

O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação

The client's perspective regarding their welcoming at a rehabilitation clinic

Sirlaine Vieira da Cruz¹, Liliane Dias Ribeiro², Lúcia Helena de Assis Cabral³, Rosana Ferreira Sampaio⁴

RESUMO

Dentre as novas medidas de atenção aos usuários propostos na Política Nacional de Humanização, destaca-se o acolhimento, que consiste na busca constante do reconhecimento das necessidades dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las. Estudos têm demonstrado a importância de um atendimento humanizado, onde a escuta do usuário torna-se um valioso instrumento para avaliar a efetividade do serviço oferecido à determinada população. O objetivo deste estudo foi descrever, a partir da perspectiva dos usuários, como é realizado o acolhimento em um serviço de reabilitação da mão e analisar os fatores mais relevantes. Foi adotada abordagem qualitativa e o recurso metodológico utilizado foi a entrevista semi-estruturada onde os usuários foram questionados em relação ao acolhimento, considerando suas três dimensões: acesso, postura e técnica. A análise de conteúdo foi o método escolhido e consistiu em ordenação, classificação e análise final dos resultados. Participaram

do estudo 12 usuários de um hospital público da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os usuários consideraram que um bom acolhimento refere-se à forma mais humanizada de ser recebido, isto é, com atenção, educação e carinho. A comunicação entre terapeuta e usuário demonstrou ser importante para se criar um vínculo entre ambos, construindo uma relação de confiança, gerando a satisfação do usuário e favorecendo a evolução do tratamento. Evidenciou-se que realizar um bom acolhimento é um valioso instrumento terapêutico para o profissional de reabilitação. Apresentar boa capacidade de escuta e mostrar-se sensível às necessidades do usuário ajuda na redução dos medos e ansiedades naturais no início da reabilitação, facilitando todo o processo.

Palavras-chave: Serviços de Reabilitação, Terapia Ocupacional, Traumatismos da Mão, Acolhimento

ABSTRACT

The new healthcare measures proposed by the Brazilian National Humanization Policy stress the patients' welcoming, which constantly seeks to recognize the needs of clients and the forms of satisfying these needs. Studies have demonstrated the importance of humanized care, in which listening to the client is a valuable tool for assessing the efficacy of the service offered to a particular population. The aim of the present study was to describe how clients perceive the manner in which they are received at a hand rehabilitation clinic and to analyze the most important factors. A qualitative approach was adopted, with semi-structured interviews in which clients were asked about how they were received at the clinic in terms of access, posture, and technique. Content analysis consisted of arranging, classifying and analyzing the results. Twelve patients from a public hospital in the city of Belo Horizonte, Minas

Gerais, Brazil, participated in the study. The patients considered good reception to be the most humanized manner of being received—with care, politeness, and fondness. Communication between therapist and client proved to be important in building a trusting relationship, generating client satisfaction and favoring progress in the treatment. It was evident that a warm reception was a valuable therapeutic instrument for the rehabilitation professional. Having listening skills and revealing oneself to be sensitive to the needs of the client helps reduce the natural fear and anxiety experienced at the beginning of physical therapy treatment and facilitates the entire process.

Keywords: Rehabilitation Services, Occupational Therapy, Hand Injuries, User Embrace

1 Terapeuta Ocupacional do Hospital Maria Amélia / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

2 Terapeuta Ocupacional do Hospital Maria Amélia / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

3 Mestre em Ciências da Reabilitação. Terapeuta Ocupacional do Hospital Maria Amélia / Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG

4 Doutora em Saúde Pública, Professora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais

DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v17i3a103359

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sirlaine Vieira da Cruz • Rua Minas Gerais, 32 Morro das Bicas - Raposos/MG • Cep 34400-000
E-mail: sirlainevieiracruz@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Estudos têm demonstrado a importância de um atendimento humanizado na área da saúde, que englobe tanto os cuidados relativos ao tratamento especializado quanto, as características sociais e psicológicas dos pacientes.¹⁻⁴ De acordo com Ferreira,⁵ os profissionais de saúde têm dado mais ênfase à técnica e se encontram despreparados para atender às questões sociais e subjetivas dos usuários, o que fragiliza suas práticas de atenção.

