

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

CARLISE RIGON DALLA NORA

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA UMA
METASSÍNTESE

SÃO LEOPOLDO

2012

Carlise Rigon Dalla Nora

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA UMA
METASSÍNTESE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2012

Ficha catalográfica

N822p Nora, Carlise Rigon Dalla

Política de humanização na atenção básica: uma metassíntese /
por Carlise Rigon Dalla Nora. – 2012.
200 f. : il., 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Orientação: Prof. Dr. José Roque Junges.

1. Saúde – Humanização. 2. Saúde coletiva. 3. Política
Nacional de Humanização. 4. Sistema Único de Saúde. I. Título.

Catálogo na Fonte:

Bibliotecária Vanessa Borges Nunes - CRB 10/1556

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, saúde, sabedoria e por todas as oportunidades que tem me proporcionado.

Ao orientador, José Roque Junges, pela generosidade com a qual pude contar desde meu ingresso no programa até a finalização desta dissertação. Obrigada pela atenção, confiança e pela orientação.

A professora Rosangela Barbiani pelo colaboração, incentivo e carinho. Sua presença em minha formação fez toda a diferença.

Aos demais professores do programa com os quais tive o privilégio de aprender e conviver durante esse período.

Aos professores Leandro Barbosa de Pinho; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli; Lislaine Aparecida Fracoli e Tonantzin Ribeiro Gonçalves por tomarem com alegria a e empenho a tarefa de participarem das bancas de qualificação e defesa, enriquecendo esse trabalho com suas preciosas contribuições.

Aos colegas do programa, obrigada pela amizade e compreensão!

As bolsistas de Iniciação Científica do Grupo de pesquisa Bioética e Saúde Coletiva, obrigada pelas palavras de incentivo e pelo companheirismo. Foram momentos inesquecíveis!

Em especial à minha família que, em todas as etapas deste mestrado esteve comigo, encorajando-me e acreditando em minhas conquistas. Vocês fazem a diferença em minha vida!

Enfim, agradeço a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira para a realização desse trabalho.

*“Sou, por meu gosto pesquisador.
Experimento toda a sede de conhecer e a ávida
inquietação de progredir, do mesmo modo que a
satisfação que toda aquisição proporciona.”*

Immanuel Kant (1689- 1755)

APRESENTAÇÃO

Em cumprimento às exigências e instruções da Unidade Acadêmica, Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), esta dissertação apresenta-se dividida em três partes:

- Projeto de Pesquisa (Formatação ABNT);
- Relatório de Investigação (Formatação ABNT);
- Artigo Científico (Formatação Revista de Saúde Pública).

RESUMO

Este estudo aborda o tema da humanização na saúde, o qual integra a agenda da política de saúde no Brasil desde 2003. A Política Nacional de Humanização – PNH coincide com os próprios princípios do Sistema Único de Saúde -SUS, destacando a necessidade de garantir atenção integral à população e estratégias de ampliação da condição de direito e de cidadania das pessoas. Essa política tem como base os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre a atenção e a gestão e o protagonismo, co-responsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos no processo de produção de saúde. Este estudo teve como objetivo discutir as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do SUS a partir dos três princípios da Política Nacional de Humanização. Para atingir tal objetivo realizamos uma revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese utilizando as seguintes bases de dados: BDENF- Base de dados de enfermagem, BDTD- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e dissertações, BVS- Área temática Humanização, BVS-Psi-Brasil- Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia- Brasil, CATHEDRA- Biblioteca Digital de Tese e dissertações da UNESP, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, DEDALUS- Global-Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo, LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, LUME- Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, MEDLINE-Literatura Internacional em Ciências da Saúde, PAHO- Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde, PubMed- U. S. National Library of Medicine, SBU- Sistema de bibliotecas da UNICAMP, SciELO-Scientific Electronic Library Online e SiBI- Sistema de Biblioteca e dissertações da UFRJ. Foram incluídos artigos de pesquisa, relatos de experiências, dissertações, teses e capítulos de livros, escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados a partir da criação da PNH, sendo, portanto, de 2003 a 2011. Cada estudo foi lido, e as principais características sistematizadas em um instrumento para levantamento das informações. Foram incluídos 40 estudos das 4.127 publicações encontradas sobre o tema. Como resultados da metassíntese foram identificadas três categorias centrais: a primeira refere-se a organização e infra-estrutura dos serviços básicos de saúde, a segunda compreende o processo de trabalho na atenção básica e a terceira categoria refere-se as tecnologias das relações. A metassíntese pode ser considerada uma ferramenta essencial para conhecer às práticas de humanização realizadas na atenção básica, apontando para a necessidade de usuários, trabalhadores e gestores investirem esforços ainda maiores na implementação dessa política nas Estratégias de Saúde da Família e Unidades de Saúde de um modo geral.

Palavras chave: Humanização da assistência. Atenção Básica. Saúde Coletiva. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study addresses to the theme of humanization in health care, which has been part of the political agenda of health in Brazil since 2003. The National Humanization Policy (NHP) coincides with the very principles of the public Brazilian Health System (SUS), highlighting the need of securing full attention in health care for the population as well as strategies to increase people's conditions to rights and citizenship. Such policy is based on the principles of transverseness and indissolubility between the attention and the management, and the leading role, co-responsibility and autonomy of the individuals and the collective involved in the process of producing health. The present study had the objective of debating the practices in the humanization of primary health care in the public Brazilian health system (SUS) under the three principles of the National Humanization Policy (NHP). In order to achieve such a goal, we have done a systematic review of the literature followed by a Meta-Synthesis using the following databases: BDNF- Nursing database, BDTD- Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, BVS- Theme area of Humanization, BVS-Psi-Brasil- Virtual Library in Psychology and Health, CATHEDRA- Digital Library of Theses and Dissertations of UNESP, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, DEDALUS- Global- São Paulo University's Library Integrated System, LILACS- Latin-American and Caribbean Literature in Health Sciences, LUME- Digital Repository of Universidade Federal do Rio Grande do Sul, MEDLINE- International Literature in Health Sciences, PAHO- Panamerican Health Organization Library, PubMed- U.S.National Library of Medicine, SBU- System of Libraries of UNICAMP, SciELO-Scientific Electronic Library Online and SiBI- Library and Dissertations System of UFRJ. Included herein were articles of research, case studies, reports of experiences, dissertations, theses, and book chapters, written in Portuguese, English or Spanish, published from the beginning of the policy; hence, from 2003 to 2011. Each study was read, and the main characteristics were arranged in a tool for the collection of data. We included 40 studies form the 4.127 publications found on the subject. As results of the Meta-Synthesis, three main categories were identified: the first one referring to the organization and infrastructure of primary health care; the second one encompasses the work process in primary health care; and the third one being about the technologies of relations. Meta-Synthesis can be considered an essential tool for one to experience the humanization practices in primary health care, which put in perspective the need for user, professionals, and managers to make even bigger efforts as to the implementation of NHP in Strategies for Family health and Health Centers as a whole.

Key words: Humanization of assistance. Primary Health Care. Public Health. Unified Health System.

PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Base de dados eletrônicas pesquisadas.....	47
Tabela 2- DeCS, MeSH, Paravras-chave e/ou termos livres utilizados como estratégias de busca nas bases de dados.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- APS - Atenção Primária em Saúde
- BDENF- Base de dados de enfermagem
- BDTD- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e dissertações
- BVS- Área temática Humanização
- BVS-Psi-Brasil- Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia
- CATHEDRA- Biblioteca Digital de Tese e dissertações da UNESP
- CEBES -Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
- CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CNS- Conferência Nacional de Saúde
- CTH- Câmara técnica de Humanização
- DEDALUS- Global- Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- GTH- Grupo de trabalho de humanização
- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- JBI QARI- Critical appraisal Checklist for interpretive & Critical Research
- LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- LUME - Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAHO - Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
- PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PMAQ-AB- Programa de melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

PubMed - U. S. National Library of Medicine

SBPC- Sociedade Brasileira para o progresso da ciência

SBU- Sistema de bibliotecas da UNICAMP

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SiBI - Sistema de Biblioteca e dissertações da UFRJ

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a infância

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde.....	22
2.2 Atenção Básica à Saúde.....	25
2.3 Uma breve história da criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da gestão no SUS - HumanizaSUS	29
3 JUSTIFICATIVA	38
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo Geral	42
4.2 Objetivos Específicos.....	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 Revisão Sistemática	43
5.2 Metassíntese	45
5.3 Procedimentos Metodológicos	47
5.3.1 Questão norteadora	47
5.3.2 Definição da fonte de busca de dados	48
5.3.3 Definições dos limites de Recuperação	49
5.3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	50
5.3.5 Coleta de dados.....	51
5.3.6 Avaliação crítica dos estudos	54
5.3.7 Síntese dos dados.....	55
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	58
7 ASPECTOS ÉTICOS	59
8 CRONOGRAMA	60
9 ORÇAMENTO	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A- Critérios de Inclusão e Exclusão	68

APÊNDICE B - Instrumento para a coleta de dados.....69

**ANEXO A- JBI QARI Critical appraisal Checklist for interpretive & Critical Research
.....70**

1 INTRODUÇÃO

A proposta da Política Nacional de Humanização- PNH coincide com os próprios princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a necessidade de garantir atenção integral à população e estratégias de ampliação da condição de direito e de cidadania das pessoas. Nesse contexto, a política de saúde no setor público no Brasil vem passando, desde 1988, por uma grande mudança no que se refere à reorganização dos processos de trabalho e transformações nas relações sociais (SANTOS FILHOS, 2010).

A reforma proposta, chamada de Reforma Sanitária Brasileira, começou a tomar forma em meados da década de 70, onde um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores sociais, desde movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos. Esse movimento defendia a saúde não como uma questão puramente biológica a ser resolvida pelos médicos, mas sim como uma questão social e política a ser resolvida em âmbito público (PAIM et al., 2011).

Nesse sentido, com o processo de luta travado a partir do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira é que se começa a delinear um novo projeto de saúde, onde esse passa a ser considerado como um direito de todos os cidadãos e um dever do estado. A partir desse movimento se desenvolve uma visão ampliada das responsabilidades do estado para com os serviços de saúde (FLEURY, 2009).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde se aprovou o conceito de saúde como um direito do cidadão e se delineou os fundamentos do SUS. A constituição de 1988 foi proclamada estabelecendo as bases para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade, equidade. Esse reconhecimento constitucional só foi possível após uma longa ação política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1987).

Uma área que tem recebido destaque no SUS é a atenção básica, a qual tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e ampliar a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011).

Dessa forma, a principal estratégia de estruturação da atenção básica nos sistemas locais de saúde, tem sido a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma das suas principais características da ESF é a ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e comunidades e integrem a assistência médica com a promoção da

saúde e ações de prevenção (PAIM et al., 2011). Segundo Solla (2005), a Estratégia de Saúde da Família vem se configurando como uma estratégia para a reorganização do modelo de atenção do SUS, a qual tem demonstrado grande capacidade de fortalecer o acolhimento na atenção básica, o vínculo entre a equipe, os serviços, os usuários e a humanização do atendimento.

