conversação, "acolhimento- diálogo", espaço interligado e composto de regiões de conversa, que tem o papel de

receber, interligar e mover-se por esse espaço, foi apontado como uma necessidade pelo profissional do CRR SUS/BH: [...] *no acolhimento é preciso muita **circulação de informação**, se eu tenho uma informação legal, alguma coisa que **eu descobri** em outro serviço e que eu posso estar fazendo, ou encaminhando, isto **tinha que circular para todo o mundo** [...] se eu **tenho uma dificuldade aqui, vou atrás de fulano**, [...] **ligo para outro serviço, conversamos** [...]. Olha este acolhimento aqui está difícil, assim me **ajuda aqui a resolver**, e isso dá um **andamento bom**, uma clareza boa [...]* (P 22).

Na direção da construção de uma rede de conversação, os profissionais do CRR SUS/BH apontaram para a necessidade de se criar espaços protegidos de reuniões das equipes para a reflexão e a discussão sobre acolhimento: *Nós temos **reuniões de equipe** semanais, mas 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). De acordo com Mitre et al.¹¹, em estudo de revisão sobre o acolhimento, a ausência de reuniões para reflexão e discussão das equipes sobre a assistência prestada, seus limites e possibilidades foi apontado como um desafio para a qualificação e a operacionalização do SUS.

Nessa direção, destaca-se a reflexão dos profissionais do CRR SUS/BH sobre a experiência do grupo focal, que o apontaram como um espaço e momento importante para o debate sobre o acolhimento nas práticas cotidianas do serviço: *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). Segundo Ktzing⁵⁷ “a ideia por trás do grupo focal é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e a clarear sua visão, por meios que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista frente a frente”.

Considerações finais

Historicamente, o CRR se afirmou e ganhou legitimidade no modelo biomédico, que ao tomar a pessoa com deficiência em sua dimensão puramente bio-patológica sobrepujou a visão do cuidado integral. A concepção do acolhimento mar-

cada pela lógica deste modelo foi identificada nos discursos dos profissionais e usuários entrevistados neste estudo, na qual o usuário não é identificado, conquanto sua patologia é que determinará seu itinerário até a reabilitação e no CRR.

O usuário, durante sua trajetória, será alvo da avaliação de profissionais, que negligenciam sua subjetividade e desqualificam seu saber, excluindo-os da construção de seu próprio projeto terapêutico. Por sua vez, esse mesmo usuário diante de sua condição de saúde debilitada, se sente inapto para prosseguir suas atividades, e, ao se assumir como sujeito-da-doença apela ao conhecimento dos profissionais de saúde, se colocando sob sua tutela. Desta maneira, as equipes exploram pouco o espaço relacional com os usuários para a construção de novas ações, que possibilitem o fortalecimento de sua autonomia, responsabilização e empoderamento.

Em direção contrária e inovadora, surge a diretriz do acolhimento, que coloca em pauta o debate em torno da clínica ampliada, e o reconhecimento do usuário enquanto sujeito da produção do cuidado, ressaltando o papel estratégico da integralidade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Nos CRR SUS/BH estudados, pôde-se evidenciar que a introdução da diretriz do acolhimento gerou desconfortos, provocou reflexões e suscitou mudanças na organização dos serviços. Assim, transformações foram corroboradas no aumento da governabilidade das equipes e na busca da interdisciplinaridade pelo intercâmbio entre os profissionais do próprio serviço e nos encaminhamentos para outros equipamentos e níveis de complexidade da rede do SUS de BH, quando os acolhedores se depararam com os limites da especialidade, buscando atingir a integralidade. Verificou-se também o início de uma negociação com os usuários sobre o seu projeto terapêutico, que merece aprofundamento.

Os resultados deste estudo apontaram para a importância de instrumentalizar as equipes dos CRR SUS/BH para ações inovadoras por meio da Educação Permanente e pela criação de espaços protegidos para a reflexão e debate das equipes. Vale ressaltar que no acolhimento o diálogo e o aprofundamento das equipes, diante dos impasses e limitações do serviço e/ou daqueles relativos à práxis profissional, podem auxiliar na superação do modelo hegemônico à luz do princípio da integralidade na produção do cuidado em reabilitação.

