

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Romero Nogueira de Souza Mendes

**Humanização & Acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência
no Sistema Único de Saúde**

RECIFE

2010

Romero Nogueira de Souza Mendes

**Humanização & Acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência
no Sistema Único de Saúde**

Monografia a ser apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz/NESC), como requisito para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes

Recife

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M538h Mendes, Romero Nogueira de Souza.
Humanização e acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a Assistência no Sistema Único de Saúde / Romero Nogueira de Souza Mendes. Recife: R. N. S. Mendes, 2010.
35 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Antônio da Cruz Gouveia.

1. Humanização da Assistência 2. Sistema Único de Saúde. 3. Acolhimento. I. Gouveia, Antônio da Cruz. II. Título.

CDU 614.39

Romero Nogueira de Souza Mendes

Humanização & Acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em gestão de sistemas e serviços de saúde.

Aprovado em: 09 / 12 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio da Cruz Gouveia Mendes
CPqAM/FIOCRUZ

Gabriella Morais Duarte Miranda
SES/PE

MENDES, R.N.S. **Humanização & Acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde.** Monografia (Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

RESUMO

O Ministério da Saúde, por meio dos programas QualiSUS e HumanizaSUS, propõe a humanização como um dos eixos norteadores das práticas de gestão dos serviços e atenção à saúde em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com os referidos programas, o presente estudo tem como objetivo: apresentar uma revisão sistemática das produções científicas que envolvem as temáticas do acolhimento aos usuários e da humanização da assistência à saúde e sua incorporação frente aos princípios do SUS. Na metodologia: foram revisadas informações apresentadas em trabalhos, dissertações e teses anteriores, incluídas em artigos publicados no Brasil nos últimos dez anos, considerando-se a produção registrada nas seguintes bases de dados bibliográficos: LILACS, MEDLINE e SciELO. Dos 244 trabalhos identificados, 120 artigos foram selecionados conforme os critérios pré-estabelecidos e serviram de base para este trabalho, descrevendo de forma analítica sobre os autores e instituições envolvidas nestas pesquisas, suas abrangências e concentrações geográficas, dividindo os trabalhos em cinco áreas sub-temáticas de análise. Concluindo que às práticas de humanização da assistência e acolhimento aos usuários do SUS devem se estender desde a porta de entrada aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, segundo a necessidade de cada usuário. Contemplando os princípios de uma atenção integral justa, equânime e de construção participativa.

Palavras Chaves: Acolhimento, Humanização da Assistência, Sistema Único de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	6
4 REFERÊNCIAS TEÓRICAS.....	7
4.1 O QualiSUS.....	7
4.2 O HumanizaSUS.....	8
4.3 O Acolhimento como Dispositivo de Qualidade e Humanização.....	9
5 RESULTADOS.....	11
5.1 Resultados da análise Sub-temática.....	14
5.1.1 Qualidade da Assistência.....	14
5.1.2 Ações e Práticas de Enfermagem.....	17
5.1.3 Atenção Primária à Saúde.....	22
5.1.4 Saúde Mental.....	24
5.1.5 Saúde Sexual e Reprodutiva.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A política de qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – QualiSUS foi lançada em 2004 com o objetivo de elevar o nível de qualidade na assistência à saúde prestada à população, buscando assim, perseguir a garantia da constante readequação e ampliação dos princípios da equidade e da integralidade do sistema, aumentar a satisfação dos usuários e reforçar a legitimação da política de saúde desenvolvida no Brasil, desde 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa mesma política, por meio do programa HumanizaSUS, ainda propõe as bases para uma outra política, apoiada na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica ampliada e política, entre produção de saúde e produção de subjetividades. Em outras palavras, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, objetiva provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, bem como propõe para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

A humanização, então, pode ser entendida como um dos eixos norteadores das práticas de gestão dos serviços e qualificação da atenção à saúde em todas as instâncias do SUS – SUS. Entendendo que humanizar é: “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. Por humanização compreendemos ainda a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2009).

Nessa mesma perspectiva, acolher é: “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975)”. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Para nós, acolhimento configura-se em uma ferramenta de se “fazer humanização”, seja nas relações entre trabalhadores ou destes com seus usuários. Pressupõe ainda, a garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, positiva e com a devida responsabilização pela solução dos problemas apresentados.

Franco, Bueno e Merhy (1999) retrataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Pontuando problemas e oferecendo soluções e respostas por meio da identificação das demandas dos usuários, rearticulando os serviços em torno deles. Nesse contexto, busca organizar uma nova “porta de entrada” para o sistema público de saúde, assegurando a boa qualidade nos serviços ofertados e garantindo a inserção – e não mais o mero encaminhamento – do usuário a toda a rede de assistência à saúde.

Esta monografia objetivou apresentar uma revisão sistemática das produções científicas que envolveram as temáticas do acolhimento aos usuários e da humanização da assistência à saúde e suas incorporações frente aos princípios do SUS, tomando como base as experiências relatadas anteriormente na literatura científica, neste último decênio. Descrevendo de forma analítica sobre os autores e instituições envolvidas nestas pesquisas, suas abrangências e concentrações geográficas, dividindo os trabalhos em cinco áreas subtemáticas ou categorias de análise.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever com base na literatura científica, a classificação das produções científicas brasileiras que envolvem em seus descritores as temáticas do acolhimento e da humanização da assistência e sua incorporação frente aos princípios norteadores do SUS.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Catalogar os autores mais citados nos trabalhos científicos selecionados;
- b) Catalogar quantitativamente as revistas que mais publicaram dentre os trabalhos científicos selecionados;
- c) Realizar um levantamento quantitativo, quanto aos autores, instituições, tipos de produção acadêmica, abrangência, localização geográfica e sub-temas abordados nos trabalhos selecionados;

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo pretende ser desenvolvido como uma revisão sistemática de literatura, entendendo esta como uma análise descritiva das informações obtidas. Segundo Gil (1999), pesquisa bibliográfica é a pesquisa desenvolvida a partir de material já elaborado, ou seja, tornado público em relação ao tema de estudo, constituindo, principalmente, informações de livros, artigos científicos em revistas e sites científicos, entre outros. E a análise descritiva, segundo o mesmo autor, tem por objetivo a descrição das características de um determinado tema, população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento entre as variáveis.

Para a busca de artigos publicados em revistas científicas no período de 2000 a 2010, foram consultadas as bases de dados das Scientific Electronic Library Online (SciELO), MEDLINE e Biblioteca Virtual de Saúde Pública, *sites* de instituições que oferecem pós-graduação *stricto sensu* em saúde pública para a busca de dissertações e teses e verificadas bibliografias de artigos identificados segundo as fontes mencionadas. Nas buscas eletrônicas se empregaram os seguintes descritores: Acolhimento, Humanização da Assistência e “Acolhimento *and* Humanização da Assistência”.

Os trabalhos selecionados foram classificados em cinco categorias temáticas com diferentes vertentes de análise: Qualidade da Assistência, Ações e Práticas de Enfermagem, Atenção Primária a Saúde, Saúde Mental, Saúde Sexual e Reprodutiva. Sendo posteriormente agrupados em quatro sub-categorias de acordo com forma de abordagem do tema em cada categoria de análise: Conceitual, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Práticas Profissionais.

O respectivo estudo tem seu período compreendido entre 2000 e 2010, ou seja, a margem histórica dos trabalhos científicos pesquisados corresponde ao último decênio. Tendo como objeto de pesquisa a reorganização dos dados científicos contidos nos 244 (duzentos e quarenta e quatro) textos (entre artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado) acerca das temáticas que envolvem como descritores o acolhimento, a humanização da assistência ou ambos.