Nesse percurso de construção do SUS, novas questões começam a demandar atenção, assim surge o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar em 2000, o qual serve de base para a criação de uma política de Humanização que seja nacional, de caráter transversal que passe por toda a rede SUS. Nesse sentido, o Ministério da Saúde concebe em 2004 a Criação da Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS (BRASIL, 2004, 2008).

Essa política está fundamentada por três princípios estruturantes: o de transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; o de indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de coresponsabilidade na produção de saúde (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, a PNH visa efetivar os princípios e diretrizes do SUS, buscando a implantação desses princípios no cotidiano das práticas de atenção a saúde e gestão, assim busca-se um SUS humanizado e comprometido com a defesa da vida (BRASIL, 2004). De acordo com Campos (2006), a humanização tem uma relação estreita com a defesa da vida, pois esse é um ótimo critério para orientar as políticas públicas, é também um objetivo constante, uma meta central a ser buscada por qualquer política ou projeto de saúde.

Vale ressaltar que uma política pública não será implementada apenas pela vontade dos órgãos governamentais. Essa política necessita ser realizada pelo método da tríplice inclusão, incluindo os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores. Nesse sentido, Backes, Koerich e Erdmann (2007), afirmam que a implementação da Política Nacional de Humanização requer o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão diariamente em contato com os usuários e demais profissionais.

Para alcançar uma compreensão dos princípios e valores que perpassam o campo da humanização o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que são estabelecidas durante as suas práticas. Assim, a humanização não pode ficar restrita às atribuições meramente técnicas, mas sim a capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de existir. (BACKES, KOERICH E ERDMANN, 2007)

A Política Nacional de Humanização tem se configurado como um importante objeto de reflexão sobre os processos de trabalho. Somente com profissionais da saúde, gestores e usuários sendo protagonistas e co-responsáveis pelo processo de produção de saúde será possível concretizar a proposta da humanização no SUS (PEREIRA E PASSOS, 2008).

Este estudo visa, através de uma revisão sistemática da literatura, buscar as pesquisas publicadas sobre a Política Nacional de Humanização na atenção básica. Os achados serão analisados a partir da perspectiva da metassíntese qualitativa visando a realizar uma re-interpretação desses materiais buscando fundamentar a prática, a teoria e as pesquisas desenvolvidas no contexto da atenção básica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é fruto de um longo processo de construção política e institucional desencadeado pela Reforma Sanitária Brasileira, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde. Esse movimento foi organizado por segmentos populares, estudantes, pesquisadores, docentes e profissionais da saúde, bem como instituições acadêmicas e sociedades científicas como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), entidades comunitárias, profissionais e sindicais também constituíram o movimento social. Foram esses integrantes, ativistas, intelectuais e as entidades que elaboraram as bases para que se desenvolvesse um projeto de Sistema Nacional de Saúde (PAIM, 2009).

Vale destacar alguns fatos importantes que permitiram o estabelecimento de um movimento como o da Reforma Sanitária: o movimento de trabalhadores da saúde; o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação Saúde Coletiva, cujos debates, simpósios e publicações foram delineando uma proposta alternativa ao modelo privatista da época; o desempenho do movimento municipalista de Saúde os quais apresentavam experiências bem sucedidas aqui no Brasil de implantação de sistemas municipais de saúde como os de Campinas, Londrina e Piracicaba; o surgimento e fortalecimento do movimento Popular em Saúde, influenciado pelas comunidades eclesiais de base da Igreja Católica; mudanças no sistema político, com o fim do bipartidarismo o ressurgimento do debate político e de propostas partidárias; divulgação dos resultados da reforma sanitária realizada em alguns países como a Itália; surgimento de um novo movimento sindical, autônomo, a partir das greves nos anos de 1970 (ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001).

Mais do que um projeto de transformação institucional a Reforma Sanitária Brasileira, foi um projeto civilizatório o qual visou propor mudanças nos valores presentes na sociedade brasileira tendo a saúde com um eixo de transformação e a solidariedade como valor estruturante, essa reforma foi resultante de um grande movimento da sociedade civil brasileira em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde (CEBES, 2005).

Este movimento, embora não homogêneo, provocou um amplo debate em torno dos princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado no setor da saúde. Afirmando que a saúde deve ser considerada um direito de todos e dever do estado. Ampliando o entendimento de saúde e doença para além do componente biológico, incorporando questões subjetivas e sociais e integrando as ações de saúde individuais e coletivas, bem como uma visão ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde (MATTOS, 2009).

O Movimento Sanitário pode ser considerado uma experiência rica e singular no campo de luta pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Isso, transformou o conteúdo da participação social, reconhecendo a diversidade de interesses e projetos em disputas na sociedade; acrescentando a conotação de cidadania; propondo maior participação, ou seja, a representação direta da sociedade (BRASIL, 2006a).

O espaço político responsável por essa nova orientação para as políticas públicas foi propiciado pela realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em Brasília em 1986, com ampla participação de trabalhadores, governos, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Segundo Cunha e Cunha (2001) a CNS significou um marco na formulação das propostas de mudanças do setor de saúde. Nessa conferência ocorreu a definição de um conceito abrangente de Saúde; saúde como direito de cidadania e dever do estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde.

Além desses aspectos a Conferência teve como desdobramento um conjunto de proposições políticas da Reforma Sanitária, a qual está configurada no relatório final dessa conferência, conforme o trecho a seguir:

As modificações necessárias ao setor da saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado a se chamar Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, p 381).

Existentes desde os anos 1940 as Conferências Nacionais de Saúde tinham sido interrompidas durante a ditadura militar. Nos anos 1980 graças à pressão do Movimento pela reforma sanitária e ao fato de que os diretores e técnicos do Ministério da Saúde do governo Sarney eram defensores e criadores da proposta de Reforma Sanitária, foi possível a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (ZIONI e ALMEIDA, 2008).

Na ânsia de atender as reivindicações feitas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, é idealizado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, o qual foi implementado

por meio da celebração de convênios entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os Governos Estaduais, baseado no princípio da integração de todos os serviços de saúde, públicos e particulares, os quais deveriam constituir uma rede hierarquizada e regionalizada, com a participação da comunidade na administração das unidades locais. Nesse sentido, o SUDS era uma tentativa de fazer o SUS ainda sem uma definição constitucional e uma lei complementar (BRASIL, 2006a).

Na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, se definiu as bases legais para a organização do SUS, seguindo os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. A Constituição, em seus artigos 196 a 200 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS foi regulamentado somente na década de 90, pelas Leis Orgânicas de Saúde - LOS nº 8080/90 e sua complementar nº 8.142/90. Estas leis definiram as atribuições nos diferentes níveis de governo, estabeleceram responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica, e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público (CUNHA e CUNHA, 2001).

O SUS tem como objetivos dar assistência a população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que assim sejam procurados os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar esses objetivos com efetividade e eficiência no Brasil. Esses meios, devem ser orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, esses devem se estabelecer como os objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção a saúde desejado para o SUS (ZIONI e ALMEIDA, 2008).

A proposta do SUS está vinculada a ideia de que todas as pessoas tem direito a saúde, e esse direito está vinculado à condição de cidadania. Ter uma assistência a saúde não depende de pagar uma previdência social, nem de provar condição de pobreza, muito menos de caridade. O SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, regida por valores de igualdade e equidade, sem qualquer tipo de privilégio ou discriminação (PAIM, 2009).

O SUS apresenta dois conceitos que são importantes ressaltar: o de sistema e a ideia de unicidade. O sistema seria um conjunto de várias instituições, nos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, os quais interagem para um fim comum. Como o sistema de saúde é único, e deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país, ou seja, unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e

social como o Brasil, seria uma temeridade organizar um sistema sem levar em conta todas essas diferenças. O que é definido como único é um conjunto de elementos doutrinários e de organização, os quais se relacionam com as peculiaridades de cada local (CUNHA e CUNHA, 2001).

Pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi se desenhando o SUS a fim de afirmar o direito à saúde de todos os brasileiros, articulando a saúde a uma reforma social mais ampla. De acordo com Paim (2009), o SUS trouxe inovações muito importantes, como o conceito ampliado da saúde, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, ação sobre o território entre outros. As dificuldades de organização de um sistema de saúde efetivamente integral demonstram o grande desafio de adequação das políticas de saúde aos diferentes contextos sociais. O SUS deve se constituir no cotidiano dos serviços de saúde, por todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil.

2.2 Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica à Saúde deveria constituir-se em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, mas essa também não poderia ser a única forma, pois implicaria em uma demanda intolerável. Outras portas, como o pronto-socorro e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são possíveis e necessárias (CAMPOS et al., 2008). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1978), afirma que na Atenção Básica à saúde deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população. Desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 a 5% dos casos sejam encaminhados a outros níveis de atenção.

Conforme Campos et al (2008) é tradição em outros países utilizar a expressão Atenção Primária em Saúde (APS) em lugar de Atenção Básica, como denominamos aqui no Brasil em decorrência da tradução realizada na época em que passou a ser empregada. Segundo Gil (2006), os termos atenção básica e atenção primária, são hoje utilizados por muitos autores como sinônimos na perspectiva de unidades locais ou de níveis de assistência à saúde. A atenção básica pode ser compreendida, como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, e o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (...) É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada

complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais freqüentes (...) e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006b, p.10).

É um desafio superar a percepção que alguns gestores, profissionais da saúde e população tem da atenção básica, os quais acreditam que esta é uma ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz. Entre os profissionais essa percepção decorre de uma formação profissional centrada no espaço hospitalar e no modelo biomédico. Isso pode fazer com que o entendimento do que seja a atenção básica seja dificultado, não compreendendo a grande complexidade, o conhecimento e a prática diferenciada dos outros serviços de saúde (CUNHA, 2005).

Um marco histórico mundial da atenção primária à saúde é a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde- OMS e o Fundo das Nações Unidas para a infância- UNICEF, realizada em Alma-Ata, em 1978. A conferência expressou a necessidade de ações urgente dos governantes e daqueles que trabalham no campo da saúde e no desenvolvimento da comunidade mundial, assim deveriam proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental e como meta social mundial. Essa conferência propôs levar saúde para toda a população mundial no ano 2000, levando como estratégia a APS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). De acordo com Franco (2003), a Conferência de Alma- Ata propõe que os serviços de saúde se organizassem do mais básico ao mais elevado nível de complexidade, com uma disposição hierárquica onde se reproduza uma ideia do início ao final, do nível primário ao terciário.

Em nosso país essa proposta de Atenção Primária à saúde coincidiu com a necessidade de expandir a atenção médica, com um modelo de baixo custo, para as populações excluídas. Desse modo, desenvolveu-se a proposta de atenção primária seletiva, que seria um pacote de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países subdesenvolvidos. Utilizava-se profissionais com baixa qualificação, tecnologias baratas e simples, desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo. Essa proposta distanciava-se da proposta de atenção primária que se acreditava ser eficiente, se realmente implantada (ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001).