A humanização na atenção e na gestão do Sistema Único de Saúde propõe fortalecer a capacidade dos indivíduos para que analisem, avaliem e atuem junto aos determinantes de suas condições de vida e saúde.⁶ Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de relações mais próximas com os usuários, que ultrapassem o uso exclusivo da técnica na prestação da assistência.⁷ Desta forma, a escuta do usuário torna-se um valioso instrumento para avaliar a efetividade do serviço oferecido a determinada população.

Dentre as novas medidas de atenção aos usuários propostos na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, destaca-se o acolhimento, entendido como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário por meio de parâmetros técnicos, éticos e humanitários.² Essa nova cultura de atendimento enfatiza a importância da interação entre os profissionais de saúde e os usuários, e visa aproximar quem oferece ou presta o serviço de quem o recebe, personalizando a relação.⁸ O usuário é reconhecido como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde. Logo, a responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, ou seja, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.^{9,10}

Para Silva Júnior & Mascarenhas¹¹ o acolhimento pode ser dividido em: *acesso* (geográfico e organizacional); *postura* (escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe); *técnica* (trabalho em equipe, capacitação dos profissionais, aquisição de tecnologias, saberes e práticas); e *reorientação dos serviços* (projeto institucional, supervisão e processo de trabalho). Nessa perspectiva, o acolhimento não é necessariamente uma atividade em si, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento cada vez maior das necessidades dos usuários e das possíveis formas de satisfazê-las.¹²

Merhy¹³ propõe uma reflexão sobre como têm sido as nossas práticas nos diferentes mo-

mentos de relação com os usuários. No caso específico dos traumas de mão, apesar de haver uma extensa literatura sobre os aspectos relacionados ao cuidado destes pacientes, não foram encontrados estudos abordando diretamente a entrada desses indivíduos nos serviços de reabilitação. Sabe-se que as lesões de mão apresentam alta incidência e gravidade e, geralmente, necessitam de reabilitação especializada,¹⁴⁻¹⁶ e que a participação ativa dos pacientes desde o início da reabilitação é imprescindível para o sucesso do tratamento, melhora da função motora e para o retorno ao trabalho.¹⁷⁻¹⁹ É através da compreensão e da boa comunicação do terapeuta que o usuário se tornará membro ativo da equipe de reabilitação.²⁰ Considerando que o processo de reabilitação de um paciente que sofreu um trauma de mão pode ser uma etapa difícil e demorada, a equipe envolvida deve mostrar-se disponível e sensível frente à situação do usuário e estar apta a acolhê-lo de maneira adequada. Entende-se que por meio de uma escuta atenta, o profissional de saúde pode preencher grande parte das expectativas do usuário.¹¹

OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo descrever, a partir da perspectiva de indivíduos com traumatismo de mão, como acontece o acolhimento em um serviço especializado de reabilitação e analisar os fatores mais relevantes.

MÉTODOS

A abordagem qualitativa foi utilizada com o objetivo de obter uma melhor compreensão de como os indivíduos com trauma de mão percebem o acolhimento em um serviço de reabilitação. Entende-se que o objeto de estudo apresenta uma complexidade e dinâmica que serão melhor compreendidas por suas dimensões qualitativas.²¹

O estudo foi realizado no Hospital Maria Amélia Lins (HMAL), instituição pertencente à Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG), que presta atendimento especializado no tratamento cirúrgico eletivo de alta complexidade, em lesões músculo-esqueléticas. A maioria dos usuários recebe o primeiro atendimento no Pronto Socorro do Hospital João XXIII/FHEMIG e, posteriormente, são encaminhados ao HMAL para continuidade do tratamento ambulatorial e, caso necessário, para novas cirurgias.²²