Os dados coletados nas bases de dados supracitadas foram analisados obedecendo aos procedimentos éticos da pesquisa, tais como beneficência, não maleficência e justiça entre outros, de acordo com os parágrafos da resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 196 de 10 de Outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

4 REFERÊNCIAS TEÓRICAS

4.1 O QualiSUS

A política de qualificação da Atenção à Saúde no SUS – QualiSUS foi elaborada objetivando elevar o nível de qualidade na assistência à saúde prestada à população, aumentando a satisfação dos usuários com o sistema de saúde e legitimando a política de saúde desenvolvida no Brasil, a partir da criação do SUS - SUS (BRASIL, 2004a).

Segundo a proposta do QualiSUS (BRASIL, 2004a), a melhoria na qualidade deve perseguir a garantia da equidade e da integralidade do sistema de saúde, garantindo o acesso da população a todos os níveis da assistência de acordo com a necessidade de cada usuário do sistema e na mudança das práticas de saúde, quebrando com antigas dicotomias entre as ações preventivas e curativas. Mais do que isso, a melhoria da qualidade na atenção à saúde prestada aos usuários requer além da melhoria na dimensão técnica, mas também, uma melhoria na dimensão interpessoal. Dessa forma, a melhoria da qualidade se consubstanciará num conjunto de propostas de mudanças concretas de técnicas e práticas, mas também numa mudança de atitude, tendo como focalização de todos estes esforços os usuários do sistema de saúde, os cidadãos brasileiros (MENDES, 2009).

Segundo Gusmão (2008), para a elaboração e implantação da política foram convocados técnicos com experiências exitosas em melhoria da qualidade assistencial, até então restritas a alguns municípios do país. Sendo adotadas como dimensões da qualidade da atenção à saúde para a política Qualisus (BRASIL, 2004a, p. 6):

- a) Resolutividade, eficácia e efetividade da assistência à saúde;
- b) Redução dos riscos à saúde;
- c) Humanização das relações entre profissionais e entre profissionais e o sistema de saúde com os usuários;
- d) Presteza na atenção e conforto no atendimento ao cidadão;
- e) Motivação dos profissionais de saúde;
- f) Controle social pela população na atenção e na organização do sistema de saúde do país.

As suas linhas de ações estão voltadas para:

- a) Qualificação do sistema de urgência;

- b) Acesso e Qualificação da Assistência de Média Complexidade;
- c) Qualificação da Atenção Básica;
- d) Qualificação da Gestão e Regulação do Sistema de Saúde.

Em sua estrutura, a política Qualisus reserva ao Ministério da Saúde a sua proposição e acompanhamento, delegando aos estados, municípios e o Distrito Federal a execução das propostas mediante pactuação com os vários órgãos colegiados do SUS e da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a). Bem como a direcionalidade de suas propostas aos usuários e profissionais, definindo em suas dimensões a presteza na atenção e conforto no atendimento ao cidadão; a humanização das relações entre profissionais, sistema de saúde e usuários; e a motivação dos profissionais de saúde (MENDES, 2009). Podendo-se definir desta forma a Política Qualisus como uma prioridade dentro de programa estratégico do governo federal, em vigência atualmente.

4.2 O HumanizaSUS

Utilizando-se da mesma filosofia, a humanização como política deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (MENDES, 2009).

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do SUS, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão, propondo diferentes diretrizes de acordo com o nível de atenção: Atenção Básica, Atenção de Urgência e Atenção Especializada (MENDES, 2009). A Política Nacional de Humanização do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tendo por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de

ações, saberes e sujeitos pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (BRASIL, 2004a).

“Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004b).”

Por humanização compreendemos ainda a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo destes sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Ofertando de forma consciente tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde e para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores, usuários e gestores do SUS, fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, bem como na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, com comando único em cada nível, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida.

Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. E, neste sentido, algumas diretrizes precisam ser afirmadas. No processo de trabalho em saúde, tem-se ressaltado que as organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

A proposta da Política Nacional de Humanização é buscar uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, nos guiando sempre pelas experiências que têm promovido saúde nesta perspectiva. Trata-se, então, de formas como se tem efetivado ou operado certos princípios, como a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Até para que estes princípios deixem de ser somente princípios e possam ser incorporados e atualizados em práticas cotidianas dentro do SUS. Ao tratar desses princípios, trata-se de processos de trabalho (autonomia na gestão do trabalho) e daqueles que os sustentam como uma política pública (BRASIL, 2009).

4.3 O Acolhimento como Dispositivo de Qualidade e Humanização

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus anseios e assumindo dentro dos serviços de saúde uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica ainda em prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando da necessidade do caso, o paciente e a família em relação a outros serviços disponíveis na rede de saúde, buscando a continuidade da assistência e o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas nos processos de trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Chegando ao entendimento de que avaliar riscos implica em estar atento, tanto ao grau de sofrimento físico, quanto psíquico.

“O acolhimento é um dispositivo para interrogar processos intersetoriais que constroem relações nas práticas de saúde, buscando a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, reconhecendo que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização (FRANCO, 1999).”

Tradicionalmente o acolhimento no campo da saúde é identificado – ora como uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável – ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos (ABBÊS, 2010). Entretanto, essas medidas, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção do vínculo.

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário (MERHY, 1994).

Para o mesmo autor, as tecnologias do processo de trabalho em saúde são quase todas do tipo leves, estando envolvidas com as sabedorias, experiências, atitudes, compromissos e responsabilidades dos diversos atores. É possível que a saúde-doença, como processo a que todos estão sujeitos, mobilize sentimentos os mais diversos e as reações as mais ambíguas.

5 RESULTADOS

Utilizando os três descritores – Acolhimento, Humanização da Assistência, Acolhimento *and* Humanização da Assistência – foram localizados 244 trabalhos científicos, obtendo acesso a versão integral de 49,2% destes, ou seja, 120 trabalhos. Discriminando estes por descritores, para os textos que possuíam apenas o acolhimento em um de seus descritores, foi um total de 31 textos, destes obtendo acesso a 67,7% das publicações. Nos que possuíam os dois, acolhimento *and* humanização da assistência, foi um total de 19 textos, destes sendo possível ter acesso a 68,4%. E para os trabalhos que possuíam apenas a humanização da assistência foram 194 textos, com acesso a 44,3% destes.

Tabela 01: Catalogação dos trabalhos científicos pesquisados

Resultado da Pesquisa	Humanização & Acolhimento	Acolhimento	Humanização	Total
Textos Localizados	19	31	194	244
Versão Integral	13	21	86	120
Relação Texto Localizado/Versão Integral	68,4%	67,7%	44,3%	49,2%

Quanto aos autores envolvidos nas produções científicas, optou-se por classificar apenas os primeiros autores de cada estudo. Uma vez que, em não se obtendo acesso a versão integral de todos os trabalhos científicos, restringiu o acesso aos autores classificados como “et all”. Desta forma, traz-se em formato de tabela (tabela 02) a análise quantitativa dos autores, levando em consideração somente o “primeiro autor” em cada publicação, e a respectiva quantidade de trabalhos por cada um publicados.