Segundo Starfield (2004), é possível definir os atributos essenciais dos serviços de atenção primária, considerando assim as características específicas da atenção básica, que incluem: Atenção ao primeiro contato, implicando em acessibilidade e uso do serviço, para se

estabelecer como porta de entrada do sistema de saúde o primeiro requisito é que este seja acessível; de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença da doença; garantia de cuidado integral, o paciente deve receber todos os tipos de serviços de atenção a saúde, desse modo, com a continuidade da relação profissional e paciente, estes passam a criar vínculos permitindo uma relação humanizada e atenção mais integral; Coordenação/ integração das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde deve estar orientada para a comunidade, reconhecendo suas prioridades em saúde, centrar-se na família, para responder as necessidades de saúde de seus membros, bem como ter competência cultural para dialogar e reconhecer as diferenças e diversidades dos grupos populacionais (STARFIELD, 2004).

Na busca pela consolidação da atenção primária à saúde ocorreu, em 1991, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), com o objetivo de ser uma estratégia nacional de mobilização de forças sociais, da população, para a conquista de saúde, acesso aos serviços e estratégias de cuidado. A criação do PACS justificou-se pelos bons resultados das experiências anteriores no Norte e Nordeste do Brasil, onde atendeu a demandas de combate e controle da epidemia do cólera e das demais formas de diarreia. A implementação do PACS teve caráter emergencial e visou dar suporte a assistência básica (FURLAN, 2008).

Em 1994, os ACS foram incluídos na equipe mínima do Programa de Saúde da Família (PSF). Em 2006, esse programa passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família, onde o mesmo constituiu-se em uma estratégia para a reorientação da prática assistencial vigente, com a atenção centrada na família, a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando um maior entendimento do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2004).

Nessa interface, a ESF visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Algumas características da ESF como a delimitação do território de atuação com uma determinada população sob a responsabilidade de uma equipe de saúde, favorece especialmente o processo de vinculação com os usuários. Isso é possível devido à existência de contatos mais frequentes e de uma relação continuada que é uma condição facilitadora do processo de humanização. Dessa forma, a aproximação com o ambiente familiar favorece a compreensão e o enfrentamento do conjunto dos problemas vivenciados pelas famílias (BRASIL, 1997).

O estímulo a ESF e a sua adequada implementação passou a ser elemento estratégico permanente para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida na ESF estimula a participação popular e cooperativa para a expressão das necessidades de saúde da população, construindo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família funciona por meio de uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, e desde 2004 começaram a ser incluídas equipes de saúde bucal. As equipes da ESF atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada ESF (SANTOS FILHO, 2010).

A ESF preconiza uma equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área de atuação da equipe. Esta deve ser considerada a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (ESCOREL et al., 2007).

Com essa forma de estruturar a atenção básica no Brasil, passou a se incentivar financeiramente um modelo específico de organização da rede de atenção básica, que aborda um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe, a promoção e a prevenção da saúde, o perfil do profissional generalista, a incorporação do agente comunitário de saúde, a normatização do processo de trabalho entre outros. A ESF passou a ser a política oficial do SUS para a organização da atenção básica, a qual tem sua assistência centrada na família e direcionada para a comunidade (CAMPOS et al., 2008).

A atenção básica deve estar ligada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, responsabilizando-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos. Essa atuação facilita a criação e manutenção de vínculos terapêuticos. A interação entre as equipes e a co-gestão dos recursos existentes num determinado território podem ampliar a produção de saúde (BRASIL, 2009a).

Em 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) divulgou um documento com recomendações para fortalecer a Atenção Primária, no qual defende a necessidade de se alcançar atenção universal e abrangente com uma abordagem integrada e horizontal para o desenvolvimento do sistema de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde, editou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela portaria ministerial n. 648/GM, de 23 de março, mediante a qual ampliou o escopo e a

concepção da atenção básica ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Colocando a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a reestruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006b).

Outros avanços vem sendo percebidos nesse percurso de consolidação do SUS. Na prática, esse processo requer grande dedicação e esforço de dirigentes e técnicos dos municípios, dos Estados e da União, assim como dos profissionais e representações da sociedade civil, os conselhos de saúde, orientando efetivamente o modelo de atenção a saúde na direção dos princípios e diretrizes desse Sistema (BRASIL, 2003).

Contudo, apesar de toda movimentação realizada para a implantação do SUS ao longo de sua história, ainda faz-se necessária a maior participação popular para sua real efetivação dentro de seus princípios, do mesmo modo os profissionais da saúde podem ser considerados peças-chave para que estes princípios ocorram de fato e de direito.

2.3 Uma breve história da criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da gestão no SUS - HumanizaSUS

Nos últimos anos temas como integralidade, qualidade da assistência, trabalho em equipe, acolhimento e humanização da assistência tem cada vez mais ocupado um lugar de destaque nas agendas de discussões e formulações de políticas no setor da saúde, atraindo atenção para as dimensões intersubjetivas dos serviços de saúde e seus processos de trabalho (SÁ, 2009).

Na década de 70 já observamos alguns movimentos de saúde que agregavam em seu conteúdo a humanização. Conforme Deslandes (2006) pode-se tomar como marco o debate realizado no Simpósio americano intitulado *Humanizing Health Care*, ocorrido em São Francisco em 1972. Esse encontro contou com centenas de participantes da área da saúde e das ciências humanas. Um dos objetivos desse encontro foi conceituar o que seria a humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis formas de produzir um cuidado humanizado.

Os autores brasileiros tem investido em uma reflexão sobre a humanização como uma dimensão de política pública e suas relações com o Estado, onde diferentes atores nesse processo são vistos como integrantes das relações de cuidados, configurando novas formas de poder e participação (BRASIL, 2004). Nesse sentido, para discutirmos a humanização no campo da saúde devemos considerar a maneira como o tema está fortemente relacionado ao

processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. A temática da humanização ganha expressão em um contexto de ampliação da cobertura conseguida pelo SUS. Se percebem iniquidades históricas no acesso ao sistema de saúde, onde o processo de desvalorização da vida e de banalização do sofrimento alheio estão presentes na nossa sociedade (SÁ, 2009).

De acordo com Souza e Mendes (2009) o tema da humanização apareçam dois contextos. O primeiro se refere a busca de melhoria na qualidade da atenção ao usuário, a falta de qualificação e ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços. O segundo está ligado aos profissionais que querem melhores condições de trabalho e de formação, para dar conta dos desafios da assistência na perspectiva da universalidade, equidade e integralidade da atenção a saúde.

Na busca por aprimorar as relações entre profissionais da saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, visando a melhoria da qualidade e eficiência dos serviços prestados por essas instituições, é instituído, em maio de 2000, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Esse programa pode ser considerado uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde para propor ações capazes de melhorar o contato humano entre profissionais e usuários de modo a garantir um bom funcionamento do SUS (BRASIL, 2001).

Nos anos de 1999 e 2000, além do PNHAH, algumas outras ações e programas também foram propostas pelo Ministério da Saúde voltando para o que ia se definido como o campo da humanização. Ressalta-se o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999); o Programa de modernização gerencial dos grandes estabelecimentos de saúde (1999), o Programa de humanização no Pré-natal e nascimento (2000); o Programa centros colaboradores para a qualidade e assistência hospitalar (2000) e a Norma de atenção humanizada de recém-nascidos de baixo peso-Método Canguru (2000). Como podemos evidenciar, a palavra humanização não aparece em todas as ações, mas é possível perceber a relação que vai se estabelecendo entre humanização, qualidade do atendimento e satisfação do usuário (BENEVIDES e PASSOS, 2005b).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 22 de maio de 2000, que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, inicia-se um processo de reflexão sobre a humanização, que posteriormente foi priorizada no conteúdo do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Nos seus nove eixos temáticos que dão ênfase a humanização nos serviços de saúde, mais especificamente no eixo

temático II que trata da seguridade social e da saúde, na diretriz 47 desse relatório, é proposto à implementação de uma Política de Humanização (BRASIL, 2004).

Face a essas considerações, a nova gestão do Ministério da Saúde inicia em 2003, uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, assim se estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão em saúde no SUS (BRASIL, 2004). De acordo com Benevides e Passos (2005b), essa política não deve ser entendida como um programa a ser aplicado nos diversos serviços de saúde, mas sim como uma política que opera transversalmente nas diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

O conceito de humanização conta com um grande número de representações no campo da saúde coletiva. Primeiramente, foi entendido, por muitos atores envolvidos no processo de saúde, como uma possível culpabilização de maus-tratos ao usuário, logo em seguida passou a noção de caridade (DESLANDES e MITRE, 2009). Conforme Neves (2009), maus-tratos na assistência a saúde podem ocorrer quando tornamos a vida refém de práticas compartimentalizadas, padrões instituídos, longas filas de esperas na madrugada na busca de senhas para atendimento, na desassistência prestada e nas rotinas de trabalho imposta aos usuários.

Nesse sentido, o termo Humanização ligava-se ao “voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total” (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p.390). É possível evidenciar que a humanização estava atrelada ao conceito de “bom-humano”. Para o Ministério da Saúde (2008) a humanização não se restringe a ajuda, bondade, piedade, ações humanitárias e nem a serviços ideais. Esse modo de pensar não interessa a PNH, pois abala a oportunidade de promover o protagonismo e apropriação dos processos de trabalho pelos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos na rede SUS (SOUZA e MENDES, 2009).

A definição de humanização que atualmente se adota no campo da saúde se refere ao expresso na PNH (BRASIL, 2004) a qual entende a proposta de humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e do coletivo; o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; o compromisso com a ambiência, com a melhoria de atendimento e condições de trabalho e com os processos de

formação, apostando em um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo.

Humanização é vista nos referenciais como uma aposta ético-estético-política, (BRASIL, 2008): Ética porque implica uma atitude corresponsável e comprometida entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde. Estética, porque conduz um processo criativo e sensível de produção de saúde e de subjetividades autônomas. Política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS. Esse compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se afirma pelos valores da solidariedade, autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidades entre eles, direitos dos usuários e participação coletiva.

De acordo com Campos (2000), o projeto da PNH visa afirmar a saúde não como um valor de troca, mas como de uso, o que faz com que se altere o padrão de atenção a saúde no sentido da ênfase no vínculo com usuários, garantindo e afirmando seus direitos. A humanização pode ser considerada uma estratégia de interferência nos processos de produção de saúde no sentido de que, quando sujeitos estão mobilizados, são capazes de transformar realidades, mudando a si próprios nesse mesmo processo.

Os autores Benevides e Passos (2005a) propõem que se fale da Humanização no SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Desta forma, humanizar as práticas de atenção e gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva.

Na mesma direção, Deslandes (2006) entende a humanização como a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades do paciente, de suas famílias, da própria equipe de saúde que o acompanha, em conformidade com as relações que se estabelecem. O profissional da saúde deve perceber o usuário como alguém capaz de participar e protagonizar atos de transformações na sua saúde, o usuário deve ser ator de sua própria história, por isso não devemos reduzir um sujeito à doença que lhe provoca o sofrimento.

