

HUMANIZAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO

HUMANIZATION AND WORK PROCESS IN REHABILITATION

HUMANIZACIÓN Y PROCESO DE TRABAJO EN REHABILITACIÓN

Luana Maria Bento¹
 Soraia Dornelles Schoeller²
 Jorge Lorenzetti³
 Thayse Silva Bento⁴
 Flavia Regina Souza Ramos⁵
 Ana Carolina Klein⁶

A Política Nacional de Humanização é uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e compartilhamento de responsabilidades dos diversos atores sociais envolvidos no cuidado. O objetivo foi conhecer se o processo de trabalho num centro referência estadual em reabilitação é humanizado. Tratou-se de estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no segundo semestre de 2012, em um Centro de Reabilitação referência do estado de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, observação e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados. Utilizou-se a análise temática com base nas categorias prévias relacionadas à humanização – acolhimento, clínica ampliada e compartilhada; práticas coletivas de gestão e avaliação da assistência. Como resultados evidenciou-se que o processo de trabalho pauta-se no acolhimento, há o trabalho em equipe e não há avaliação da assistência. Concluiu-se que há o acolhimento, o trabalho em equipe e o olhar multiprofissional para a integralidade das pessoas lá atendidas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em saúde. Humanização da assistência. Reabilitação. Medula espinhal.

The National Policy of Humanization proposes the extension of the solidarity bonds and shared responsibility of the various social actors involved in healthcare. The objective was to understand whether the work process in a state reference center for rehabilitation is humanized, in accordance with the Health Ministry policy. This was a case study with a qualitative approach, conducted in the second half of 2012, in a Rehabilitation Centre of reference in the state of Santa Catarina. Data collection was conducted through interviews, observation and documentary analysis (records of respondent users). In the analysis prior categories related to humanization were used – reception, extended and shared clinic; collective management practices and evaluation of the assistance. As a result, it was evidenced that the work process is guided by the reception, there is teamwork, but there is no evaluation of the care. It was concluded that the actions developed are still insufficient for the humanization of healthcare.

KEY WORDS: Health management. Humanization of assistance. Rehabilitation. Spine cord.

La política nacional de humanización propone la ampliación de los vínculos de solidaridad y responsabilidad y compartimiento de los diversos actores sociales involucrados en el cuidado. Se objetivó saber si el proceso de trabajo

¹ Enfermeira. Trabalha no Hospital Marieta Konde Borhausen, Itajaí, SC. luhbento@gmail.com

² Professora do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). soraia.dornelles@ufsc.br

³ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da UFSC. jorgelorenzetti@hotmail.com

⁴ Graduanda em enfermagem pela UFSC. Bolsista de extensão. thaysebento@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. flavia.ramos@ufsc.br

⁶ Enfermeira. Trabalha na Prefeitura Municipal de Joinville, SC. aninha.carol@gmail.com

en un centro de referencia estatal para la rehabilitación es humanizado, de acuerdo a la política del Ministerio de la Salud. Se trata de un estudio de caso con un enfoque cualitativo, realizado en la segunda mitad de 2012, en un Centro de Rehabilitación de referencia del estado de Santa Catarina. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas, observación y análisis documental (registros de los usuarios entrevistados). En el análisis fueron consideradas categorías anteriores relacionadas con la humanización – acogida, clínica ampliada y compartida; prácticas colectivas de gestión y evaluación de la asistencia. Como resultado se evidenció que el proceso de trabajo se guía en la acogida, hay trabajo en equipo y no hay una evaluación de la asistencia. Se concluyó que las acciones desarrolladas aún no son suficientes para la humanización de la asistencia.

PALABRAS-CLAVE: Gestión en salud. Humanización de la atención. Médula espinal. Rehabilitación.

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), deficiência é a diminuição ou ausência da capacidade para a execução de atividades dentro da margem considerada normal para as pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Já o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a define como a ausência ou mau funcionamento de algum órgão ou Sistema (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Uma deficiência pode ser adquirida ou inata. As primeiras são causadas essencialmente por traumas – as causas externas – e pelo envelhecimento da população. Entende-se por causas externas, acidentes e violências, incluindo acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, fumaça, fogo e chamas, envenenamentos e intoxicações, suicídio, agressões, eventos indeterminados, intervenções legais, dentre outras (MATHIAS et al., 2014).