Tabela 02: Classificação quantitativa dos primeiros autores

1º Autores/Descritores	Humanização & Acolhimento	Acolhimento	Humanização	Total
Brasil. Ministério da Saúde	6	0	0	6
Backers, Dirce Stein	0	0	6	6
Moreno, Regina Lúcia Ribeiro	0	0	3	3
Freire, Laís Aparecida Melo	2	0	0	2
Davim, Rejane Marie Barbosa	0	2	0	2
Beck CLC	0	0	2	2
Bergold, Leila Brito	0	0	2	2
Collet, Neusa	0	0	2	2
Gomes, Giovana Calcagno	0	0	2	2
Prochet, Teresa Cristina	0	0	2	2

Puggina, Ana Cláudia Giesbrecht	0	0	2	2
Quitete, Jane Baptista.	0	0	2	2
Silva, Roberto Carlos Lyra da	0	0	2	2
Ayres, J. R. C. M	0	0	1	1
Merhy, Emerson Elias	0	1	0	1
Demais Autores	11	28	168	207
Total	19	31	194	244

Localizou-se então um total de 222 profissionais vinculados a 45 instituições de ensino e pesquisa por todo o Brasil e 08 serviços de saúde dos diversos níveis de gestão. Destacando-se dentre as instituições de ensino e pesquisa, a Universidade de São Paulo (USP) com 21,3% das publicações, seguida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com 8,2%. Essas publicações, como se pode observar, concentraram-se mais nas regiões sudeste (50,8% trabalhos) e sul (29,5%), o nordeste marcou presença com 10,6% das publicações e a região norte ficou de fora sem ter sido localizada nenhuma publicação.

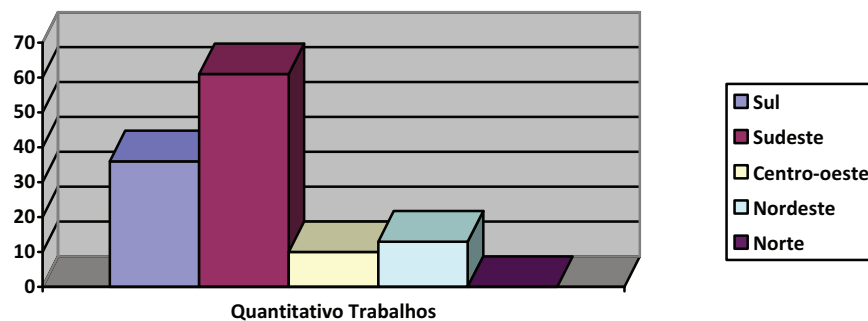


Gráfico 01: Relação regional das publicações

Observou-se ainda, um progressivo aumento no volume das publicações no período de 2000 a 2007, tendo este último ano atingindo o maior número de publicações, somando 30,3% destas, e apresentando a partir de então relativa queda desta margem nos anos subsequentes – 2008 (23,8%), 2009 (22,9%) – concentrando nesse triênio (2007/2009) 77% das publicações que envolveram a temática pesquisada na margem histórica dos dez anos levantados (2000 a 2010).

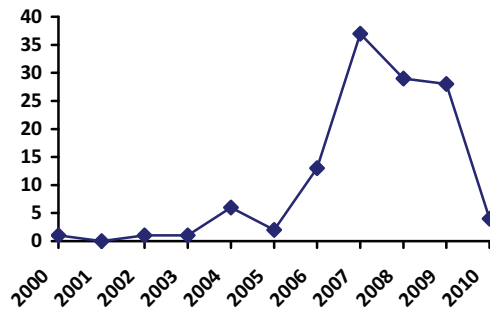


Gráfico 02: Amostragem temporal das publicações

Nos trabalhos analisados, os temas ou categorias predominantes foram: a qualidade na assistência com 42,6% das publicações, seguida pelas ações de enfermagem 35,2%, Atenção Básica à Saúde 11,5%, Saúde Mental 5,7% e Saúde Sexual e Reprodutiva 4,1%. Estes por sua vez foram agrupados em quatro outras sub-categorias, aqui definidas como “linhas teóricas”, são elas: conceitual, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher e, por fim, práticas profissionais.

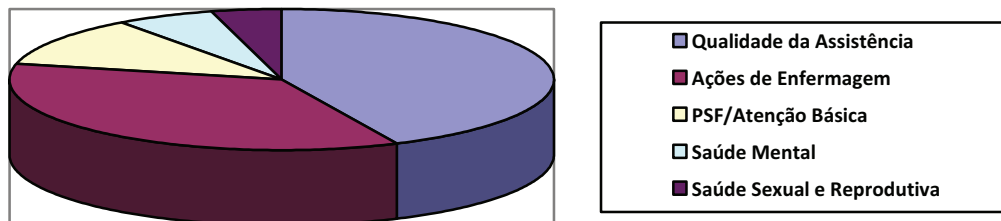


Gráfico 03: Categorias Temáticas

No que diz respeito a tipologia das publicações, contabilizou-se 06 textos oficiais do Ministério da Saúde, publicados em forma de cartilhas, 105 artigos publicados em revistas científicas, 07 dissertações e 02 teses, estas duas últimas abordando apenas temática da humanização da assistência em seus descritores. Sendo mais frequentes os textos que tinham um foco nacional, macrorregional ou estadual no que dizem respeito à sua abrangência territorial do estudo, 53,3%, contra os 46,7% dos com foco local, microrregional ou municipal, com predominância dos municípios do sudeste e sul do país. Conforme tabela abaixo:

Tabela 03: Classificação dos Trabalhos Científicos

Descritores		Humanização & Acolhimento	Acolhimento	Humanização	Total
Autores*		13	30	179	222
Instituições		3	14	40	45
Tipo Produção	Artigo Em Revista	06	19	80	105
	Dissertações	01	02	04	07
	Teses	00	00	02	02
	Textos Oficiais	06	00	00	06
Sub-Total		13	21	86	120
Abrangência	Microrregional/Municipal	06	15	36	57
	Macrorregional/Federal	07	06	50	63
Sub-Total		13	21	86	120
Localização Geografica	Sul	03	08	25	36
	Sudeste	03	12	46	61
	Centro-Oeste	06	00	04	10
	Nordeste	01	01	11	13
	Norte	00	00	00	00
Sub-Total		13	21	86	120
Tema	PSF/Atenção Básica	05	05	04	14
	Ações de Enfermagem	01	05	37	43
	Qualidade da Assistência	07	05	39	51
	Saúde Mental	00	03	04	07
	Saúde Sexual & Reprodutiva	00	03	02	05
Sub-Total		13	21	86	120
Ano Publicação	2000	00	00	01	01
	2002	00	00	01	01
	2003	00	00	01	01
	2004	01	02	03	06
	2005	00	00	02	02
	2006	02	03	08	13
	2007	02	11	24	37
	2008	02	05	22	29
	2009	06	00	20	26
	2010	00	00	04	04
Sub-Total		13	21	86	120

* Somente o primeiro autor. Levantamento realizado em todos os 244 trabalhos, para as demais linhas da tabela, foram apenas analisados os trabalhos que obtivemos acesso a versão integral, totalizando 120 trabalhos.

Vale salientar ainda que em relação às revistas científicas que mais publicaram trabalhos referenciando em seus descritores os levantados por este estudo, verificou-se conforme tabela 04, 79,5% de predominância nas publicações referentes à Humanização da Assistência, bem como um expressivo quantitativo de publicações em revistas específicas da área de Enfermagem.

Tabela 04: Classificação quantitativa das revistas científicas

Revistas/Descritores	Humanização & Acolhimento	Acolhimento	Humanização da Assistência	Total
Monografias, Dissertações e Teses	04	04	28	36
Nursing (São Paulo)	01	02	24	27
Texto & contexto enferm	00	02	11	13
Esc Anna Nery R Enferm	00	00	12	12
REME – Rev. Min. Enf	02	02	06	10
Rev. enferm. UERJ	00	00	10	10
Cienc Cuid Saude	00	00	09	09
O Mundo da Saúde São Paulo	00	00	08	08
Rev. SOBECC	00	00	08	08
Acta Paul Enferm	00	01	06	07
Revista Gaúcha de Enfermagem	00	03	04	07
Rev Latino-am Enfermagem	00	00	07	07
Brasil. Ministério da Saúde	06	00	00	06
Ciência & Saúde Coletiva	00	02	03	05
Rev Esc Enferm USP	00	02	03	05
Rev. Rene. Fortaleza	00	01	04	05
Temas sobre Desenvolvimento	00	00	05	05
Arq Ciênc Saúde	00	00	04	04
Arquivos Catarinenses de Medicina	01	01	01	03
Mundo saúde (1995)	00	00	03	03
Pediatria (São Paulo)	01	00	02	03
Rev. paul. Enferm	00	00	03	03
Demais Revistas	04	11	33	48
Total	19	31	194	244
Relação Percentual	7,8%	12,7%	79,5%	100%

Em negrito as publicações que não são específicas da área de Enfermagem.