Aguiar et al²³ realizou um estudo no Serviço de Cirurgia de Mão/HMAL e identificou

sua importância como referência no tratamento dessas lesões para Belo Horizonte e região metropolitana. Após consulta com cirurgião de mão, os indivíduos que apresentam alguma incapacidade são encaminhados ao Setor de Reabilitação da Mão do HMAL (SRM). Esse serviço atende, em média, 605 pessoas por ano e a equipe é formada por cinco terapeutas ocupacionais do sexo feminino especializadas em reabilitação do membro superior.²⁴

As informações deste estudo foram coletadas de maio a agosto de 2008 e o recurso utilizado para a coleta dos dados foi a entrevista semi-estruturada. Os temas abordados foram: acesso à reabilitação (encaminhamento, marcação do atendimento); postura do profissional (primeiro contato, atenção, escuta) e técnica (capacitação do profissional, orientações recebidas).

As entrevistas foram agendadas por telefone, no dia seguinte à realização da avaliação inicial no SRM, e realizadas em sala privativa por uma terapeuta não envolvida no processo de reabilitação do entrevistado. Foram feitas três entrevistas piloto com o objetivo de avaliar a adequação das questões formuladas para o roteiro e, posteriormente, foram feitas as alterações necessárias. Foram entrevistados 12 usuários adultos, selecionados de forma aleatória através de sorteio. Os participantes estavam no início do tratamento, ou seja, entre a primeira e segunda semana de atendimento. Para se definir o número de participantes utilizou-se o critério de saturação que ocorre quando, na avaliação do pesquisador, o volume e qualidade das informações tornam-se repetitivas e não geram novos dados.²⁵ Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, tornando-se documento e base de dados para a análise.

A análise de conteúdo foi o método escolhido, e consistiu em ordenação, classificação e análise final da informação.²⁶ As entrevistas semi-estruturadas possibilitaram o processo de categorização através do agrupamento dos relatos por afinidade específica, permitindo a organização temática dos resultados. De acordo com o objetivo deste estudo, os temas mais relevantes foram priorizados e organizados em categorias.

Foram observados todos os procedimentos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme proposto pela Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os indivíduos selecionados que aceitaram participar desta pesquisa foram informados dos procedimentos de coleta dos dados e da confidencialidade das informações. Todos foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de

Minas Gerais/ FHEMIG em maio/2008, parecer 0069.0.287.000-07.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados em dois blocos sendo apresentado no primeiro, uma descrição dos participantes e, no segundo, o resultado das entrevistas, que foram divididas em três categorias: acesso à reabilitação, postura do profissional em relação ao usuário e técnicas utilizadas.

Participantes

O estudo contou com 12 indivíduos com traumas de mão diversos cuja faixa etária variou de 22 a 79 anos (md=33,4), sendo sete do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A escolaridade variou entre 1º grau incompleto e 3º grau completo, sendo que a maioria (n=8) havia cursado 1º e 2º graus completos.

Categorias

Acesso

Acesso representa as facilidades ou dificuldades do usuário para obter o tratamento desejado na rede de serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade e de modalidade de atendimento.¹¹ Durante as entrevistas, os usuários relataram que tiveram facilidade em agendar o atendimento no SRM. Realizar a reabilitação no mesmo local do atendimento médico foi um fator citado como facilitador por um usuário “*Saber que eu poderia fazer as sessões de recuperação aqui no hospital me deixou muito motivado, muito feliz, porque nos postos de saúde próximos da residência nem sempre tem vaga*” (E3).

As queixas relacionadas ao acesso foram dirigidas à dificuldade em agendar a consulta médica (pré-requisito para o encaminhamento ao SRM) e para obter informações na recepção do hospital: “*Ah, foi meio confuso, porque você chega e é pouca gente pra atender na recepção, tanta gente que chega de uma vez*” (E2). Esse aspecto é discutido por Takemoto,⁴ que se refere à recepção dos serviços de saúde como sendo um local tradicionalmente conflituoso por ser responsável em receber usuários com diferentes demandas e encaminhá-los dentro das alternativas existentes no serviço.