O censo populacional brasileiro de 2010 evidenciou, no Brasil, que 23,9% das pessoas têm alguma deficiência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Em âmbito global, avalia-se que este percentual seja de, no mínimo, 10% da população mundial e esteja articulado com a violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Portanto, trata-se de um problema de saúde muito mais prevalente do que se percebe.

Em 2012, ocorreram no Brasil 152.013 óbitos por causas externas, sendo 94.613 entre as idades de 15 a 44 anos (o equivalente a 62,24%); na faixa etária entre 15 a 24 anos, este percentual foi de 74,64%, seguido de 57,74% entre 25 a 34 anos (BRASIL, 2012a). Pesquisa em instituição brasileira referência em reabilitação, desenvolvida

no ano de 2014, demonstrou que 22,3% do total de internações foi devido às causas externas; destas, os acidentes de trânsito representaram 49,45% (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2013).

As pessoas que sobrevivem à violência urbana demandam assistência médico-hospitalar de alta complexidade. Parte delas têm graves sequelas que resultam em deficiência física e são predominantemente homens jovens. Sua assistência a saúde é extremamente onerosa, necessitando de grandes períodos de internação (SCHOELLER et al., 2011; SILVA et al., 2012).

Deficiência e incapacidade são aspectos distintos da mesma questão: se a primeira refere-se à dificuldade em realizar atividades consideradas normais, devido à falta e/ou mau funcionamento de um órgão ou sistema, a segunda é a desvantagem gerada pela primeira, dentro da coletividade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Isto se coloca na vida cotidiana, desde atividades mais simples, como a locomoção, o acesso em vias públicas, o vestir-se, alimentar-se, entre outras, até as mais complexas, como trabalhar e participar da vida coletiva. Cabe à sociedade prover, por meio de políticas públicas, as condições necessárias para que os desiguais tenham as mesmas possibilidades de viver com qualidade e dignidade.

A OMS relaciona deficiência e desigualdade social, associando-a com pobreza e violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Assim, há que se considerar que as pessoas possuem histórias de vida que lhe conferem características físicas, psíquicas, sociais, culturais e emocionais, além da condição física. Esta não

deve interferir e nem impor limites na maneira como a pessoa irá gerir sua vida, seja física, sensorial ou intelectual (MARTINS, 2008).

Para realizar o cuidado a essas pessoas é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados. O cuidado é longo e complexo, na medida em que deve contemplar desde a fase aguda do problema gerador da condição até sua reabilitação. Reabilitar indica habilitar novamente para realizar atividades anteriormente consideradas simples, que, de modo abrupto, deixaram de ser. Este é um trabalho multiprofissional, no qual o sujeito precede a patologia. Cada indivíduo responde de forma diferenciada, independente da gravidade de sua condição (SCHOELLER et al., 2014). A reabilitação de pessoas com incapacidades é um processo que visa permitir-lhes alcançar e manter seus melhores níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais. A reabilitação fornece às pessoas as ferramentas que necessitam para atingir a independência e autodeterminação (SANTA CATARINA, 2014).

O processo de trabalho é o modo pelo qual são desenvolvidas as atividades profissionais. Tal processo engloba quatro elementos fundamentais: objetos de trabalho, aqueles a serem transformados, as matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais; meios de trabalho ou instrumento, as máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, os conhecimentos e habilidades; força de trabalho, aquela composta pelos trabalhadores responsáveis pela realização do transformar objetos para atingir fins previamente estabelecidos; finalidade, com vistas a satisfazer as necessidades e expectativas dos homens no seu contexto social e histórico (FARIA et al., 2009).

O trabalho em saúde é parte dos serviços. Nele, o objeto de trabalho é a própria pessoa a ser cuidada. Ele só existe enquanto se realiza. Sua finalidade é a melhoria da saúde da pessoa cuidada e sua reabilitação. É realizado por uma equipe multiprofissional, no qual a atuação da pessoa com deficiência é fundamental para o alcance da finalidade.

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, é uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e compartilhamento de responsabilidades dos diversos atores sociais envolvidos no cuidado, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação de pessoas e coletividades. Preconiza a ampliação do objeto de trabalho, o diálogo entre profissionais e destes com os usuários e familiares, com novas interações. Tem como princípios a valorização das dimensões subjetiva e social, o fortalecimento do trabalho em equipe e o protagonismo dos usuários, entre outras (BRASIL, 2010a).