5.1 Resultados da Análise Temática

5.1.1 Qualidade da Assistência

A primeira área temática a ser analisada foi a qualidade da assistência, obviamente, por ter sido esta a que suscitou maior volume de publicações científicas. Sendo um total de quarenta e três artigos científicos, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado, bem como os seis textos oficiais do Ministério da Saúde. Os dois estudos mais completos foram publicados respectivamente em 2004 e 2007 ambos na USP, com objetivos bastante semelhantes ao deste estudo. O primeiro tratou sobre a temática da Humanização da Assistência através de um refinado e completo debate sobre o artigo de Deslandes, intitulado: “Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar” e referente ao projeto de humanização dos serviços de saúde proposto pelo Ministério da Saúde, contando

com a participação de José R. Ayres, Cecília Minayo, Cristina Boaretto e Rosana O. Campos na qualidade de debatedores e concluído pela própria Suely.

Em linhas gerais os autores nos trazem que, aceitando a proposta de humanização da assistência, não obstante sua forte polifonia e polissemia, como um convite ético e tecnicamente irrecusável, aponta a necessidade de um adensamento filosófico e conceitual da proposta para que ela venha a se concretizar como prática. Para isso, trata de realizar um duplo movimento na concisa, aguda e bela reflexão que nos oferece. De um lado, busca mapear minimamente os diferentes sentidos que conformaram e permitem compreender o discurso da humanização incorporado e difundido pelo Ministério da Saúde. De outro lado, preocupa-se em identificar os caminhos pelos quais esse discurso pode abandonar o plano puramente doutrinário, ou ideológico, e se tornar efetivamente um elemento transformador da assistência à saúde (AYRES, 2004).

O segundo estudo (CARVALHO, 2008), por meio de uma revisão sistemática de literatura, utilizou-se da temática do Acolhimento e da Humanização da Assistência para investigar o modo de operacionalização do acolhimento aos usuários nos serviços públicos de saúde e sua incorporação frente aos princípios do SUS.

Conseguindo identificar 148 trabalhos e selecionando 10 artigos conforme os critérios pré-estabelecidos de exclusão utilizados que enfocaram o acolhimento no serviço de forma global e não em ações pontuais ou específicas, na margem histórica de 1997 a 2007. Concluindo que a postura de acolhimento aos usuários do SUS deve se estender desde a porta de entrada aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade, segundo a necessidade de cada usuário. E não em uma proposta de acolhimento que é tida muito mais como um pronto-atendimento do que como um fator desencadeante de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso, com a identificação e a satisfação das necessidades de saúde.

Nessa concepção os serviços de saúde não mudam a sua forma de trabalhar em equipe, embora aumentem quantitativamente o acesso dos usuários. Este acesso não vem garantir a qualidade do cuidado, mas sim a produção de procedimentos. Logo, para que o acesso possa contemplar os princípios da integralidade, torna-se relevante a presença de uma equipe humanizada que atue como facilitadora na consolidação de estratégias de acolhimento.

Nesta mesma área temática ainda vale salientar os trabalhos de Backes (2006, 2007a,b) e Araújo (2009) que abordaram a humanização na perspectiva dos profissionais de saúde. Ressaltando aqui a utilização do enfoque da “*Démarche Estratégica*” para explorar as

sinergias e parcerias articulando as carências de racionalidade no atendimento às necessidades da população, privilegiando a mudança e a aprendizagem permanente na organização com a participação dos atores.

Propondo-se a romper com a dissociação entre o nível operacional e direção estratégica, em busca de um planejamento flexível, contínuo, com o objetivo de analisar os espaços de participação dos profissionais de saúde na Gestão e definição da Missão da Unidade de Saúde em relação à Política Nacional de Humanização. Bem como no enfoque de que a humanização do ambiente hospitalar não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário, mas que um programa de humanização necessita ser assumido como um processo de construção participativa, que requer respeito e valorização do ser humano que cuida. Buscando significados aos valores e princípios que norteiam a prática dos profissionais da saúde, a fim de alcançar os valores que balizam a humanização, desenvolvendo novas competências, capazes de provocar uma resignificação destes valores, visando o trabalho como realização pessoal/profissional, aliando competência técnica e humana na prática dos profissionais e vivenciando o cuidado humanizado.

Os trabalhos que não enfocaram o tema na categoria conceitual, o fizeram sob a ótica da saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher ou sob a ótica das diversas práticas profissionais.

Os trabalhos que envolveram a saúde da criança e do adolescente nos temas tratados neste estudo, o fizeram utilizando como abordagem algumas atividades lúdicas, como uma forma de inserir a humanização da assistência no contexto das relações entre todos os atores envolvidos no ambiente da criança hospitalizada, com ênfase aos artigos de Gimenes, Linhares, Savoy (2008) e Mendes (2009) que através da leitura mediada e da atuação dos brinquedistas propuseram uma resignificação no cuidado aos pacientes pediátricos.

Da mesma forma, nos cinco trabalhos que envolveram a saúde da mulher como interface nos temas, podemos descrever uma significativa variedade nas abordagens, tratando desde questões referentes à desmedicalização da assistência ao parto humanizado, bem como trabalhando questões referentes à violência de gênero e ao cuidado de mães na condição de acompanhantes¹, onde localizamos a dissertação de Marly Siqueira (2008), pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) vinculada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que objetivou conhecer a percepção das mães dos recém-nascidos egressos de UTI Neonatais

¹ Fato observado em trabalhos tanto com objetivo de melhoria na assistência a mulher, quanto na criança.

sobre questões referentes as dificuldades cotidianas na realização dos cuidados com seus bebês. Neste sentido, foi empregada pela pesquisadora uma metodologia qualitativa mostrando a importância desta ferramenta para trazer a tona os aspectos próprios da subjetividade de cada uma das vinte e uma mulheres entrevistadas.

No que diz respeito aos trabalhos que utilizaram as ações e práticas profissionais em seus contextos, destacamos a tese de doutorado de Silva (2006) que em linhas gerais, a partir da narrativa de médicos em processo de formação, buscou compreender o processo de construção do “ser médico” e sua relação com o fenômeno da morte, com a finalidade de investigar em que medida essa relação contribuiu para promover o distanciamento entre as tecnociências médicas e os processos dialógicos do cuidar no cotidiano da prática médica. Utilizando-se de uma metodologia qualitativa na abordagem do tema com os estudantes de medicina, observou que o “ser médico” compreende o ideal de ser um bom médico, o que significa ser técnico e humano na doença e na morte. E que apesar de inseridos em uma cultura social e institucional de negação da morte, os entrevistados demonstraram sensibilidade à re-humanização do processo de morrer e que apesar das tensões diante do modelo biomédico atual, essas concepções também estão presentes na proposta de renovação dos currículos nos cursos médicos.

5.1.2 Ações e Práticas de Enfermagem

A segunda área temática que descrevemos na construção de nossos resultados, diz respeito às ações e práticas de enfermagem, onde localizamos quarenta e dois artigos científicos e duas dissertações de mestrado.