Embora o acesso geográfico, caracterizado pela forma de deslocamento, tempo gasto na trajetória e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde²⁷ não tenha sido abordado diretamente nas entrevistas, pôde-se verificar sua relevância no relato de um usuário: “*Oh, tem dia que eu nem tenho dinheiro pra vim, a passagem é de R\$ 4,00 reais toda 3a e Sa.*

Aí eu faço o possível..., eu não faltei até hoje não, mais tem pouco tempo que eu to fazendo... Mas eu faço esforço. Agora o dia que eu não puder vim não vai ser minha culpa, vai ser porque eu não tive condições mesmo” (E11).

O relato acima demonstra a importância do processo de descentralização da assistência preconizado pelo SUS como condição necessária para melhorar o acesso²⁸ e, conseqüentemente, a adesão ao programa de reabilitação.

Postura

O acolhimento denota a postura do profissional para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários.²⁷ As entrevistas apontaram alguns fatores que facilitaram o atendimento e situações que geraram dificuldades nas relações.

Segundo os entrevistados, os fatores relacionados a um bom acolhimento referem-se à importância de ser recebido com atenção, educação e carinho. O esclarecimento de dúvidas, o atendimento humanizado, a pontualidade e a paciência das terapeutas também foram descritos. Alguns desses aspectos podem ser observados na fala de um dos usuários quando questionado sobre o conceito de acolhimento: “*É a atenção, um atendimento humano, de você ter cuidado, não ficar frio por causa da situação de estar no hospital todo dia vendo coisa ruim. Você continuar humano. Tratar a pessoa com humanidade, com atenção, com carinho. A gente já chega no hospital abalado, então você tem um atendimento atencioso, em questão de humanidade, da pessoa não ser fria, eu acho que você se sente mais a vontade, mais confiante no tratamento, e no trabalho das terapeutas que estão ali com você*” (E2).

O relato acima vai ao encontro do que Solla¹⁰ aponta em seu estudo sobre o acolhimento no sistema municipal de saúde, quando descreve que o acolhimento enquanto postura pressupõe uma atitude do profissional que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, construindo assim uma relação de confiança e apoio entre eles. Na percepção dos entrevistados a satisfação profissional também contribui para um bom acolhimento ao usuário “*(...) demonstra que as pessoas gostam de fazer o que fazem e estão realizadas*” (E3).

A maioria dos entrevistados considerou bom o primeiro contato com a terapeuta devido à receptividade durante o acolhimento, o que pode ser observado nos relatos a seguir: “*Foi ótimo. Sempre em pronto atendimento, com sorriso, porque a gente chega aqui um pouco debilitado devido ao grau do acidente. Tô muito satisfeito*” (E3); “*As meninas atendem bem, conversam, tentam distrair a gente. Ela vai conversando até estarmos bem à vontade com elas*” (E5). Apesar do predomínio dos relatos positivos, situações pontuais de má

recepção e certa rispidez no acolhimento também foram citadas. Dois usuários relataram que o primeiro contato foi ruim, referindo-se a maneira rude e sem simpatia com que foram recebidos: “*... faltou assim um pouco... ela poderia ter sido um pouquinho mais simpática, só nesse sentido, mas ela não me tratou mal em momento nenhum,.... É porque a simpatia eu acho que ajuda o paciente*” (E10); “*Eu achei ela muito séria, cara fechada*” (E12).

A maioria dos participantes relatou que o acolhimento atendeu às suas expectativas, sendo que alguns se surpreenderam com a qualidade do atendimento prestado por se tratar de um serviço público. “*Atendeu, aliás, superou, porque eu não esperava num hospital público alguma coisa assim tão cuidadosa. Eu achei que era tudo mais largado*” (E2).