A Política de Humanização foi formulada a partir das experiências concretas de estados e municípios que apontaram para um “SUS que dá certo”. Podemos evidenciar um SUS que dá certo e que não é divulgado e, por isso, não é muitas vezes reconhecido (BRASIL, 2004). Conforme Pedroso e Vieira (2009), os meios de comunicação investem na divulgação dos aspectos negativos como: filas, a falta de profissionais, hospitais em más

condições, etc. Portanto, a humanização como política está sempre em constante construção, tensionamento e problematização. Nesse sentido, o SUS ao mesmo tempo em que avança também se recolhe.

Nessa perspectiva, Pasche (2009) apresenta que a política de humanização parte das experiências concretas nos serviços de saúde, onde uma grande quantidade de sujeitos e coletivos sociais espalhados por muitos lugares deste país atuam e produzem inovações nos serviços do SUS. Essa política combina tanto o reconhecimento dos avanços, quanto os desafios que ainda se verificam no SUS. Dessa forma, a partir da verificação, escuta, análise e síntese deste SUS que dá certo, é que se produziram os princípios, métodos, diretrizes, e os dispositivos da PNH.

A PNH se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: transversalidade, entendida como o aumento do grau de comunicação entre diferentes programas e políticas, profissionais e instâncias do SUS; indissociabilidade entre a atenção e a gestão, assegurando que existe uma relação inseparável entre o modo de cuidar (prestar serviços) e modos de gerir e se apropriar do trabalho; e o protagonismo, co-responsabilização e autonomia dos sujeitos e coletivos envolvidos na produção de saúde entendidos como sujeitos da produção de serviços, de si próprios e do mundo, implicados em atitudes de co-responsabilidade nos processos de gerir e cuidar. Esses princípios convocam a reflexão de como fazer para que eles sejam desenvolvidos de forma efetiva no cotidiano das práticas de saúde (BRASIL, 2008; SANTOS FILHO, 2010).

A transversalidade diz respeito à possibilidade de conexão/confronto com outros grupos e nos próprios grupos, indicando um grau de abertura comunicacional, sendo um processo de diferenciação dos grupos e das subjetividades (BRASIL, 2008). De acordo com Santos e Figueiredo (2009), devem-se criar novos padrões de relação e comunicação entre sujeitos e serviços, incluindo toda a rede nas conversas, buscando mudanças das fronteiras dos saberes e dos territórios de poder.

Benevides e Passos (2005a) falam em humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração do modelo de atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Portanto, novos sujeitos envolvidos em novas práticas de saúde. Na mesma direção, o Ministério da Saúde (2008) prevê a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos, bem como a indissociabilidade entre integralidade do cuidado e a integração dos processos de trabalho.

Para que se defina o modo de como fazer, a PNH propõe um método, ou seja, o caminho a ser percorrido para a construção de novas realidades nos serviços de saúde do SUS. Esse método é o da tríplice inclusão: inclusão dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) envolvidos no processo de produção de saúde; inclusão dos analisadores sociais, de forma que os elementos que desestabilizam os modelos tradicionais da atenção e gestão também sejam compreendidos acolhendo e criando processos de mudanças e a inclusão do coletivo, redes e movimentos sociais organizados (BRASIL, 2008).

O método da tríplice inclusão traça um caminho no sentido da construção de processos coletivos, propiciando o envolvimento dos diferentes agentes implicados no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, incentivando a multiplicação de diferentes espaços de rodas e fortalecendo o trabalho em redes. São grandes as potencialidades desse método tornar realidade os princípios do SUS, bem como qualificar o modo de incluir os sujeitos na produção do cuidado em saúde, ampliando a dimensão da técnica para uma perspectiva não somente ética, mas estética e afetiva (PINHEIRO, 2010).

As diretrizes da PNH são as orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas como: a clínica ampliada; a co-gestão; o acolhimento; a valorização do trabalho e do trabalhador; a defesa dos direitos dos usuários; o fomento das grupalidades, coletivos e redes; a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008). Segue a explanação destas diretrizes.

A clínica ampliada visa à universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde, devendo ter como objetivo produzir saúde e ampliar a autonomia dos sujeitos, aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares. A ampliação da clínica busca a direção da ampliação do diálogo, reconhecendo os limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos (BRASIL, 2008).

Conforme Cunha (2005), a Clínica ampliada é a transformação da atenção individual e coletiva, de forma que os profissionais percebam outros aspectos dos sujeitos, e que não seja apenas o biológico compreendido e trabalhado pelos profissionais de saúde, de forma a tomar a saúde como objeto e não a doença em sentido restrito. Dessa maneira, reconhecer os valores subjetivos dos sujeitos se constitui em uma forma muito valiosa para uma intervenção mais qualificada e menos alienada.

A co-gestão dos serviços deve ser entendida como um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo pode-se concluir então que o modelo de gestão que essa política

propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados garantindo que realmente o poder seja compartilhado e participativo (BRASIL, 2008). A gestão participativa pressupõe a criação de espaços coletivos, onde trabalhadores, usuários e gestores estejam envolvidos em um pacto de co-responsabilidade e compromissos com o sistema de saúde (CAMPOS, 2000).

Campos (2000) propõe o método Paidéia ou Método da roda e apresenta que os espaços coletivos são um caminho para a democratização e para a progressiva desalienação da maioria. Esse método aposta nos sistemas de co-gestão que produzam compromissos, solidariedade com o interesse público, capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde.

Para Santos Filho (2010), o acolhimento pode ser entendido como postura capaz de acolher, escutar e dar respostas apropriadas, em rede, interferindo nos processos de trabalho para mudar as relações entre trabalhadores/serviços e usuário, propiciando, vínculo, acesso, continuidade e integralidade na assistência. Dessa forma, o acolhimento consiste nas práticas de produção e promoção a saúde implicando na responsabilização da equipe de saúde pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Os profissionais devem ouvir as queixas dos usuários, considerar suas preocupações e angústias, garantindo uma atenção integral, resolutiva, responsável e de qualidade. (BRASIL, 2008)

A PNH busca o fomento da valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, promovendo melhorias nas condições de trabalho e na ambiência, incluindo o trabalhador nas definições sobre o funcionamento das organizações de saúde, ou seja, a descentralização do poder de decisão das instituições. Ampliando os investimentos na qualificação dos trabalhadores, para que esses lidem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção a saúde (PASCHE, 2009).

Para ocorrer uma maior atenção a singularidade dos sujeitos no atendimento clínico é necessário que ocorram mudanças na lógica dos processos de trabalho dos profissionais da saúde. Merhy (2002) apresenta a diferença entre trabalho vivo e trabalho morto através do exemplo do sapateiro, onde este quando produz um sapato e o cliente o compra, o trabalho morre no produto vendido. O trabalho morto é mediado pelo produto e não pela relação. O trabalho vivo, ao contrário, é definido pela relação que se estabelece. Assim, a relação e não tanto os procedimentos e os instrumentos devem ser a base do trabalho vivo em saúde, que não pode se esgotar no produto (MERHY, 2002).

Vale destacar que todo trabalho em saúde é mediado por tecnologias. Merhy (2002) propõe classificar as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: tecnologias leves (tecnologias de relações do tipo vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como forma de orientar processos); tecnologias leves/duras (conhecimento e saberes que operam no processo de trabalho, como a clínica médica, a epidemiologia) e tecnologias duras (equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estrutura organizacional). Cabe aos profissionais da saúde saber conjugar no trabalho vivo essas tecnologias a fim de qualificar e aprimorar os serviços de saúde (MERHY e FRANCO, 2003).

Conforme Merhy e Franco (2003) pode-se pensar que o trabalho em saúde é sempre relacional, e depende do trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que está sendo realizado. Essas relações podem ser de um lado, burocratizadas, verticalizadas, onde a assistência acontece no ato prescritivo, utilizando tecnologias duras, voltadas a produção de procedimentos, apontando para o modelo médico hegemônico. Por outro lado, essa relação pode ocorrer por meio de tecnologias leves, estabelecidas no trabalho em ato/trabalho vivo, de caráter relacional, onde o profissional reconhece a subjetividade do usuário, trabalha com um processo terapêutico mais relacional com o usuário, operando com a idéia de que o usuário é também produtor de saúde e deve ser protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia (MERHY, 2002).

Um dos grandes desafios impostos aos profissionais da saúde, instituições públicas e sociedade é a busca de um novo modo de gerir e operar processos de trabalho que levem em consideração a Política Nacional de Humanização com sua proposta de acolhimento, vínculo, co-responsabilidade, co-gestão e autonomia dos sujeitos (BRASIL, 2004). Para que realmente a Humanização da assistência aconteça é necessário romper com o processo de trabalho que “coisifica” a relação entre trabalhador-usuário, que torna os processos de trabalho previsíveis e estruturados, onde os profissionais passam a ser meros cumpridores de rituais e metas, realizando procedimentos e atos terapêuticos com frieza e rigor científico. Assim, o profissional perde o foco do seu objeto de trabalho que é o sujeito, passando a estabelecer uma relação burocrática e despersonalizada (MARQUES e LIMA, 2004).

De acordo com Franco (2003), a mudança no modelo assistencial somente se efetivará a partir da organização do processo de trabalho de todos os profissionais da saúde, no sentido de que estes passem a ter seu trabalho determinado pela utilização de tecnologias leves, que operem em relações mediadoras as quais devem visar integrar trabalhadores e usuários. Pequenos atos do dia a dia vão dar um novo perfil à assistência a saúde, quando o processo de

trabalho for articulado entre profissionais e usuários, onde ambos sejam sujeitos de um mesmo processo de produção de saúde.

Nesse percurso de transformação das práticas de saúde ainda temos muitas mudanças para propor no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. De acordo com Perreira e Passos (2008), somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível concretizar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas de serviços em saúde.

Faz-se necessário ressaltar a capacidade dos profissionais da saúde desenvolver e mobilizar experiências. Conforme Santos Filho (2010), isso pode definir o processo de trabalho e garantir a efetividade e qualidade na mobilização da experiência dos trabalhadores. Essa experiência não se adquire no abstrato, mas sim com as situações cotidianas vividas com o enfrentamento de problemas comuns da prática, exigindo uma troca de saberes entre as equipes de trabalho. Dessa forma deve haver troca de experiências, compondo uma trajetória de aprendizagem na situação de trabalho em saúde.

A PNH aposta em um uma perspectiva onde os coletivos do SUS são convidados a discutir e por em análise os diferentes serviços e as formas de agir nele. Para afirmar tal política é imprescindível que os sujeitos que constituem o sistema de saúde (usuários, trabalhadores e gestores) discutam e analisem os processos de trabalho intervindo no modo como os serviços estão organizados, estimulando aqueles que trabalham e utilizam os serviços como protagonistas e corresponsáveis pela produção de saúde (SANTOS, BARROS e GOMES, 2009).