Esses três eixos (pessoa com deficiência, processo de trabalho e humanização) possibilitaram a formulação da questão central deste estudo: A reabilitação da pessoa com deficiência é humanizada? Tal questionamento resultou no objetivo de conhecer se o processo de trabalho num centro referência estadual em reabilitação é humanizado.

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina, intitulado “O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina: realidade e desafios”.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, realizado no segundo semestre de 2012, em um Centro de Reabilitação referência para o estado de Santa Catarina. Esta estratégia mostrou-se adequada para investigar o processo de trabalho em sua dinamicidade, utilizando variadas técnicas para acesso a fontes de evidências, como documentos, entrevistas e observações (YIN, 2010).

A coleta de dados buscou acessar questões de interesse em várias fontes, devidamente organizadas. A triangulação dos dados deu-se com o fim de compreender o processo de trabalho em reabilitação diretamente dos profissionais e usuários. Também foi realizada observação sistemática e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados.

Participaram do estudo 10 usuários com lesão medular atendidos no centro e 22 profissionais da equipe de saúde que atuam junto a essas pessoas. A amostragem foi intencional, quanto aos usuários, tendo sido escolhidos aqueles que compareceram ao serviço no período de outubro e novembro de 2012. No tocante aos profissionais, o critério de inclusão foi trabalhar há mais de um ano; no caso de haver mais de uma pessoa da mesma profissão, foi escolhida aquela com mais tempo de serviço no Centro. Os critérios de exclusão foram assim estabelecidos: ter lesão cerebral associada e não participar do programa de reabilitação (no caso dos usuários). Para os profissionais, não participaram da pesquisa aqueles que estavam em gozo de férias ou de licença no período da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas no próprio Centro, gravadas em áudio e posteriormente transcritas. A pesquisa obedeceu às normas éticas expressas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina pelo Parecer n. 128.520, de 22/10/2012. Os participantes usuários foram identificados com a letra U, e os trabalhadores com a letra T, seguidas do algarismo romano designativo da sequência da entrevista.

Os dados foram analisados consoante a análise de dados temática proposta por Gomes (2009). Seguiram-se os seguintes passos: categorização, inferência, descrição e interpretação.

Com o objetivo de investigar a humanização no processo de trabalho em reabilitação, foram elencadas categorias prévias: acolhimento, clínica ampliada e compartilhada, práticas coletivas de gestão e avaliação da assistência.

Seguiu-se o seguinte itinerário: contato com a direção do Centro e apresentação da proposta; contato com os usuários e apresentação da proposta; entrevista com os usuários; coleta de dados – pesquisa documental; observação do processo de trabalho dos profissionais; entrevista com os profissionais; organização e análise dos dados; elaboração do relatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados em quatro categorias, todas voltadas à humanização da assistência: acolhimento; clínica ampliada e compartilhada; práticas coletivas de gestão; e avaliação da assistência.

Inicialmente é exposta a caracterização dos participantes: usuários com lesão medular atendidos no Centro Referência e equipe profissional. Foram entrevistados dez usuários que participavam do programa de reabilitação, sendo todos do sexo masculino e com idade entre 16 a 42 anos. Sete são casados e três são solteiros. Sete têm até o ensino fundamental; um, ensino médio incompleto e um, completo; e um tem ensino superior incompleto. As profissões foram diversificadas: colhedor de frutas, pintor, segurança, pedreiro, motorista de caminhão, mecânico, comerciante, caldeirista, inspetor de sinistro. O entrevistado de dezesseis anos ainda não tinha profissão. A ocupação atual variou: perícia para aposentadoria (um), aposentado (seis), afastado por acidente de trabalho (um) e recebendo auxílio doença (um) – nenhum trabalhando efetivamente.

Quanto à religiosidade dos participantes, excetuando um, todos afirmaram ter uma religião: seis são católicos, dois evangélicos e um umbandista. No tocante à etiologia da lesão, quatro foram causadas por arma de fogo; duas por queda; três devido a acidente de trânsito e uma por anestesia raquimedular. O trauma devido a violência urbana foi a principal causa.