Dos doze entrevistados, onze relataram que a atenção/escuta oferecida pela terapeuta foi boa e apontaram os fatores que contribuíram para a construção desta opinião: pontualidade no atendimento; esclarecimento de dúvidas; cuidado ao manipular o paciente; atenção em relação ao estado emocional e execução correta dos exercícios propostos. “*Quando tirei a tala ela perguntou se eu tava passando mal porque eu fiquei muito nervoso. Então é uma observação interessante, isso faz a gente ficar mais tranquilo*” (E1); “*Ela é muito atenciosa comigo, ela me esclarece qualquer dúvida que eu pergunto*” (E2); “*Ela não pega a minha mão de qualquer maneira, é isso que eu considero atenção*” (E7).

Starfield²⁹ descreve que a relação entre o profissional de saúde e o usuário é fundamental para a efetividade das intervenções propostas, isso foi observado nos motivos levantados pelos usuários para a continuidade do tratamento. A necessidade de recuperação foi o fator mais citado seguidos por confiança no médico que indicou o setor; expectativa de recuperar os movimentos; acolhimento dado pela terapeuta; especificidade do setor e o fato de ter gostado do hospital.

Técnica

A técnica é definida como o conhecimento específico necessário para o exercício de cada profissão.³⁰ Os procedimentos e técnicas de reabilitação da mão têm como pré-requisitos o conhecimento científico.²⁰ Já o acolhimento enquanto técnica instrumentaliza a geração de procedimentos e ações.¹¹

Baseado nesses conceitos, os usuários foram indagados sobre questões relacionadas à segurança e clareza das informações fornecidas pela terapeuta. Observou-se que a maioria se sentiu segura com as informações recebidas. “*Senti seguro porque tudo que ele (médico) falou ela (terapeuta) falou, e não tinha nada combina-*

do. Ela sabia o que ia fazer. Então deu muita segurança” (E1). Um usuário declarou insegurança em relação à sua recuperação, outro devido ao medo do início do tratamento.

Já as instruções sobre o tratamento foram consideradas satisfatórias pela maioria dos usuários e apenas um declarou que teve dúvidas relacionadas ao seu diagnóstico clínico. Sobre as orientações recebidas, a considerada mais importante foi relacionada às atividades que poderiam auxiliar ou prejudicar o tratamento, seguida da evolução do quadro e responsabilização do usuário com seu tratamento.

Foi solicitado também aos usuários sugestões para melhorar o acolhimento recebido no SRM. Metade não opinou alegando pouco conhecimento do serviço e os demais sugeriram melhorar o atendimento na recepção do hospital, a condição de trabalho e a aquisição de novos equipamentos. “O que elas precisam é de condições de trabalho e de material. Uma organização melhor da sala. Depende de investimento do hospital” (E2). Cabe destacar ainda que o esclarecimento sobre o diagnóstico e tratamento por parte dos médicos foi citado por dois entrevistados “... Esclarecer mais na hora da cirurgia, o que realmente vai acontecer com você. A gente fica muito ansiosa. Igual no meu caso, eu nunca tinha feito uma cirurgia” (E6).

CONCLUSÃO

Este estudo ofereceu informações coerentes com aquelas encontradas na literatura sobre acolhimento. Foi observado que o acolhimento vai além do oferecido pelo profissional que presta o atendimento, permeando os demais encontros que ocorrem durante a permanência do usuário no serviço de saúde, desde sua recepção até seu atendimento propriamente dito. Como determina a PNH, é necessário não restringir o acolhimento ao problema da recepção da demanda espontânea, tratando-o como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular como é o caso da recepção. O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde, dentre eles, a reabilitação.

Evidenciou-se que realizar um bom acolhimento é um valioso instrumento terapêutico para o profissional de reabilitação. Apresentar boa capacidade de escuta e mostrar-se sensível às necessidades do usuário ajuda na redução dos medos e ansiedades naturais no início da reabilitação, facilitando todo o processo. Para escutar, é

imprescindível conhecer quem se escuta, como e sobre o que se fala. Sendo assim, exige-se desse profissional uma reflexão sobre a individualidade e subjetividade do paciente, para quem os serviços de reabilitação são oferecidos.