A comunicação é um importante elemento presente no debate da humanização dos serviços de saúde, um processo de trabalho resolutivo e de qualidade precisa ser pautado por um processo dialógico onde os diferentes sujeitos envolvidos na produção de saúde sejam protagonistas de mudanças. Para produzir tais mudanças no SUS é fundamental colocar em análise os processos de trabalhos desenvolvidos os serviços de saúde (SANTOS, BARROS e GOMES, 2009).

Em uma metassíntese realizada sobre os profissionais da saúde na atenção primária se evidenciou-se que os profissionais precisam ser cuidados ou se cuidar, caso contrário, pode-se colocar em risco a saúde de toda uma comunidade. Para isso, o estudo sugere que a implementação de programas de apoio aos trabalhadores é necessária, bem como de programas de educação permanente a fim de qualificá-los a lidar com questões que vão além das questões físicas (BRASIL, 2009). No estudo ficou clara a importância de oferecer maior

atenção ao trabalhador da saúde o qual tem o papel de assistir, educar, informar e capacitar à comunidade, promovendo saúde e prevenindo doenças, mas para que isso aconteça sua saúde física e mental deve estar íntegra (KATSURAYAMA, 2011).

Para avançar na discussão, outra diretriz da PNH reconhece que os usuários são portadores de direitos na saúde, direitos que perpassam tanto a gestão do sistema de saúde como a relação na clínica e na saúde coletiva (PASCHE, 2009). Desse modo, os usuários são envolvidos e co-responsabilizados na condução da política pública de saúde, através dos espaços de gestão colegiada, conferências e conselhos de saúde, entre outros.

O fomento das grupalidades, coletivos e redes seriam constituídos por trabalhadores, usuários, gestores e familiares os quais formariam uma rede de conexão onde o processo de produção de saúde se realizaria. Essa é uma diretriz capaz de fomentar redes cooperativas que superam o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção (BRASIL, 2009a).

Por fim, a construção da memória do SUS que dá certo indicaria novos modos de fazer e novos modos de narrar. Conforme Pasche (2009), fazer os sujeitos se reconhecerem construtores da história pela narrativa de suas próprias trajetórias, é uma estratégia de produção de novos sujeitos e da construção e superação de novos desafios que nascem da construção de políticas públicas.

Essas diretrizes são algumas orientações para o processo de mudança, as quais podem representar um modo para enfrentar os problemas dos serviços e práticas de saúde. A realização dessas diretrizes exige a inclusão de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde (BRASIL, 2008).

A PNH também dispõe de dispositivos que são as operações, postas em funcionamento para promover mudanças, atualizam as diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinados a promoção de mudanças nos modelos de atenção e gestão. Os dispositivos são sempre sujeitos a serem revistos, aprimorados, descartados ou ampliados, conforme o contexto de cada realidade. Podemos destacar os principais dispositivos em experimentação nas redes de saúde: o grupo de trabalho de humanização- GTH; Câmara técnica de Humanização-CTH; Colegiado Gestor; Contrato de gestão; sistema de escuta, ouvidorias; vista aberta e direta a acompanhante; Programa de formação em Saúde do Trabalhador; acolhimento com classificação de risco, esses são alguns dispositivos entre tantos outros propostos para qualificar a Humanização na assistência (BRASIL, 2008).

De acordo com Santos, Barros e Gomes (2009), a implantação destes dispositivos se efetiva caso a caso, considerando a realidade de cada serviço de saúde, partindo da análise de cada processo de trabalho, processos que nunca são iguais. A política busca articular um conjunto de referenciais e instrumentos, operando com eles na busca de disparar processos.

A articulação desses dispositivos operacionais sustentam o que se caracteriza como mediação para as transformações nos processos de trabalho e nas práticas de saúde. Esses dispositivos carregam o potencial de colocar em análise o que está sendo instituído, promovendo intervenções para provocar mudanças e inovações. Nesse sentido, essas ações podem desencadear novas leituras dos contextos e fatos, gerando alteração no posicionamento e nas atitudes, disparando novos movimentos para promover mudanças.

3 JUSTIFICATIVA

A escolha do tema do presente estudo se deu de maneira contextualizada, articulada com a crescente literatura sobre os limites e possibilidades referentes à humanização da assistência na atenção básica do SUS. Da mesma forma, parte da necessidade de aprofundar criticamente a discussão sobre a humanização, tema que tem norteado tantas pesquisas na atualidade brasileira.

Essa política foi criada para deflagrar um movimento ético, político e institucional para alterar os modos de gestão e cuidados em saúde. Essas alterações correspondem a condições político-institucionais para o enfrentamento e superação das situações identificadas como incoerentes com a base discursiva do SUS (PASCHE e PASSOS, 2010).

A humanização da assistência na atenção básica se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2009b). A política Nacional de Humanização espera que seja possível construir vínculos entre os diversos profissionais das equipes e os usuários, buscando produzir autonomia e co-responsabilidade entre eles.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no país, seja de ordem política, financeira, organizativa ou ética, é fundamental colocarmos em pauta o debate sobre a humanização da assistência. Levar a diante a luta pela democratização institucional das práticas de produção de saúde, exigem o compromisso dos diferentes atores envolvidos nesse processo, trabalhadores, usuários e gestores.

Nas últimas décadas, o aumento no número de estudos qualitativos no campo da saúde sobre a humanização da assistência na atenção básica conduziu a um importante acúmulo de conhecimento, criando a necessidade de sínteses desse material, a fim de fundamentar a prática, a teoria, a pesquisa e as políticas em saúde. Desse modo, vislumbramos a possibilidade de ampliar o debate no âmbito da produção acadêmica no campo da saúde coletiva, de forma a realizar uma metassíntese qualitativa sobre a humanização da assistência na atenção básica.

Atualmente, temos como desafio utilizar os resultados dos estudos publicados, na prestação de cuidados de saúde e na melhoria da produção de serviços (SANDELOWSKI, 2004). Portanto, este estudo visa reunir o conteúdo disponível sobre a humanização na

assistência na atenção básica, podendo ajudar na compreensão dos fenômenos envolvidos e na ampliação do conhecimento, além de favorecer a tomada de decisão na área da saúde. Sob esta perspectiva revisões sistemáticas acompanhadas de metassíntese podem ampliar a visibilidade e o impacto de inúmeras pesquisas qualitativas conduzidas no âmbito da enfermagem e em outras áreas (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Conforme Thorne et. al (2004), metassíntese é um método concebido para facilitar o desenvolvimento do conhecimento, como tal pode ser entendida como uma forma de discurso que contribui para uma melhor compreensão do fenômeno de interesse. Uma metassíntese não fornece todas as respostas, mas pode gerar algo capaz de informar a prática.

Como apontado anteriormente, a metassíntese visa estabelecer as lacunas do conhecimento sobre a humanização. Pode ser considerada um recurso valioso de informações para a tomada de decisões, e uma técnica importante para conhecer a percepções de usuários, profissionais e gestores sobre humanização.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Desenvolver uma revisão sistemática seguida de metassíntese por meio dos achados de pesquisas qualitativas sobre a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica.

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as pesquisas sobre a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica,
- Classificar os achados das pesquisas sobre a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica;
- Sintetizar os achados das pesquisas sobre a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica;
- Discutir os achados que os autores apresentam sobre a Política Nacional de Humanização na Atenção Básica.

5 METODOLOGIA

Tentando dar respostas aos objetivos do nosso estudo, optamos por uma revisão sistemática de literatura científica na modalidade denominada metassíntese.

5.1 Revisão Sistemática

Com a intensificação da prática baseada em evidência e a proliferação dos relatórios de pesquisas qualitativas é possível perceber um crescente interesse em revisões sistemáticas e sínteses de pesquisas qualitativas (SANDELOWSKI, 2008). De acordo com Evans (2001), a revisão bibliográfica sistemática é usada como fonte de evidência, para organizar o crescente número de produtos, intervenções e informações científicas que vem aumentando rapidamente, substituindo a pesquisa primária na tomada de decisão na área da saúde.

A revisão sistemática pode ser entendida como uma síntese de estudos primários que contem objetivos, materiais e métodos claramente explicitados, a qual deve ser conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível (GREENHALGH, 1997). Essa revisão pode ser uma solução para auxiliar na melhor utilização das pesquisas, pois esse recurso possibilita a síntese das pesquisas já publicadas sobre um determinado tema, com a finalidade de direcionar a prática fundamentada no conhecimento científico já disponível no meio acadêmico. Mulrow, Cook e Haynes (1997) ressaltam que quando a integração dos estudos primários é sintetizada, mas não combinada estatisticamente, a revisão pode ser chamada de revisão sistemática qualitativa.

Essa metodologia fundamenta-se no movimento de Pesquisa Baseada em Evidências, que resultou do aumento da produção científica mundial, bem como do crescente número de intervenções, tecnologias, medicamentos e terapias na área da saúde, e da necessidade de validar os resultados obtidos de estudos sobre determinada questão, a fim de subsidiar a tomada de decisão, seja clínica, gerencial, política ou epidemiológica (CASTRO et al., 2002). Esse tipo de revisão tem como principais características a ampla busca de estudos, sua seleção utilizando-se critérios de inclusão e exclusão, bem como a avaliação da qualidade metodológica do estudo (LOPES e FRACOLLI, 2008).

As revisões sistemáticas reúnem uma grande quantidade de resultados de pesquisas e discutem as diferenças e as semelhanças entre os resultados encontrados nos estudos primários. Esse tipo de método vem aumentando no campo científico e tornou-se o fundamento da prática baseada em evidência em saúde (MATHEUS, 2009). De acordo com

Pearson, Field e Jordan (2007), esse movimento fundamenta-se pela necessidade de validar os resultados obtidos de pesquisas sobre determinado assunto, auxiliando na tomada de decisão dos profissionais da saúde, os quais estão sempre em contato com inúmeras informações atuais.

A revisão sistemática visa buscar o maior número de estudos possíveis, os quais devem ser avaliados para uma possível inclusão, não se restringindo a fontes exclusivas, nem a restrições de língua, autores ou tipo de publicação, inclui pesquisas publicadas e não publicadas. Devem ser utilizadas diversas bases de dados, as quais variam de acordo com o tema (JUSTO, SOARES e CALIL, 2005).

A Revisão sistemática pode ser considerada uma modalidade de estudo qualitativa, quando se utiliza os dados de outros estudos relativos ao mesmo assunto ou a temas correlacionados, podendo dessa forma proceder-se a uma metassíntese qualitativa, criando uma ampla tradução interpretativa de todos os estudos sintetizados (LOPES e FRACOLLI, 2008).

A ampla utilização dessa metodologia pelos pesquisadores deve-se principalmente, aos estudos desenvolvidos na Colaboração Cochrane, iniciativa internacional que teve origem no Reino Unido, e desde 1992 prepara, mantém e dissemina revisões sistemáticas eminentemente quantitativas de ensaios clínicos randomizados e estudos controlados por meio do emprego da metanálise. Diferentemente da metassíntese, a metanálise é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que integra os resultados de dois ou mais estudos primários. No Brasil essa fundação esta representada pela Colaboração Cochrane do Brasil. (CASTRO et al., 2002).