A primeira dissertação de mestrado, bem como a grande maioria dos artigos publicados enfocaram este sub-tema sob a ótica dos processos de humanização do cuidado, tendo sido em sua maioria agrupados na categoria conceitual. A segunda dissertação (MEDINA, 2007), vinculada esta a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), tratou das ações e práticas da enfermagem no contexto da violência de gênero, tendo sido agrupada junto a outros dois artigos (um fazendo referência a gravidez na adolescência e outro aos processos de humanização do cuidado) na categoria da saúde da mulher, tendo como objetivo da pesquisa a precoce identificação por parte da enfermeira obstetriz dos casos de violência intrafamiliar vivenciados pelas mulheres grávidas. Tratando desde a percepção por parte da própria enfermeira obstétrica sobre os diversos aspectos da violência intrafamiliar, discutir as

estratégias utilizadas por estas e apontar as dificuldades e facilidades da enfermagem na vivência das situações de violência intrafamiliar e mulheres grávidas.

Voltando para a maioria dos trabalhos que abordaram como sub-tema as ações e práticas da enfermagem na forma categorizada neste estudo como conceitual, destacamos dentre as trinta publicações, a dissertação de mestrado de Urbano (2009), pesquisadora também vinculada à UERJ, que formulou o foco de seu trabalho na observação da atuação da equipe de enfermagem e em suas práticas na atenção básica, buscando assim descrever como se dão as interações com o usuário, priorizando a escuta como requisito da integralidade, para que os profissionais de saúde percebessem e identificassem o sofrimento do usuário, compreendendo como necessária uma interação maior entre eles, ou seja, um diálogo. E que para o exercício deste, faz-se necessário uma escuta atenta aos detalhes que podem estar ocultos nas falas, além do acolhimento e da formação de vínculo, que são atributos responsáveis pela prática da assistência integral. Contudo observou ainda que a redução do sujeito a objeto tem sido uma realidade constante nas unidades básicas de saúde, esquecendo-se por vezes que os usuários que procuram os serviços de saúde possuem uma vida social própria fora dali, com estilos variados. E que o modo de falar e os cuidados prestados variam conforme a rotina de cada um. De certa forma que para a autora:

“Conclui-se que a integralidade ainda é uma utopia na realidade dos serviços de saúde, e que a escuta é raramente utilizada e seu sentido tão pouco conhecido. A desorganização do serviço de saúde nas unidades básicas e o aparente conformismo dos profissionais frente a suas atividades são fatores predisponentes ao não-exercício da escuta, dificultando ainda mais a prática da integralidade. Considera-se fundamental a reflexão, por parte dos profissionais, e solução dos problemas encontrados, através de conscientização e sensibilização, modificando a assistência através de reorganizações do trabalho (URBANO, 2009).”

Corroborando com os aspectos supracitados, discorreremos sobre os trabalhos de Pinafo (2008) e Takemoto (2007) sobre a implantação do acolhimento no programa de saúde da família, o primeiro analisando o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família e abordando as concepções dos auxiliares de enfermagem sobre o acolhimento ofertado na unidade estudada, bem como na percepção dos usuários de como são acolhidos neste serviço de saúde, o segundo relatando as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implementação do Projeto Paidéia de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em São Paulo, a partir de 2001. Em ambos os estudos foi evidenciado que os auxiliares de enfermagem, por exemplo, possuem postura de escuta e comprometimento com as ações de saúde de sua responsabilidade e que o

aumento da demanda, traz sofrimento no trabalho. Quanto às percepções dos usuários estas ainda foram de valorização das atividades relacionadas à cura e centrada nas ações do profissional médico, lutando para terem acesso a todas as redes de assistência à saúde.

O acolhimento nestes estudos apareceu, predominantemente, como garantia de acesso à recepção das unidades e de humanização dela, tendo sido entendido enquanto uma postura diante das necessidades dos usuários em todos os momentos de encontro dele com o serviço. Em outros momentos, o acolhimento acabou por favorecer somente o atendimento da demanda espontânea e configurou-se muito mais como um pronto-atendimento para as queixas agudas do que como um fator desencadeador de transformações no processo de trabalho ou da construção de relações entre trabalhadores e usuários baseadas na solidariedade e no compromisso com a identificação e satisfação das necessidades de saúde. Por conseguinte, pode ser considerado não mais do que um novo “procedimento” de recepção, sem ter conseguido desencadear novas posturas ou configurar-se também como um dispositivo de análise e gestão. Contudo, os estudos reiteram que a consolidação dos avanços alcançados com a implantação do acolhimento demanda que os agentes de tal trabalho sejam atendidos em suas necessidades de educação permanente, supervisão e apoio institucional a fim de que o trabalho que realizam seja qualificado de forma inequívoca.

Já nos estudos de Souza (2008) e Pinto (2004), o acolhimento foi abordado do ponto de vista da atuação do enfermeiro no processo de acolhimento com classificação de risco em Unidades de Pronto Atendimento com vistas a ordenação do atendimento de acordo com a necessidade/gravidade de cada caso e a diminuição do tempo de espera pelo atendimento. Segundo os autores, o acolhimento com classificação de risco operacionalizou mudanças no cenário onde imperava a lógica da exclusão, associada à percepção negativa e cheia de desconfianças por parte dos usuários. Acolhendo toda a demanda, escutando e oferecendo uma resposta positiva, há melhora na percepção do usuário, quanto à atenção e à assistência e ele dispensada, e contribuindo definitivamente para a mudança do foco no atendimento, que saiu da doença e concentrou-se na pessoa, humanizando assim o atendimento. Além disso, essas mudanças tornaram a assistência oportuna e pontual, contribuindo para a melhoria do prognóstico clínico dos pacientes atendidos. Esse modelo apresentado nos estudos tornou possível, também, a reorganização do processo de trabalho, onde a assistência tradicionalmente centrada na figura do médico foi paulatinamente transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, sendo a contribuição de cada membro da equipe de fundamental importância para o sucesso do processo.

“O enfermeiro, assim, assume o papel de sujeito do processo, passando a conduzi-lo autonomamente, não mais ficando à margem dos acontecimentos. Esse modelo permite, também, informar ao usuário a expectativa de atendimento e o tempo de espera, diminuindo-lhe a ansiedade e aumentando-lhe o nível de satisfação. Como ferramenta de avaliação, o acolhimento com classificação de risco se apresentou como “observatório” do sistema de saúde, fornecendo dados reais, dinâmicos e consistentes sobre o funcionamento da rede (SOUZA, 2008).”

Ainda sobre a temática das ações e práticas de enfermagem, se faz importante descrever sobre outros dois artigos publicados em 2007 e 2009, pela pesquisadora Beck, ambos vinculados a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Onde podemos de forma generalizada expor a preocupação da autora em identificar a percepção dos profissionais da enfermagem quanto à humanização da assistência aos usuários dos serviços de saúde pública, utilizando para tanto de duas categorias de questionamento: Cuidar do outro como gostaria de ser cuidado e Visão integral do usuário.

No primeiro estudo contando com a participação de cerca de 120 profissionais de enfermagem, predominantemente do sexo feminino (87,5%) e que trabalhavam na instituição (um hospital universitário) em média há nove anos. No segundo contou com a participação de 37 enfermeiros lotados em unidades de saúde, de um mesmo município, atuando nos três níveis de complexidade (atenção primária, média e alta complexidade), novamente com predominância do sexo feminino (97,29%), também trabalhando há um tempo significativo nos respectivos serviços de saúde, o que em ambos os estudos apontou para um grupo experiente de trabalhadores. Chegando ao resultado de que as ações de enfermagem para a produção de saúde embasada na integralidade da assistência repercutem diretamente na resolutividade, qualidade e humanização dos serviços de saúde.