A comunicação entre terapeuta e usuário é importante para se criar um vínculo entre ambos, assegurando que os problemas e preocupações sejam entendidos por quem oferece o cuidado e que as informações, recomendações e o tratamento sejam efetivados pelo usuário, garantindo um atendimento mais humanizado. Desta forma, há um processo de aprendizagem mútua, além de novas possibilidades de trocas durante o programa de reabilitação.

Apesar dos relatos serem de pessoas que estão no início do programa de reabilitação, foi possível perceber que a interação que se estabelece na relação da clientela com a equipe tem grande influência na satisfação do usuário e na evolução do tratamento. Por último destaca-se a importância de se realizar estudos que analisem o preparo das equipes em acolher e assistir indivíduos com trauma de mão, enfocando não somente a lesão do ponto de vista clínico, mas também a experiência de viver essa situação na perspectiva das pessoas envolvidas.

REFERÊNCIAS

- Carlo MMRP, Bartolotti CC, Palm RCM. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: Carlo MMRP, Luzo MCM. Terapia ocupacional - reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004. p. 352.
- Franco TB, Bueno WS, Merthy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
- Silveira MFA, Félix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no programa de saúde da família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. Cogitare Enferm. 2004; 9(1):71-8.
- Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):331-40.
- Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde Soc. 2005;14(3):111-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc. 2004; 13(3): 44-57.
- Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comun Saúde Educ. 2005; 9(17): 287-302.
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Bras Saúde Matern Infant. 2005;5(4):493-03.
- Silva Junior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidados: as fronteiras da integralidade. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO; 2005. p.241-57.
- Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003. p. 49-61.
- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecilio LCO. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.
- Bruyns CN, Jaquet JB, Schreuders TA, Kalmijn S, Kuypers PD, Hovius SE. Predictors for return to work in patients with median and ulnar nerve injuries. J Hand Surg Am. 2003;28(1):28-34.
- Raimbeau G. Coûts des urgences mains. The cost of hand emergencies. Chirurgie de la Main. 2003; 22(5): 258-63.
- Trybus M, Guzik P. Occupational hand injuries. Med Pr. 2004; 55(4):341-4.
- Schultz KHM, Cornick EM, Fess EE. Reabilitação da mão: do pós-operatório imediato ao retorno ao trabalho. In: Pardini Junior AG. Cirurgia da mão: lesões não traumáticas. Rio de Janeiro: Medsi; 1990. p. 250-63.
- Figueiredo IM, Sampaio RF, Mancini MC, Nascimento MC. Ganhos funcionais e sua relação com os componentes de função em trabalhadores com lesão de mão. Rev Bras Fisioter. 2006;10(4):421-27.
- Cabral LHA. Fatores que interferem no retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem qualitativa [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Educação Física e Terapia Ocupacional UFMG; 2007.
- Freitas PP. Lesão dos tendões flexores. In: Freitas PP. Reabilitação da mão. São Paulo: Atheneu; 2005. p.155-78.
- Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p.9-29.
- Lopes JO, Salomão ELV. Gestão hospitalar - Hospital Maria Amélia Lins/HMAL [Monografia]. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2000.
- Aguiar LF, Cherubin GB, Gualberto GV, Couto CM, Cunha FM. Lesões traumáticas da mão: um estudo descritivo de 1.195 pacientes de um serviço de atendimento terciário. Mineira Ortop Traumatol. 2004; 2(3): 115-9.
- Figueiredo IM, Cabral LHA, Afonso PGC, Hochreiter FC. Perfil populacional do Setor de Terapia da Mão/HMAL. In: VI Congresso Brasileiro de Reabilitação da Mão e II Simpósio Internacional do Membro Superior; Setembro 28 – 30 2000; Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2003.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec; 2000.
- Ramos DD, Lima MADs. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.
- Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2000;16(1): 231-39.
- Starfield B. Responsabilidade na atenção primária. In: Ministério da Saúde. Atenção primária-equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.
- Castro OE. As organizações e a escola de Minas de Ouro Preto. Rem: Rev Esc Minas. 2003;56(1):11-4.