O tratamento dos resultados qualitativos alcançado por meio de uma revisão sistemática podem ser apresentados na forma narrativa, quantitativa de estatística de achados qualitativos (metassumarização), ou através da interpretação dos resultados (metassíntese) (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007). Esta última forma será a abordagem metodológica selecionada para este estudo.

5.2 Metassíntese

Na área da saúde muitos estudos qualitativos têm sido realizados, o desafio que enfrentamos atualmente é utilizar os resultados desses estudos na prestação de cuidados a saúde e na melhoria da prestação de serviços (SANDELOWSKI, 2004).

De acordo com Sandelowski e Barroso (2007), metassíntese é uma integração interpretativa dos resultados qualitativos que são em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Tais integrações vão além da soma das partes, uma vez que oferecem uma nova interpretação dos resultados. Essa nova interpretação não pode ser encontrada em nenhum outro tipo de relatório primário de investigação, pois são inferências derivadas do fato de todos os artigos terem se tornado uma amostra, como um todo (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Noblit e Hare (1988) referem-se ao termo metassíntese como um método de pesquisa que tem como objetivo a análise minuciosa da teoria, métodos e resultados obtidos por estudos que utilizaram a metodologia qualitativa. Essa metodologia analisa e sintetiza os resultados de cada pesquisa e realiza inferências derivadas da análise dos dados como um todo. Assim, o resultado final deve ser fiel a interpretação feita pelos autores de cada um dos estudos.

A metassíntese qualitativa usa métodos interpretativos para sintetizar as descobertas de estudos qualitativos dentro de uma nova conceitualização com o intuito de desenvolver uma descrição teórica. Esse método exige que sejam realizadas re-interpretações das interpretações primárias já publicadas, com a finalidade de tornar os achados mais acessíveis e adequados a prática, atuando em uma lógica integradora preservando a integridade de cada estudo (SANDELOWSKI, 2004).

Conforme Thorne et al (2004) a metassíntese qualitativa tem uma visão diferente da lógica meramente cumulativa ou simples média entre os resultados dos estudos. O objetivo é claramente interpretativo e não a mera agregação de dados, também não é um resumo. Metassíntese não é um método destinado a produzir simplificação, mas sim, é aquele em que as diferenças são mantidas e a complexidade ressaltada. O resultado será algo parecido com um entendimento comum sobre a natureza de um fenômeno e não uma visão conceitual. Dessa forma, o resultado de uma metassíntese não é “a verdade” ou “a resposta”, nem é apenas uma narrativa ou uma revisão sistemática.

Segundo Sandelowski, Docherty e Emden (1997) existem três estratégias para a síntese de resultados de estudos qualitativos. A primeira envolve a integração dos dados de múltiplos estudos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador. A segunda consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, que categorizam a informação dos dados em variáveis-chave ou utilizam análise de conteúdo. A terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir os resultados qualitativos de diferentes estudos, podendo ser realizada a análise estatística, ou seja, a metassumarização. No presente estudo, utilizaremos a segunda estratégia.

Os estudos realizados por enfermeiras Sandelowski, Docherty e Emden (1997) tem fundamentado os poucos estudos nacionais decorrentes da metassíntese e esclarecem que a nova síntese interpretativa dos dados, não é uma visão resumida com características desvinculadas daquela experiência ou evento, mas sim a integração dos dados a fim de alcançar um nível teórico de compreensão mais elevado.

Existem orientações científicas para serem seguidas em um estudo de metassíntese. Existem regras de como escolher o estudo, como resolver conclusões contraditórias, como reduzir o viés, como resumir os resultados, como integrar e interpretar os resultados e como sintetizar as conclusões. Uma questão de pesquisa deve ser elaborada, os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos, um processo de recuperação é identificado, características dos estudos são evidenciadas, os achados são identificados, classificados e codificados, os resultados são agregados e, finalmente, os achados são transformados em uma nova concepção. A principal característica da metassíntese é a construção de uma nova concepção (THORNE et al., 2004).

Metassínteses podem ser usadas para determinar o que se sabe ou não em relação ao tema de interesse, refletir os processos e perspectivas do corpo relevante da pesquisa, explorar decisões metodológicas subjacentes e influências teóricas. Dessa forma, podem sugerir a direção futura para pesquisadores, teóricos e clínicos, fornecendo tanto uma fundamentação para pesquisa futura quanto os meios de compreensão e avanço nas disciplinas (MCINTYRE, HILLER e TURNBULL, 2001).

A metassíntese leva em consideração as similaridades e as diferenças relevantes de cada estudo, a linguagem, os conceitos, as categorias ou outras ideias relativas à experiência do tema em estudo. Visando alinhar o conhecimento para que se ultrapassem os achados primários, construindo um novo estudo integrador de maior alcance para fundamentar a prática.

Paterson e Thorne (2003) compreendem metassíntese como um termo genérico que engloba uma série de abordagens para sintetizar descobertas de estudos qualitativos primários para produzir novas ideias e compreensões. Esta técnica tem se mostrado uma ferramenta valiosa para a interpretação e comparação de resultados de estudos qualitativos.

A metassíntese deve incorporar achados qualitativos, através de técnicas interpretativas. Muitas vezes isso não parece atrair muitos investigadores, devido ao fato de continuar sendo muito forte a visão positivista de que as pesquisas quantitativas são as mais válidas (ou as únicas válidas) na investigação científica, em parte dada a sua morosidade e complexidade (GIL, LICHT e SANTOS, 2006).

Na literatura observamos outras denominações para metassíntese (meta-synthesis ou metasynthesis) como: meta-estudo (meta-study), meta-etnografia (meta-ethnography), teoria fundamentada nos dados (grounded formal theory), meta-análise qualitativa (qualitative meta-analysis) e análise agregada (aggregate analysis) (ZIMMER, 2006). Ou ainda, metassíntese qualitativa (qualitative metasynthesis) (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Procurar reunir e analisar de forma sistemática e interpretativa, o conteúdo científico disponível sobre humanização da assistência na atenção básica pode ajudar-nos a compreender melhor esse tema e ampliar o conhecimento existente, favorecendo sua maior aplicação na prática, reconhecendo os limites e possibilidades da Humanização da assistência na atenção básica.

5.3 Procedimentos Metodológicos

5.3.1 Questão norteadora

Conforme Galvão, Sawada e Trevizan (2004), a formulação de uma pergunta adequada é fundamental para uma boa revisão sistemática. A pergunta deve guiar a revisão, pois define quais os estudos serão incluídos, quais serão as estratégias adotadas para identificar o estudo e que dados precisam ser coletados de cada estudo que entrar na revisão. A mesma deve ser específica e relevante. A questão de pesquisa considerada nesse estudo será: Quais são os achados sobre as interfaces entre os processos de trabalho e a Política de Humanização na atenção básica?

5.3.2 Definição da fonte de busca de dados

É necessário selecionar fontes imprescindíveis e acessíveis ao revisor para desenvolver uma extensa coleta de dados. A validade da síntese depende de uma recuperação ampla de estudos. No entanto, um número elevado dificulta o aprofundamento da análise, constituindo uma ameaça para validade da revisão (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Para alcançar os objetivos de recuperar documentos que abordem a Política de Humanização na atenção básica, considerou-se a probabilidade de encontrar tais documentos nas bases de dados mais relevantes na área da saúde. Nesse sentido, será realizada uma ampla busca dos estudos em bases eletrônicas nacionais e internacionais elencadas na tabela 1.

Tabela 1- Base de dados eletrônicas pesquisadas

Base de Dados eletrônicas

BDENF (Base de dados de enfermagem)

BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e dissertações)

DEDALUS- Global (Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo)

LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)

MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde)

PAHO (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde)

PubMed (U. S. National Library of Medicine)

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

O acesso às bases de dados ocorrerá através da Biblioteca Virtual da Unisinos (a qual proporcionou capacitação para os pesquisadores na busca em base de dados eletrônicas).

5.3.3 Definições dos limites de Recuperação

Para atingir os objetivos da pesquisa foram realizadas buscas ao DeCS¹ através da BVS- Biblioteca Virtual em Saúde e os MeSH² através do NCBI, serão utilizados os seguintes descritores, MeSH, palavras chaves e/ou termos livres para o recrutamento dos artigos.

Tabela 2- DeCS, MeSH, Paravras-chave e/ou termos livres utilizados como estratégias de busca nas bases de dados.

Português	Inglês	Espanhol
DeCS		
Acolhimento	User Embracement	Acogimiento
Assistência Integral a Saúde	Comprehensive Health Care	Atención Integral de Salud
Atenção primária à saúde/ Atenção Básica	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud
Humanização da assistência/ Humanização dos serviços	Humanization of assistance	Humanización de la Atención
Programa de Saúde da Família	Family Health Program	Programa de Salud Familiar
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	Public Health	Salud Pública
Sistema Único de Saúde	Unified Health System	Sistema Único de Salud
MeSH		
Atenção primária à saúde/ Atenção Básica	Primary Health Care	Atención Primaria de Salud
Saúde Coletiva/ Saúde Pública	Public Health	Salud Pública
Palavras-chave/ Termos Livres		
Atendimento Humanizado	-	-
Autonomia dos sujeitos	Personal autonomy	La autonomía personal
Co-responsabilidade	Co-responsibility	-
Cuidado Humanizado	Humanized Care	Atención Humanizada
Humanização	Humanization	Humanización
Humanização das práticas de saúde	Humanization of health practices	Humanización de las prácticas de Salud
Humanização em saúde	Humane health care	Cuidado de la salud humana
HumanizaSUS	-	-
Processo de trabalho	Work Process	Proceso de trabajo
Saúde	Health	Salud
Vínculo	Bond	Vínculo

De acordo com Sousa (2010), muitas estratégias podem ser utilizadas para a busca dos estudos, inserindo-se e retirando palavras, associações diferentes, recursos de seleção de tema

¹ <http://desc.bvs.br/>

² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

principal e exclusão de sub-temas, objetivando alcançar um grande número de estudos, promovendo a segurança de que todos os trabalhos que envolvam a temática estejam sendo inseridos nas estratégias de busca.

Os operadores Booleanos (AND, OR, NOT) serão utilizados sempre que pertinente. Essas estratégias serão aplicadas para cada base de dados. Pode-se adaptar a estratégia de busca a cada novo cenário, pois muitas vezes as bases de dados possuem a apresentação de resultados e recursos diferentes (SOUSA, 2010). A busca dos estudos será realizada de forma independente por dois membros da equipe de pesquisa.

5.3.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão devem ser claros e precisos e voltados para o objetivo do estudo, mas isso não impossibilita que no percurso do estudo possam ser realizadas modificações. Segundo Sandelowski e Barroso (2007), os parâmetros devem indicar os tipos de estudos, as características da população e o período de tempo para o qual se limitará a busca. Esses critérios auxiliarão a exclusão de estudos.