O tempo da lesão variou de seis meses a nove anos. No que diz respeito ao nível da lesão: três tetraplégicos, cinco paraplégicos e dois desconheciam.

Em relação à equipe profissional, dos 22 trabalhadores entrevistados, 6 atuam na área administrativa, tendo pouco ou nenhum contato com o usuário. Um desses acumula atividade de gerência com o atendimento direto aos usuários. Os outros 16 trabalham diretamente com os usuários, não somente aqueles com lesão medular. Todos os trabalhadores realizaram ao menos o ensino médio completo. Destes, 14 são

graduados, dentre os quais 6 mestres e 1 doutor. Observou-se que a capacitação formal dos trabalhadores é compatível com a função atribuída na equipe e serviço. O tempo de trabalho no Centro variou de um mês a 31 anos; 2 trabalham há menos de 2 anos, 10 entre 3 a 10 anos e 10 há mais de 10 anos. Dos 22 entrevistados, 3 já atuaram em algum outro centro de reabilitação, o que demonstra que a maioria iniciou com pouca experiência prática no setor.

Gestão do Processo de Trabalho

Para a reflexão sobre as categorias abordadas nesta seção, os dados coletados por meio da observação e das entrevistas com os usuários e com os profissionais de saúde foram triangulados.

Acolhimento

O acolhimento oportuniza a criação do vínculo de confiança e compromisso entre os usuários, as equipes e os serviços prestados (BRASIL, 2010b). Acolher é dar acolhida, hospedar, atender, receber, tomar em consideração (ACOLHER, 2010). Nesse sentido, de “estar com” ou “estar perto de”, o Ministério da Saúde quer afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH do SUS (BRASIL, 2010b).

Observou-se que o acolhimento é realizado por todos os profissionais desde o primeiro contato. Durante as entrevistas com os usuários, quando esses foram questionados sobre quais profissionais foram importantes em sua reabilitação, o acolhimento prestado por todas as profissões foi lembrado: “O atendimento é ótimo, eu gosto. Já me indicaram para fazer em Curitiba, mas eu prefiro vir mais longe e ser bem atendido.” (UIX). A enfermagem foi destacada como uma profissão que acolhe: “Enfermagem, pelas conversas, esporros (quando não estamos seguindo o que elas te ensinam), paciência, carinho, porque elas fazem com gosto, sem cara feia.” (UVIII).

Backes (2008) destaca que o enfermeiro é o profissional que acolhe e articula as ações de saúde, identificando as necessidades e expectativas dos usuários, pela sua capacidade de

interagir diretamente com o usuário, seus familiares e com a comunidade, além de promover a interação desses com todos os profissionais.

Um trabalhador mostrou saber da importância do acolhimento aos usuários em sua fala:

Tento me colocar no lugar deles, mas só passando na pele é que sentimos realmente. Ensino-os e alerto-os de que passarão por preconceitos, mas tento ajudá-los a não desistir e não desanimar. Tento ajudar com uma palavra de conforto. Com muitos pacientes tenho amizade. Às vezes, com uma pessoa fora de casa, eles conversam o que não conseguem falar em casa. (TIII).

A concepção do acolhimento, vinculada a outras propostas de mudança no processo de trabalho e de gestão dos serviços, é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b)

Clínica ampliada e compartilhada

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma proposta de mudança que visa um novo modo de trabalhar, de modo a articular e incluir as diferentes perspectivas e disciplinas para o atendimento das diferenças e particularidades (BRASIL, 2009).

No Centro, esse novo jeito de trabalhar já está sendo implantado. Observou-se que o usuário recém-chegado, primeiramente tem consulta com a médica fisiatra. Esta, por sua vez, o encaminha às demais especialidades, que, por conseguinte, poderão, se assim acharem necessário, solicitar o atendimento de outras especialidades não requeridas pela médica fisiatra.

Na fala do funcionário V, quando questionado sobre os profissionais que constituem sua equipe de trabalho, evidenciou-se a visão interdisciplinar com relação ao trabalho desenvolvido por ele no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR):

“Por enquanto, respondo como ponto de referência para outros profissionais. Trabalho em conjunto com a fisioterapia, ortopedia, neuro, fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição. É o ponto forte da reabilitação,

essa junção de disciplinas para o benefício do paciente.”