Na mesma perspectiva de abordagem da humanização da assistência através das relações entre profissionais de saúde e usuários, ou melhor dizendo, profissionais de enfermagem e usuários, temos os trabalhos de Casate (2006), Lima (2007) e Waldow (2009) que trabalham a ênfase de um ensino centrado no cuidado humanizado e o investimento constante e progressivo no preparo docente, de forma a compreender as vivências de alunos da Graduação em Enfermagem nas situações de estágio no cotidiano hospitalar, refletindo sobre o processo de formação, com ênfase na dimensão humana. Podendo essa compreensão oferecer subsídios para a reflexão sobre a humanização da prática em saúde.

Contudo se faz cada vez mais necessário repensar o processo de formação, investindo em ações articuladas que favoreçam transformações nos serviços e nas escolas, envolvendo professores, alunos e trabalhadores. Segundo Waldow os dados de sua pesquisa revelaram que

os alunos reconhecem o espaço para o aprendizado do cuidado humanizado em sua formação e valorizam esse aspecto, sinalizando fatores facilitadores e dificultadores desse processo. A compreensão do enfrentamento dos graduandos de enfermagem frente a essas experiências é fundamental para a orientação de práticas pedagógicas que valorizem e estimulem a dimensão ética do cuidado.

Dimensão ética esta que observamos ter sido mais bem abordada nos trabalhos de Barbosa e Mendes, ambos publicados em 2007, sobre a percepção por parte do enfermeiro dos princípios bioéticos no atendimento e em que situações ele percebe que o conceito de respeito ancora-se na sua rotina. Segundo a primeira autora encontraram-se quatro categorias: a interferência dos princípios bioéticos na prática de enfermagem; como respeitar o paciente apesar das rotinas hospitalares; como cuidar de maneira humanizada e como praticar a teoria da humanização. Concluindo que os enfermeiros entendem que os princípios bioéticos os ajudam em sua rotina laboral, pois orienta suas ações, fazendo com que o respeito ocorra naturalmente, porém, segundo o que acreditam os próprios enfermeiros envolvidos no estudo, por vezes as normas hospitalares dificultam a aplicação de alguns destes princípios.

Por fim, em relação à descrição analítica da temática das ações e práticas de enfermagem, temos a categoria dos trabalhos que a tratam sob as questões referentes à saúde da criança e do adolescente. Abordando praticamente em sua totalidade os aspectos referentes aos diversos processos de humanização do cuidado e dentro destes, cremos salutar destacar os trabalhos de Faquinello (2007), Araújo (2010) e Sugano (2003), que abordaram as questões sobre a percepção das mães na qualidade de acompanhantes de seus filhos, com objetivos que vão desde a investigação da percepção da acompanhante da criança internada sobre a qualidade do atendimento prestado por cada um dos componentes da equipe de enfermagem no tangente ao aspecto da humanização, bem como apreender o “motivo porquê” de as mães permanecerem na unidade hospitalar durante a internação do filho.

Concluindo-se que para a clientela em questão o atendimento humanizado no hospital está relacionado com a capacidade de abordar o paciente de forma holística e igualitária. As atitudes que conferem um caráter humanizado ao assistir, estão relacionadas com o estilo de comunicação adotado, ao passo que o atendimento não humanizado é traduzido por atitudes que valorizam as regras hospitalares, a falta de atenção e a baixa empatia por parte dos profissionais da enfermagem, que por vezes são percebidos como subordinados à área médica, e que apesar de estarem presentes, as mães não estão totalmente inseridas nos processos de humanização do cuidado.

5.1.3 Atenção Primária à Saúde

Na terceira área temática descreveremos sobre nossa revisão de literatura dos trabalhos que possuem em seus descritores o acolhimento e a humanização da assistência envolvidas nas diversas ações e práticas da atenção primária a saúde, oferecida aos usuários do SUS por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sendo agrupado um total de catorze trabalhos, incluindo uma dissertação de mestrado que analisou o acolhimento no cotidiano do trabalho de profissionais que atuavam em três unidades de saúde da família no município de Londrina, Paraná (NERY, 2006).

Segundo a autora, a análise de conteúdo possibilitou a definição de duas categorias temáticas: o acolhimento e o modelo predominante de atenção em saúde; e a organização e os métodos de trabalho. Na primeira categoria, analisou-se a escuta, a construção da autonomia do usuário, a responsabilização e a resolutividade pelo trabalhador dos problemas/necessidades de saúde do usuário e comunidade. Na segunda categoria, destacaram-se as facilidades e dificuldades relacionadas à organização da demanda, à atenção domiciliar e ao trabalho em equipe. Considerando a escuta um elemento importante na acolhida, mas não ocorrendo esta de forma plena. E a promoção da autonomia do usuário encontrando-se relacionada diretamente à transmissão de informações, não se concretizando a perspectiva de ampliar a compreensão das pessoas sobre o processo de adoecer e de seu autocuidado.

Concluindo-se que a resolutividade depende do acolhimento e responsabilização clínica e sanitária dos profissionais no desenvolvimento de ações envolvendo o coletivo da equipe de saúde da família e demais serviços de saúde, uma vez que a estratégia saúde da família levou ao aumento da demanda espontânea nas unidades e não se conseguiu ainda compatibilizar esta demanda com as atividades programáticas. Visto que, segundo Nascimento (2008), a entrada da demanda que antes não possuía acesso e o aumento da responsabilidade dos profissionais não-médicos pode gerar conflitos entre os membros da equipe e resistência diante da mudança. Citando como exemplo à atenção domiciliar, onde se observou que a visita propiciou maior conhecimento dos problemas de saúde do território/famílias, mas que esta atividade não foi incorporada por todos os profissionais. Considerado ainda o trabalho em equipe como um processo que está em constante construção, demandando novas práticas em saúde, com vistas a superar a fragmentação no cotidiano do trabalho.

A educação permanente apresentou-se no estudo como uma possibilidade para que os diferentes atores sociais envolvidos no processo de atenção em saúde questionassem sua própria maneira de agir na atenção individual e ou coletiva. E sendo assim, constitui o acolhimento em um importante elemento no atendimento às necessidades de saúde das pessoas, mas na realidade analisada pelo trabalho de Nery (2006), ainda não ocorre de forma plena, tendo como referência o modelo de atenção voltado à integralidade das ações em saúde.

Da mesma forma, nos trabalhos publicados por Zoboli em 2004 e 2009, os resultados apontaram que o “acolhimento” realiza uma escuta clínica, focalizada na queixa, com uma intervenção pontual, pouco resolutive e não construtora de vínculo. Fazendo-se necessário repensar o “acolhimento”, nos seus aspectos teóricos e práticos, para que este possa efetivamente se constituir em uma prática capaz de instaurar um modelo de saúde de “porta aberta” consoante com as diretrizes do SUS. Retratando ainda que algumas das peculiaridades da Atenção primária requeiram que a prática clínica e o equacionamento moral neste nível da assistência sejam redirecionados, a fim de ampliá-los e desfocá-los do hospitalocentrismo e da especialização que ainda marcam o sistema de saúde e a formação dos profissionais. Buscando avançar nas reflexões da interface entre a bioética e a atenção primária à saúde, os respectivos artigos argumentaram que para a instituição de uma clínica ampliada própria para este nível da assistência à saúde é imprescindível uma amplificação da bioética clínica, com a conjugação dialética e hermenêutica de direitos e responsabilidades, por meio da ética do cuidado.

Corroborando com esta conjugação dialética e hermenêutica de direitos e responsabilidades temos o estudo de Scholze (2006), com a afirmativa de que o acolhimento foi visto pelos profissionais das equipes envolvidas em seu estudo como parte constituinte do trabalho na ESF. Para estes, o acolhimento deve ser realizado por cada membro da equipe, ouvindo os usuários e oferecendo respostas para suas necessidades. Visto que a implantação do acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a equidade na atuação da ESF e a organização da demanda na assistência aos usuários. E o estudo de Silveira (2006), que traz a perspectiva da utilização do acolhimento e da humanização da assistência como ferramentas de autogestão em unidades básicas de saúde, onde os membros da equipe de saúde da unidade básica podem se organizar espontaneamente, constituindo uma espécie de comissão autogestora e utilizando-se de ferramentas simples como por exemplo a aplicação de um questionário para entrevistar os usuários, com posterior

avaliação dos resultados, identificar os principais problemas e propor soluções, reavaliando o resultado de sua intervenção. Possibilitando assim o aprimoramento da qualidade de atendimento ao usuário, com foco na organização e nas ações de humanização, a partir de medidas simples e de baixo custo.