Uma forma de assegurar a qualidade dessa fase do processo de condução da revisão sistemática é a checagem de todos os estudos selecionados por mais de um revisor. A metassíntese qualitativa destina-se a identificar estudos primários qualitativos. Dessa forma, a definição de método qualitativo que norteará o critério para a inclusão dos artigos na revisão será o conceito proposto por Minayo.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2004, p. 57).

A pesquisa qualitativa utiliza-se da empiria e da sistematização de conhecimento para buscar a compreensão do discurso do grupo ou realidade em estudo. Esse método permite identificar a ótica dos processos sociais dos grupos, é possível perceber a compreensão dos diferentes atores sociais envolvidos durante a investigação. De acordo com Minayo e Sanche (1993), a pesquisa qualitativa encontra na palavra o seu material primordial para a investigação, através desta é possível identificar questões culturais, políticas bem como, condições sócio-econômicas.

Os estudos devem ser selecionados mediante critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos, os quais devem compor um teste de relevância inicial, composto por uma

lista de perguntas claras capazes de gerar resposta afirmativa ou negativa para a inclusão ou não do estudo na metassíntese (ATALLAH e CASTRO, 1998), (APÊNDICE A). Optamos por utilizar perguntas a fim de esclarecer e dar visibilidade aos pesquisadores na coleta de dados sobre quais os critérios de inclusão e exclusão que devem ser seguidos. Os resumos que obtiverem resposta afirmativa em um ou mais critérios de inclusão e nenhuma afirmativa nos critérios de exclusão serão selecionados para a etapa seguinte. A seguir, apresentaremos de forma descritiva os critérios de inclusão e exclusão consideradas no nosso estudo.

Para esse estudo definiu-se como critérios de inclusão estudos primários com abordagem predominantemente qualitativa, referentes à pesquisa de campo sobre Humanização da assistência realizados na atenção básica, publicados a partir da criação da PNH, sendo, portanto, de 2003 a 2011 desenvolvidos nas diversas áreas da saúde (enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia). Estudos que abordem alguns dos conceitos utilizados na Política Nacional de Humanização como (transversalidade, protagonismo, co-responsabilidade, autonomia, vínculo, melhoria do atendimento e condições de trabalho). Serão incluídos artigos, dissertações e teses escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Serão excluídos estudos que abordem a Política Nacional de Humanização em ambiente hospitalar, estudos com questões abertas ao final de um questionário estruturado para pesquisa quantitativa; estudos com desenho de pesquisa pouco definido e explicitado; estudos que reutilizaram dados obtidos em trabalhos anteriores; editoriais, matérias jornalísticas, de análise conjuntural, avaliação de protocolos, relatos de experiências, discussão teórica de conceitos, artigos não originais (como resenhas, comentários) estudos secundários, como os de revisão bibliográfica, manuais, materiais educativos, informações pessoais e inadequação ao objeto de estudo.

5.3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorrerá entre os meses de julho e setembro de 2011. As buscas serão realizadas em uma base de dados de cada vez para facilitar os registros dos documentos selecionados, a busca deve ser realizada independentemente por dois membros da equipe de pesquisa, a fim de determinar quais serão os artigos relevantes que serão incluídos na amostra bibliográfica.

A primeira seleção será realizada pela leitura do título da pesquisa, para ver se esse corresponde aos critérios de inclusão. Dessa forma, devem ser excluídos os estudos, cujos títulos indicavam claramente ser irrelevantes. Será documentada a justificativa da decisão. Depois, serão lidos tanto os resumos dos estudos cujos títulos parecem ser inseridos nos critérios de inclusão quanto os resumos cujo título causa dúvidas. Os resumos que estiverem em desacordo com os critérios de inclusão devem ser descartados, e a razão para a exclusão será documentada.

Serão lidos na íntegra todos os estudos cujos resumos enquadram-se nos critérios de inclusão, bem como os resumos que levantarem dúvidas. Os artigos que após a leitura não corresponderem aos critérios de inclusão proposto devem ser descartados. O motivo da decisão deve ser registrado. Todos os estudos indicados por, pelo menos, um dos pesquisadores como possível integrante da amostra será mantido no processo de coleta de dados.

A próxima etapa consiste na elaboração de um resumo instrumento para levantamento das informações de cada estudo avaliado, preservando sua integridade. Levando em conta que diferentemente da pesquisa quantitativa, a estrutura do relatório de pesquisa qualitativa não é padronizado, pois depende do tipo de estudo e estilo de redação do autor, deve-se considerar a diversidade na forma de apresentar os resultados, quer seja implícita quer seja explícita (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007). Nessa etapa deve-se considerar se os artigos atendem aos critérios de inclusão, e se verifica a necessidade de possíveis mudanças nesses critérios, se processa a apreensão do conteúdo das publicações, orientação metodológica e estrutura dos estudos selecionados.

Nesse sentido, a documentação sistematizada e adequada dos procedimentos de seleção ajuda a diminuir a margem de erro. Também favorece a identificação e eliminação de artigos repetidos, pois os periódicos muitas vezes estão indexados em varias base de dados. Para evitar repetições faz-se necessário identificar o nome da base de dados de origem (GALVÃO, SAWADA e TREVIZAN, 2004).

Para operacionalizar esse resumo, será realizado um instrumento para levantamento das informações organizado em uma tabela no Microsoft Office Word 2007 (APÊNDICE B), o que permitirá a sistematização das principais características dos estudos revisados. Nessa tabela será identificado o ano do periódico, a base de dados onde estava indexado, nome do periódico, volume, número, o título, os autores, local onde a pesquisa foi desenvolvida, idioma, o Qualis da revista, o objetivo, o universo empírico, a coleta de dados, a análise de

dados e principais resultados. Esse procedimento visa identificar no relatório os resultados de interesse que serão sintetizados, tornando dessa forma os achados mais acessíveis aos pesquisadores.

5.3.6 Avaliação crítica dos estudos

Após organizar os estudos selecionados para a amostra, deve-se proceder à avaliação da qualidade de cada um deles, com a finalidade de selecionar estudos com rigor científico, a fim de garantir a confiabilidade dos resultados (ESPÍNDOLA e BLAY, 2006). A validade de uma metassíntese depende largamente da qualidade dos estudos primários incluídos nela, essa validade não reside na lógica da replicação, mas sim em uma inclusão lógica em que todos os resultados são acomodados. A avaliação consiste na fase onde todos os estudos selecionados são avaliados com rigor metodológico, com o propósito de averiguar se os métodos e os resultados das pesquisas são suficientemente válidos para serem considerados na pesquisa (SANDELOWSKI, 2008).

Peterson et al. (2001) identificaram quatro fatores que determinam o rigor da metassíntese quais sejam: A realidade na medida em que os dados apresentados estão contidos nos relatórios da pesquisa primária e não em concepções prévias do pesquisador; consistência de forma que as conclusões sigam a partir dos processos de investigação e de análise dos passos determinados pela auditabilidade de um estudo; neutralidade onde o estudo deve ser livre de preconceitos no processo e nos resultados e aplicabilidade precisa ser coerente entre as conclusões da metassíntese e os domínios em que as interpretações podem ter um impacto.

Os estudos selecionados para amostra serão avaliados de acordo com o teste de confiabilidade JBI QARI- Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2008), (ANEXO A). Esse formulário é composto por 10 perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as “falas” dos participantes estão devidamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros. Dessa forma, deve ser assinalado uma das três opções de respostas: sim, não, buscar maiores informações. Essa etapa de aplicação do teste de confiabilidade deve ser realizada pelos pesquisadores separadamente. Os estudos que obtiverem sete respostas afirmativas ou mais no QARI irão integrar a amostra desta pesquisa.

5.3.7 Síntese dos dados

De acordo com Sandelowski (2004), síntese é a reunião de vários achados sobre um mesmo assunto que conduzem a novas interpretações dos resultados, sem comparar ou criticá-los. Dessa forma, após a elaboração dos resumos, os resultados devem ser preparados para torná-los mais acessíveis aos pesquisadores.

Entre os enfoques teóricos da metassíntese que podem ser usados, encontram-se:

Análise Taxonômica: É um primeiro passo na transformação dos resultados em forma conceitual, abrange um processo analítico, indutivo e útil para desenvolver teorias. Análises taxonômicas tem muito em comum com a codificação seletiva e axial associada à teoria fundamentada. Taxonomias mostram a gama conceitual de resultados e fornecem uma base para o desenvolvimento de uma descrição conceitual de modelos, teorias ou hipótese de trabalho (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

O objetivo da criação de taxonomias não é determinar a prevalência ou força quantitativa dos achados, nem realizar cálculos de tamanho de efeitos, mas sim identificar os conceitos subjacentes ou relações conceituais de significado, que podem não estar explicitamente expressos nas conclusões dos estudos (SANDELOWSKI e BARROSO, 2003).

De acordo com Sandelowski e Barroso (2007), as categorias taxonômicas são construídas segundo propriedade ou variações sugeridas pelos mesmos resultados, tornando visível a amplitude conceitual dos resultados. Visa identificar as relações conceituais fundamentais significativas, expressas de forma explícita ou implícita nos resultados, as quais tem diferentes “relações semânticas” numa mesma ou entre diferentes categorias, como: relações de causa, de consequência, da similaridade ou justificação. Análises taxonômicas podem mostrar não só as propriedades teóricas dos resultados explicitados nos relatórios, mas também o que não está explícito, permitindo uma maior penetração na síntese.

Para Campos e Gomes (2008), taxonomia é, por definição, uma classificação sistemática. A função de uma taxonomia não é a padronização terminológica, mas a organização/ordenação de informações e dados. Dessa forma, taxonomias como estruturas de classificação importam os propósitos de organização intelectual de um dado contexto. Independente da área de conhecimento a taxonomia possibilita uma organização das classes de conceitos. Toda taxonomia é fruto de um processo representacional e classificatória sendo uma construção que representa o estado e a visão do conhecimento de seus elaboradores.

Comparações objetivas constantes: São usadas para clarificar a definição e compartilhar a experiência sobre o tema em estudo. Envolve discussões que visam a identificar as semelhanças e as diferenças entre grupos de resultados dos fenômenos em estudo e algum outro fenômeno (externo ao estudo) com semelhança aparente. O objetivo do processo comparativo é esclarecer a definição e sobrepor atributos do fenômeno em estudo para minimizar o reconhecimento das relações do fenômeno. Nesse sentido, a comparação supõe assumir um grupo de resultados como a unidade central de comparação e não selecionar citações dos participantes ou segmentos dos resultados. É mais bem conduzida se os resultados forem reduzidos a um conjunto de declarações ou representadas em uma taxonomia (SANDELOWSKI e BARROSO, 2003).