Colaboradores

SM Mitre foi responsável pelo desenho do estudo, pesquisa, redação e revisão do manuscrito. EIG Andrade e RMM Cotta foram responsáveis pelo desenho do estudo, orientação, redação e revisão do manuscrito.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: MS; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 2010.
3. Mitre SM. *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 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
4. Cardoso LGRA. *Estudo sobre a distribuição dos serviços de reabilitação: o caso do Estado do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
5. Almeida MC. *Saúde e reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais* [tese]. Campinas (SP): UNICAMP; 2000.
6. Almeida MC, Campos GWS. 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 USP* 2002; 13(3):118-126.
7. Amate A. La Rehabilitación en América Latina. *Bol Of Sanit. Panam* 1988; 104(2):209-214.
8. Organização das Nações Unidas (ONU). *Normas sobre a equiparação de oportunidade para pessoas com deficiência*. São Paulo: APADE, CVI, NA; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: DF; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: MS; 2010.
11. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 17(8):2071-2085.
12. Merhy EE. 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: Campo CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-120.
13. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: MS; 2006.
15. Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(Supl.1):581-594.
16. Malta DC, Merhy EE. A Avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. *Rev. Esc. Minas* 2004; 8(2):259-267.
17. Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: Campo CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-142.
18. Ananias P. Prefácio. In: Campo CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. *O sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 7-8.
19. Vaz ACA, Ribeiro CL, Rodrigues MATB, Viana MLM. A implantação de um modelo e gestão que garanta a humanização da atenção ao usuário. *Rev Min Saude Pub* 2005; 4(6):20-30.
20. Belo Horizonte. Prefeitura de Belo Horizonte. *Planejamento de saúde de Belo Horizonte 2010 – 2013*. Secretária Municipal de Saúde Belo Horizonte - MG 2010- 2013. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2010. [acessado 2011 set 12]:(cerca de 205 p). Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pms_revisado_11_agosto_2010.pdf.
21. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 2006.
22. Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Coleção Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2009.
24. Barbour R. *Grupos focais*. Coleção Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.
25. Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1994. p. 51-66.

26. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
28. Campo GWS. *Razão e Planejamento*. São Paulo: Hucitec; 1989.
29. Capra F. *O ponto de mutação*; a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix; 2006.
30. Cavalcante Filho JB, Vasconcelos SEM, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):315-328.
31. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1523-1531.
32. Oliveira A, Neto Silva JC, Machado MLT, Souza MBB, Feliciano AB, Ogata MN. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da familiar de São Carlos. SP. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(27):749-762.
33. Souza CF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):100-110.
34. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):331-340.
35. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação Internacional da Organização Mundial de Saúde. *Cad Saude Publica* 2009; 25(3):475-483.
36. Silva-Júnior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPES, UERJ, IMS, ABRASCO; 2005. p. 113- 129.
37. Herzog R. A percepção de si com sujeito-da-doença. *Physis* 1991; 1(2):143-155.
38. Cerqueira-Santos E, Koller SH, Pereira MTLN. Religião, Saúde e Cura: um Estudo entre Neopentecostais. *Psicol. cienc. prof* 2004; 24(3):82-91.
39. Lefreve F, Lefreve AMC. Saúde como Negação da Negação: uma Perspectiva Dialética. *Physis* 2007; 17(1):15-28.
40. Mangia EF, Souza DC, Mattos MF, Hidalgo VC. Acolhimento: uma postura estratégica. *Rev Ter Ocup USP* 2008; 19(2):121-130.
41. Mattos HF. Obstáculos aos programas de promoção da saúde e prevenção dos danos da violência entre os adolescentes. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5): 1112-1115.
42. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: OPAS; 2002.
43. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. *Boletim da 8ª Conferencia Nacional de Saúde*. Brasília: MS; 1986.
44. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 9ª Conferencia Nacional de Saúde*. Brasília: MS; 1993.
45. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa de saúde da família: reflexões estratégicas. *Saude Soc* 2009; 18(4):744-755.
46. Ceccim RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(4):973-986.
47. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde: debates atuais. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.2):2133-2144.
48. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais de Programa da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv Saúde* 2006; 15(3):7-18.
49. Campos EF, Pierantoni CR, Viana ALD, Faria RMB, Haddad AE. Os desafios atuais para a educação permanente no SUS. *Cad RH Saúde* 2006; 3(1):41-54.
50. Buss PM, Pellegrini AF. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis* 2007; 17(1):77-93.
51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: MS; 2008.
52. Pinheiro R, Mattos RA. Práticas eficazes x Modelos Ideais. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPES, UERJ, IMS: Abrasco; 2005. p. 7-34.
53. Cotta RMM, Gomes AP, Maiua TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2007; 31(2):278-286.
54. Scholze AS, Duarte Junior CF, Silva FY. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):303-314.
55. Ayres JRC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude Soc* 2004; 13(3):16-29.
56. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma prática de conversação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, CEPES, Abrasco; 2007. p. 89-112.
57. Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais de atenção a saúde. In: Pope CE, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 31-40.

Artigo apresentado em 15/02/2012

Aprovado em 28/03/2012

Versão final apresentada em 13/04/2012