Por fim, na temática da atenção Primária à saúde, destacamos ainda dois artigos de Carneiro (2007) e Bornstein (2009), o primeiro enfocando na categoria da saúde da criança e do adolescente, estudo realizado no município de Petrolina, em Pernambuco, relatando a experiência da implantação do acolhimento como ferramenta proposta pela Secretaria Municipal de Saúde, através do projeto HumanizAção, para redução do índice de diarreia e Infecções respiratórias agudas em crianças.

O segundo caracterizando as diferentes formas de mediação presentes no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde – elemento inovador no quadro funcional da Estratégia Saúde da Família – as quais oscilam entre o convencimento e a transformação. Considerando que a função mediadora desempenhada pelos agentes pode ser de grande importância na mudança do modelo assistencial, na medida em que assuma um caráter transformador, e entenda a educação popular como um caminho para o fortalecimento desta forma de mediação e para a mudança do modelo assistencial. O respectivo estudo possibilitou o conhecimento das práticas dos agentes comunitários de saúde e permitiu apontar questões consideradas fundamentais para que o modelo assistencial possa corresponder às necessidades e expectativas da população e se aproximar dos princípios de integralidade, equidade, humanização e participação popular.

5.1.4 Saúde Mental

Nesta quarta temática analisada por este estudo agrupamos um total de sete artigos publicados, três com o Acolhimento e quatro com a Humanização da assistência em seus descritores. É válido salientar que tanto nesta temática quanto na próxima a ser discutida por este estudo – Saúde Sexual e Reprodutiva – não foram localizados trabalhos que possuíssem ambos os descritores em suas referências.

Especificamente no campo da saúde mental, a reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fez emergir um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares, as quais revertem em um cuidado diferenciado. Preconizando, como

abordado por Moraes (2008) em seu artigo, a passagem da idéia de doentes para a de cidadãos, reinserção social e intersectorialidade das ações, com a adoção de políticas como a da redução de danos e outros princípios para atenção integral justa e equânime. No intuito de não mais percebermos a reinserção social como nosso maior obstáculo para uma atenção integral à saúde.

Diante dessas questões, podemos dizer que nos trabalhos analisados por este estudo, as transformações necessárias na prática em saúde mental estão avançando, na medida em que os conhecimentos produzidos nesta área incorporam estratégias de acolhida e continência que consideram, em todos os momentos, o exercício da cidadania ativa dos portadores de transtornos mentais. Desta forma, os profissionais da saúde tentam sair de um modelo prescritivo de instrumentalização e de técnicas para operar um modelo ético comprometido com as necessidades do sujeito social doente. Sendo cada vez mais necessária uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, e com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.

5.1.5 Saúde Sexual e Reprodutiva

A última área temática analisada por este estudo, diz respeito à Saúde Sexual e Reprodutiva, onde localizamos um total de três artigos, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado esta última trabalhando relação entre a biotecnologia e a assistência prestada por médicos a pacientes vivendo com HIV/AIDS em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), na região sul do estado da Bahia. Onde ao mesmo tempo em que os exames de monitoramento têm desempenhado um avanço importante na procura por um diagnóstico precoce de falha imunológica ou virológica em pacientes vivendo com HIV/AIDS, estes exames vem ocupando cada vez mais o papel principal, quando deveriam ter somente um papel auxiliador. Deixando a anamnese e o exame clínico minucioso de fazer parte da valise tecnológica principal dos médicos durante a consulta, onde o discurso abusava da interpretação dos exames e algumas vezes desconsideravam o discurso subjetivo dos usuários, os encaminhando para outros profissionais. Os exames, então, terminavam por configurar, para médicos e usuários, um “espelho da doença” e o principal ponto da consulta. Neste sentido o estudo sugeriu a necessidade de superação do paradigma biomédico e o estímulo para que estes profissionais incorporem as “ciências da humanidade” durante sua

relação com os usuários através da utilização de tecnologias leves na busca de uma assistência integral e mais humanizada (GUZMÁN, 2007).

Nesta mesma linha de argumentação temos a dissertação de mestrado de Pereira (2006), que buscou analisar a prática do acolhimento, da educação em saúde e do apoio social nas ações de grupo, realizadas em unidades de referência no acompanhamento dos portadores do HIV, objetivando assim analisar quais são as facilidades e dificuldades para a realização das mesmas, bem como o perfil dos profissionais envolvidos nestas ações e partindo do pressuposto que as ações de grupo são possibilidades para se vivenciar o acolhimento, as ações educativas e o apoio social. Assim, a partir das falas profissionais, comprovou-se que são possíveis através das ações de grupo, não só implementar práticas educativas que facilitem trocas de idéias e vivências, como também estruturar práticas de saúde mais acolhedoras e solidárias com a realização de apoio social.

Outros três artigos trouxeram as questões relacionadas as discussões de gênero, o primeiro avaliando as diferenças de gênero ao acolhimento em serviço de referência no cuidado a pessoas vivendo com HIV, onde embora as diferenças sócio-demográficas observadas à admissão apontem para uma maior vulnerabilidade social das mulheres, estas em contrapartida buscaram cuidado especializado em estágios clínicos menos avançados da doença. Tornando-se importante segundo a autora:

“O conhecimento de características distintivas entre homens e mulheres ao acolhimento pode contribuir para estruturar serviços, aprimorar a assistência e otimizar os benefícios do cuidado. (BRAGA, 2007)”

Os demais estudos, Carvalho (2008) e Vieira (2007), buscaram comparar a relação entre os abortamentos em variadas faixas etárias, desde a adolescência até a vida adulta, por meio da revisão dos dados coletados em prontuários com vistas a implementação de políticas e programas direcionados à saúde sexual e reprodutiva e suas co-morbidades. E compreender as atitudes do homem durante o processo de parturição da companheira, de modo que os resultados apresentados pelo estudo nos conduzem à compreensão de que o homem ao interagir com ele próprio, com a companheira e com os profissionais de saúde em uma condição de acompanhante, desenvolve por vezes atitudes que o levam a compartilhar de forma mais ampla a chegada do filho.

Além disso, o conteúdo das falas desses homens evidenciou que no ambiente familiar, ele apresenta-se mais como provedor, protetor, referindo maior responsabilidade, colocando-se como suporte à mulher no que diz respeito aos cuidados com o recém nascido. Assim sendo, com base no estudo em apreço, uma vez presente na sala de parto, o homem pode vir a

estabelecer um processo de interação compartilhando diferentes atitudes que o envolvem nas ações de cuidados junto à companheira. Tornando-se possível afirmar que durante o processo da parturição, quando presentes na sala de parto, os homens interagem, interpretam e atendem às necessidades de sua companheira, trazendo benefícios ao casal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse da análise dos resultados apresentados neste estudo, se faz importante destacar, ainda que de forma sucinta, alguns aspectos relevantes, dos quais, podemos afirmar que mesmo tendo havido um número expressivo de profissionais se dedicando as publicações envolvendo o Acolhimento e a Humanização da assistência, os trabalhos em sua maioria foram bastante concentrados geográfico e institucionalmente, bem como nas análises por abrangência territorial dos estudos, predominaram os estados e as grandes regiões do país, sendo ainda pouco realizados estudos desagregados por unidades espaciais menores.