O usuário VI, ao ser questionado quanto aos profissionais que contribuíram para sua reabilitação, deixou claro que o trabalho interdisciplinar realmente acontece e que todos contribuíram para a sua reabilitação: “Técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fisiatras, até o porteiro, pois ele é quem me pegava no colo para passar para a cadeira.” Para Campos e Amaral (2007), a clínica ampliada considera fundamental ampliar o objeto de trabalho. O objeto de trabalho passa a ser certos estados ou condições pessoais ou sociais que deverão ser transformados (FARIA et al., 2009).

Para Campos e Amaral (2007), a medicina tradicional tem como objeto de trabalho as doenças, o tratamento das doenças. Por sua vez, para a clínica ampliada, há a ampliação desse objeto, sendo-lhe agrupados, além das doenças, os problemas de saúde, pois “[...] não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas” (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

Práticas coletivas de gestão

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma das ferramentas de intervenção do Ministério da Saúde no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), todavia outras ferramentas podem ser utilizadas concomitantemente para apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, é um conjunto de sugestões de ações terapêuticas articuladas para uma pessoa ou grupo, resultante da discussão da equipe interdisciplinar e usuário (BRASIL, 2009).

No Centro, houve a oportunidade de participar das reuniões de equipe que aconteciam uma vez por semana, às quintas-feiras. Os trabalhadores de todas as especialidades – fisioterapia, enfermagem, neurologia, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e educação física – eram convidados a participar dessas reuniões, nas quais se decidia

o ingresso dos usuários no programa de reabilitação e sua alta. Os casos mais preocupantes eram discutidos e formulava-se o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a ser realizado com aquela pessoa. Quando foi perguntado ao trabalhador XXI se ele compartilhava os cuidados com outros profissionais, constatou-se a importância dessas reuniões: “Sim, em reuniões semanais sobre os pacientes, estudo de caso.”

O trabalhador III, na mesma pergunta, destacou a importância das reuniões semanais para os usuários: “Sim, principalmente com a fisioterapeuta, quando o paciente não está evoluindo no tratamento das úlceras de pressão. Geralmente, os problemas são levados para o estudo de caso, e praticamente 90% dos problemas são resolvidos.”

Avaliação da assistência e indicadores da avaliação da assistência

Com o objetivo de avaliar os serviços de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, desde 1998, desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). O programa consiste na realização de uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, bem como aplicação, pelos gestores estaduais e municipais, de um roteiro técnico de avaliação em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, o qual considera a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2007). Tal programa é uma ferramenta de apoio à Gestão no que diz respeito à qualidade da assistência oferecida aos usuários. A avaliação em saúde busca: “[...] avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2012b).

Assim, o Ministério da Saúde lançou o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) 2012, instrumento que visa avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados no Brasil.

Além de dar maior transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, o IDSUS 2012 serve de base para que os dirigentes dos três níveis – federal, estadual e municipal – tomem decisões em favor do aprimoramento das ações de saúde pública no país. (BRASIL, 2012b).

A análise de 24 indicadores possibilita ao IDSUS avaliar o SUS. Em função da grande diversidade (demográfica, cultural, socioeconômica, geográfica, entre outras) das regiões brasileiras, não seria inteligente realizar uma classificação que somente posicionasse, em ordem crescente ou decrescente, os municípios brasileiros. Por essa razão, para realizar uma avaliação adequada, a análise comparativa das notas do IDSUS é feita por meio dos Grupos Homogêneos. Apenas dentro deles, por apresentarem características semelhantes entre si, é possível traçar um paralelo comparativo (BRASIL, 2012b).

Em nenhum dos roteiros utilizados na pesquisa – entrevista com usuário, entrevista com o trabalhador, análise do prontuário e observação do processo de trabalho – foi mencionada a existência de algum instrumento de avaliação do atendimento prestado pelo Centro. Todavia, observou-se uma caixa de sugestões/reclamações em um dos corredores de entrada no prédio, plenamente acessível aos usuários.