Outro dado importante é que os textos que trabalhavam a humanização da assistência foram bem mais numerosos, representando 79,5% em relação ao total de textos localizados e 71,7% em relação a amostragem de textos onde obtivemos acesso de forma integral de seu conteúdo. Observando um grande número de autores e instituições envolvidos nas publicações, com discreta predominância dos trabalhos com foco nacional, macrorregionais e estaduais, em detrimento dos com foco local, microrregional ou municipal.

Quanto à tipologia dos trabalhos analisados, os que discorreram sobre os impactos e melhorias na qualidade da assistência e os que relacionavam estes as ações e práticas de enfermagem ao abordarem o tema do acolhimento e da humanização da assistência, obtiveram ampla predominância na abordagem por assunto, ou seja, enquanto categorias sub-temáticas propostas por este estudo, a melhoria na qualidade da assistência e as ações e práticas de enfermagem, destacaram-se em volume de produções, dentre as cinco categorias sub-temáticas analisadas e discutidas neste estudo.

Concluindo que, nos diversos trabalhos analisados, há uma recorrência do entendimento da humanização e do acolhimento aos usuários do SUS enquanto uma prática cotidiana que, segundo a necessidade de cada usuário, deve se estender para além da “porta de entrada” aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema. Não mais devendo ser considerada apenas como um novo “procedimento” de recepção, mas sim, identificando os caminhos pelos quais esse discurso pode se desvencilhar do plano teórico para se tornar efetivamente em um elemento transformador da assistência à saúde. Seja na gestão dos serviços, nos processos de trabalho ou na construção de relações entre trabalhadores e usuários.

Logo, para que o acesso possa contemplar os princípios de uma atenção integral justa e equânime, a humanização necessita ser constantemente assumida como um processo de construção participativa, descentralizada das ações uni-profissionais, sendo paulatinamente transformada em uma assistência multidisciplinar e interdisciplinar, e como tal, desencadeadora de novas posturas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBÊS, C.; MASSARO, A. Acolhimento com classificação de risco. **Campinas: Hospital Municipal Mário Gatti**. Disponível em: <<http://www.hmmg.sp.gov.br>>. Acesso em maio 2010.
- ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.M.R.D. O Alojamento de Mães de Recém-Nascidos Prematuros. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.284-292, abr./jun. 2010.
- ARAÚJO M.J.D. **Démarche Estratégica em Unidade Materno-Infantil do Piauí**: Análise da participação na gestão do processo de humanização. Rio de Janeiro: s.n., 2009.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.15-29, 2004.
- BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.40, n.2, p.221-7, 2006. Disponível em : <<http://www.ee.usp.br/reeusp>>. Acesso em jun.2010.
- BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. Humanizando o Cuidado pela Valorização do ser Humano Re-significação de Valores e Princípios pelos Profissionais da Saúde. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.1, jan./fev. 2007a. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em maio 2010.
- BACKES, D.S. et al. O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.28, n.2, p.163-70, 2007b.
- BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.60, n.5, p.546-51, set./out.2007.
- BECK, C.L.C. et al. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.503-10, jul./set.2007.
- BECK, C.L.C. et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.30, n.1, p.54-61, mar.2009.
- BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, p.457-480, nov.2008/fev.2009.
- BRAGA, P.E.; CARDOSO, M.R.A.; SEGURADO, A.C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São

Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p.2653-2662, nov.2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em jul.2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista>>. Acesso em maio 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **QualiSUS: Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2004a.

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, 2004b.

CARNEIRO, A.O. et al. Construindo Saberes e Práticas: O projeto humanização em Petrolina, Pernambuco. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.40, p.86-90, junho 2007.

CARVALHO, C.A.P. et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São Paulo, v.15, n.2, p.93-5, abr./jun.2008.

CARVALHO, J.B.L.; BRITO, R.S. Atitude do Pai diante do Nascimento. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.9, n.4, p.82-90, out./dez.2008.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.40, n.3, p.321-8, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em maio 2010.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, I.H.; MARCON, S.S. O Atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.4, p.609-16, Out./Dez.2007.

FERREIRA, A.B.H. Acolhimento Sn: _____. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, p. 27, 1975.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.38, n.2, p.143-51, 2004.

- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-53, 1999.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5-ed. São Paulo: Atlas 1999.
- GIMENES, B.P. O uso da expressão plástica e da contação de histórias pelo brinquedista para pacientes pediátricos em diferentes condições clínicas. Curso de Brinquedista Hospitalar, II. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.16, n.93, p.170-5, 2008.
- GUSMÃO-FILHO, F.A.R.; **Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.
- GUZMÁN, J.L. **Eu não sou um número não... (des)encontros de uma relação médico – paciente – tecnologia no contexto da Aids**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- LIMA, J.O.R. et al. Aprendendo o Cuidado Humanizado: a perspectiva do graduando de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v.6, n.1, p.11-20, jan./mar.2007.
- LINHARES, D.R. Atividades criativas com a sucata hospitalar: A experiência da brinquedoteca no hospital universitário, USP. Curso de Brinquedista Hospitalar, II. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.16, n.93, p.156-61, 2008.
- MEDINA, A.B.C. **Violência intrafamiliar em mulheres grávidas: a identificação pela enfermeira obstétrica**. 2007. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- MENDES, A.C.G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- MENDES, I.A.C. et al. Diagnóstico e Prognóstico Graves: Dificuldades para comunicar ao paciente e à família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v.6, n.3, p.300-304, jul./set.2007.
- MENDES, L.R.; BROCA, P.V.; FERREIRA, M.A. A Leitura Mediada como Estratégia de Cuidado Lúdico: Contribuição ao Campo da Enfermagem Fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.530-36, jul./set.2009.
- MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.121-133, 2008.

NASCIMENTO, P.T.A. et al. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.37, n.4, 2008.

NERY, S.R. **O Acolhimento no Cotidiano dos Profissionais das Unidades de Saúde da Família em Londrina- Paraná**. 2006. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Paraná, 2006.

PEREIRA, A.V. **O ‘mundo positivo’ do HIV a partir da visão dos profissionais de saúde no Município de Niterói-RJ**. 2006. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PINAFO, E. et al. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.2, p.17-25, jun.2008. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade>>. Acesso em jun.2010.

PINTO, I.C.; RODOLPHO, F.; OLIVEIRA, M.M. Pronto atendimento: a percepção da equipe de enfermagem quanto ao seu trabalho no setor de recepção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.25, n.1, p.81-8, abr.2004.

SAVOY, G.V. Programa Nascido para Brincar: Recursos Lúdicos e Expressivos para Atendimento a Pessoas Hospitalizadas. Curso de Brinquedista Hospitalar, II. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.16, n.93, p.175-9, 2008.

SCHOLZE, A.S. et al. A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.7-12, dez.2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasauade>>. Acesso em jun.2010.

SILVA, G.S.N. **A construção do “ser médico” e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado**. 2006. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVEIRA, M.G.G. et al. **Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde**. **Pediatria**, São Paulo, v.28, n.4, p.226-33, 2006.

SIQUEIRA, M.B.C. **Sentidos Atribuídos aos Cuidados Domiciliares pelas Mães de Recém- Nascidos Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2008. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SOUZA, R.S.; BASTOS, M.A.R. Acolhimento com Classificação de Risco o Processo Vivenciado por Profissional Enfermeiro. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.12, n.4, p.581-586, out./dez. 2008.

SUGANO, A.S.; SIGAUD, C.H.S.; REZENDE, M.A. A enfermeira e a equipe de enfermagem - segundo mães acompanhantes. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.5, p.601-7, set./out.2003.

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

URBANO, G.B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VIEIRA, L.M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1201-1208, 2007.

WALDOW, V.R. Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.182-188, 2009.

ZOBOLI, E.L.C.P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.195-204, 2009.