Por fim, tentando identificar a satisfação dos usuários em relação ao programa de reabilitação, foi-lhes perguntado o grau de satisfação, contemplando as respostas: muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito. Seis usuários responderam satisfeito e quatro, muito satisfeito. Como justificativas, foram apresentadas: “Porque sempre fui tratado bem. O atendimento deles pra mim é nota 10. Todas as áreas que eu precisei aqui, eu fui bem tratado. São profissionais de verdade.” (UVIII). “Sempre me trataram bem, mas poderia ser melhor na questão de cirurgia e aparelhagem necessária. Só tenho a agradecer. Para mim, por enquanto, está bom.” (UVI).

Em relação às categorias previamente fixadas de humanização do cuidado, constatou-se que o Centro de Referência realiza o processo de trabalho fundado em seus princípios. Salienta-se o trabalho em equipe, a ampliação do objeto de trabalho e a comunicação entre a equipe

e os resultados junto à pessoa com deficiência. Importante resgatar que, somente com a individualização do cuidado é possível obter a finalidade de reabilitar.

CONCLUSÕES

As pessoas com lesão medular atendidas no Centro referência em Reabilitação foram, predominantemente, homens jovens. Ferimento por arma de fogo e acidentes automobilísticos foram os principais causadores de lesão. Todos os trabalhadores entrevistados concluíram, ao menos, o ensino médio. Apenas dois trabalham há menos de dois anos no Centro Catarinense de Reabilitação.

A estrutura do Centro torna difícil o processo de trabalho, pois, na perspectiva de quem é cuidado, dificulta o acesso dentro das dependências. As dificuldades podem atrapalhar o processo de trabalho, todavia não impedem que os usuários alcancem sua reabilitação.

O acolhimento e a clínica ampliada foram destacados como aspectos do processo de trabalho que facilitam a reabilitação, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. O acolhimento aproxima a pessoa com lesão medular do seu processo de trabalho incentivando-a a se tornar sujeito da ação. A clínica ampliada e compartilhada busca resolver os problemas trazidos pelos usuários, articulando e incluindo todos os setores envolvidos na reabilitação.

A questão de pesquisa sobre a humanização no processo de trabalho foi respondida, concluindo-se que há o acolhimento, o trabalho em equipe e o olhar multiprofissional para a integralidade das pessoas lá atendidas. Entretanto, o estudo desse tema precisa ser ampliado, a fim de que se investigue os resultados efetivos na reabilitação dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ACOLHER. In: FERREIRA, Aurélio B.H. *Míni Aurélio*: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 13.

- BACKES, Dirce Stein. *Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora*. 2008. 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
- BRASIL Ministério da Saúde. Datasus. *Óbitos por causas externas*. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- _____. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006*. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2012.
- _____. Departamento de Atenção Básica. Notícias. *Ministério cria índice para avaliar acesso e qualidade dos serviços*. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalle.php?cod=1489>. Acesso em: 13 out. 2012.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos Humanização SUS: formação e intervenção*. Brasília, 2010a.
- _____. *Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, 2009.
- _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de promoção da saúde*. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S.; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, aug. 2007.
- FARIA, Horácio P. et al. *Processo de trabalho em saúde*. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG; Coopmed, 2009.
- GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 79-108.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico de 2010: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.
- MARTINS, Lília P. Definições. In: RESENDE Ana Paula C.; VITAL Flavia Maria P. (Org.). *A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 28-30.
- MATHIAS, Thais A.F. et al. Confiabilidade dos diagnósticos de internações por causas externas financiadas pelo Sistema Único de Saúde em dois municípios do Estado do Paraná, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4257-4265, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre a deficiência*. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPCD, 2012.
- REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. Estatísticas. *Percentual de pacientes internados por tipo de ocorrência*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.sarah.br/educacao-e-prevencao/epidemiologia/>>. Acesso em: 22 dez. 2014.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Saúde. *Centro catarinense de reabilitação*. Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2164&Itemid=448>. Acesso em: 7 mar. 2014.
- SCHOELLER, Soraia D. et al. Características das vítimas de acidentes motociclisticos atendidas em um centro de reabilitação de referência estadual do sul do Brasil. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 141-145, 2011.
- SCHOELLER, Soraia D. et al. Pesquisa em enfermagem de reabilitação: apontamentos da realidade brasileira. In: GOMES, Bárbara et al. *Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto. Escola Superior de Enfermagem, 2014. p. 36-45.
- SILVA, Gelson A da et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 929-936, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2014.
- YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2010.

Submetido: 15/10/2014

Aceito: 20/1/2015