A seleção do objeto de comparação vai depender dos interesses e conhecimento, a natureza de suas próprias conclusões e o estado do conhecimento sobre os objetos de comparações. Alguns objetos excelentes de comparações não podem ser o tema de um estudo devido aos poucos estudos de síntese de pesquisas qualitativas que tem sido realizados. As comparações ajudam a aprofundar o entendimento do fenômeno, a estruturar as conclusões. Os resultados podem ser apresentados de forma narrativa ou por exposição visual através de diagramas (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Busca-se comparar, com base nas publicações, descrevendo os elementos-chave, como estrutura teórica, características e universo empírico, padrões, tendências dos resultados e as evidências de cada estudo, de acordo com o objetivo da pesquisa. O agrupamento desses elementos-chaves por semelhança permite verificar a amplitude e a prevalência de tópicos, além de verificar as relações existentes entre os resultados, em termos de replicação, ampliação ou refutação da informação. Com isso, a comparação deve preservar o contexto de cada estudo (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Dessa forma, é possível obter uma versão mais concisa dos resultados, porém mais ampla do conteúdo. Visa eliminar redundâncias e repetições, ampliar os resultados e manter as contradições dos estudos, estruturando um grupo de afirmações que expresse o resultado analisado (GUANILO, 2008).

Conceitos importados: Visa expressar o resultado em um conceito central, que os revisores importam de literatura empírica e teórica externa ao relatório, para integrar e não simplesmente organizar as descobertas. Os conceitos importados são diferentes dos conceitos *in vivo* ou conceitos que os próprios pesquisadores inventaram a partir de seus dados para integrar os resultados. A seleção dependerá do conhecimento prévio do pesquisador e da

sensibilização de conceitos relevantes sobre suas teorias. Podem-se usar conceitos que os próprios pesquisadores importaram para dentro de seus estudos para integrar os seus dados (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

Translação recíproca e síntese de conceitos *in vivo* e importados: Refere-se à translação recíproca e síntese apenas de conceitos *in vivo* ou em combinação com outros importados para integrar os resultados. Realizando comparações constantes entre um fenômeno em estudo e outros fenômenos extra-estudos. A translação recíproca permite a comparação constante de síntese conceitual interdisciplinar apenas ou em combinação com conceitos que o pesquisador importa para integrar suas descobertas. A tradução recíproca implica comparar as sínteses conceituais nos relatórios individuais (SANDELOWSKI e BARROSO, 2003).

Os conceitos importados representam a síntese de interpretação dos dados do pesquisador, esses conceitos são emprestados para a metassíntese, através da tradução recíproca, uma vez que os pesquisadores focam nos conceitos *in vivo*, metáforas ou outros dispositivos interpretativos que os pesquisadores utilizaram para sintetizar seus dados para determinar se, e como eles podem ser reproduzidos e integrados um com o outro (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

A linha de tempo de um evento: visa ilustrar a partir da análise de um evento etnográfico e outras técnicas narrativas voltadas para delinear a temporalidade dos eventos selecionados. Ao colocar eventos de seu interesse em uma relação temporal um com o outro, o pesquisador pode ser capaz perceber melhor os eventos discretos que constituem o evento alvo ou que pode discernir dos papéis variáveis que cada evento pode desempenhar dentro de um relatório e entre relatórios, como sendo independentes, dependentes, moderados e variáveis mediatórias. Para criar uma linha de tempo de um evento o pesquisador terá que rastrear cada relação ilustrada entre dois ou mais eventos alvos independentemente do número de relatórios nos quais o evento apareça ou o número de participantes da pesquisa que representaram essa relação, somente após todas as relações temporais tiverem sido relacionadas o pesquisador estará em uma posição de determinar a força relativa das ligações descritas (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007).

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a realização do estudo, os resultados da pesquisa serão divulgados através das atividades:

- Apresentação dos resultados preliminares e oficiais da pesquisa em eventos da área da saúde;
- Produção de artigo científico para publicação em revista da área;
- Disponibilização da versão impressa do artigo final aos interessados.

7 ASPECTOS ÉTICOS

Como este projeto resultará em uma metassíntese qualitativa acreditamos que não haverá necessidade de ser aprovado pelo Comitê de Ética da UNISINOS.

9 ORÇAMENTO

Material de Consumo	Quantidade	Valor
Pen Drive 8GB	1	R\$ 80,00
CD-ROMs	10	R\$ 30,00
Folhas A4	2.000	R\$ 40,00
Fotocópias de Xerox	500	R\$ 75,00
Encadernações	5	R\$ 25,00
Material de Escritório	-	R\$ 50,00
Cartucho preto para impressão	4	R\$ 180,00
Aquisição de Material Bibliográfico	15	R\$ 1.500,00
Uso de internet	12 meses	R\$ 840,00
Remuneração de Serviços Pessoais		
Revisor de texto		R\$ 250,00
Tradutor Português – inglês		R\$ 250,00
Formatador		R\$ 250,00
Total		R\$ 3.570,00

Todos os custos deste projeto são de responsabilidade dos próprios pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. D. (Org.). **Gestão de serviços de saúde: Descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo:USP, 2001. p.13-50.

ATALLAH, Álvaro Nagib; CASTRO, Aldemar Araujo. Medicina Baseada em evidências. In: ATALLAH, Á. N. e CASTRO, A. A. (Org.). **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo: Lemos, 1998.

PATERSON, Barbara L; THORNE, Sally E. The potential of metasynthesis for nursing care effectiveness research. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 35, n. 2, p. 39-43, 2003.

BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 34-41, 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A Humanização como dimensão Pública das políticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-72, 2005a.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface, Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005b.

BRASIL. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: SAÚDE, C. N. D., Anais, 1987. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p.381-89.

_____, Ministério da Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília:Ministério da Saúde: 60 p. 2001.

_____, 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: 20 p. 2004.

_____, Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: PASSOS, E. e BENEVIDES, R. (Org.). **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v.2, 2006. p.97.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. D. S. e GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica:saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p.411.

CAMPOS, Maria Luiza de Almeida; GOMES, Hagar Espanha. Taxonomia e Classificação: o princípio de categorização. **Revista de Ciência da Informação**, v. 9, n. 4, 2008.

CASTRO, Aldemar Araujo et al. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/#>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

CEBES, Centro Brasileira de Estudos de Saúde. SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 31, p. 385-96, 2005.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005. p.212.

CUNHA, João Paulo Pinto; CUNHA, Roseni Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL (Org.). **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. p.344.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Humanização dos cuidados em saúde: Conceitos, dilemas e práticas** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p.416.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 13, n. sup.I, p. 641-49, 2009.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

- ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; BLAY, Sérgio Luís. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev. Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 265-75, 2006.
- EVANS, David; PEARSONS, Alan. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **J. Clin. Nurs.**, v. 10, n. 4, p. 593-99, 2001.
- FURLAN, Paula Giovana. O agente Comunitário de Saúde e a prática na atenção Básica: Alguns apontamentos. In: CAMPOS, G. W. D. S. e GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2008. p.411.
- FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira:dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-52, 2009.
- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Revisão Sistemática: Recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-56, 2004.
- GIL, Antonio Carlos; LICHT, René Henrique Götz; SANTOS, Brigitte Rieckmann Martins. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde** v. 1, n. 2, p. 5-19, 2006.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-81, 2006.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária a saúde. In: GIOVANELLA, L.;ESCOREL, S., et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.1.110.
- GREENHALGH, Trisha. Papers that summarise other papers (systematic review and meta-analyses). **BMJ**, v. 13, n. 315, p. 672-75, 1997.
- GUANILO, Mónica Cecilia de la Torre Ugarte. **Vulnerabilidade feminina ao HIV: Metassíntese**. 2008. 215 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- JBIC, Reviewers' Manual. Adelaide/ Austrália: The Joanna Briggs Institute, 2008. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au/Documents/JBICReviewManual_CiP11449.pdf> . Acesso em: 15 dez. 2010.
- JUSTO, Luís Pereira; SOARES, Bernardo Garcia De Oliveira; CALIL, Helena Maria. Revisão sistemática, metanálise e medicina Baseada em evidência: considerações conceituais. **J. Bras Psiquiatr**, v. 54, n.3, p.242-47, 2005.
- KATSURAYAMA, Marlise. O profissional da Saúde na Atenção Primária: Uma Metassíntese. **Sau. & Transf. Soc**, v. 1, n. 3, p. 159-65, 2011.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão Sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 771-78, 2008.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 25, n. 1, p. 17-25, 2004.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Metassíntese qualitativa: desenvolvimento e contribuições para a prática baseada em evidências. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. especial-nefrologia, p. 543-45, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. Principios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 771-80, 2009.

MCINTYRE, Ellen.; HILLER, Jacob. E.; TURNBULL, D. Attitudes towards infant feeding among adults in a low socioeconomic community: what social support is there for breastfeeding? **Breastfeed Rev**, v. 9, n. 1, p. 13-24, 2001.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo Hucitec, 2002. p.189.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 316-26, 2003.

MINAYO, Maria Cecília De Souza.; SANCHE, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.

MINAYO, Maria Cecília De Souza. **O Desafio do conhecimento- Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MULROW, Cynthia D.; COOK, Deborah J.; HAYNES, R. Brian. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. **Ann Intern Med**, v. 126, n. 5, p. 376-80, 1997.

NEVES, Claudia Abbês Baêta. Que vida queremos afirmar na construção de uma política de humanização nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**. v.13 supl. I, p. 781-95, 2009.

NOBLIT, George W.; HARE, R. Dwight. **Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies**. Newbury Park, London: Sage Publications, 1988.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p.144.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 28 maio 2011.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I p. 701-08, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudança na saúde- aposta da política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 86, p. 423-32, 2010.

PEARSON, Alan; FIELD, John; JORDAN, Zoe. **Evidence-based clinical practice in nursing and health care: assimilating research, experience and expertise**. Oxford: Blackwell, 2007.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. Humanização das praticas de saúde: Transversalizar em defesa da vida. . **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 695-700, 2009.

PERREIRA, Eduardo Henrique Passos; PASSOS, Regina Duarte Benevides. Humanização. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (Ed.). **Dicionário da educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, v.2, 2008. p.478.

PETERSON, Barbara L. et al. **Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and Meta- Synthesis**. California: Sage Publications, 2001.

PINHEIRO, Roseni. Inclusão do direito de ter (interesses) e de ser (comum): inovação e desafio do método da tríplice inclusão para produção de mudanças na saúde, PNH. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 86, p. 436-38, 2010.

SÁ, Marilene de Catilho. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a "humanização" das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 651-64, 2009.

SANDELOWSKI, Margarete. Using Qualitative Research. **Qual. Health Res**, v. 14, p. 1366-86, 2004.

_____. From meta-synthesis to method: Appraising the qualitative research synthesis report. In: WEBB, C. e ROE, B. (Ed.). **Reviewing research evidence for nursing practice**. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2008.

SANDELOWSKI, Margarete; BARROSO, Julie. Focus on Research Methods Toward a Metasynthesis of Qualitative Findings on Motherhood in HIV-Positive Women. **Research in Nursing & Health**, v. 26, p. 153-70, 2003.

_____. **Handbook for synthesizing qualitative research**. New York: Springer Publishing Company, 2007.

SANDELOWSKI, Margarete; DOCHERTY, Sharron; EMDEN, Carolyn. Focus on qualitative methods. Qualitative Metasynthesis: issues and techniques. **Research Nursing Health**, v. 20, n. 4, p. 365-71, 1997.

SANTOS, Serafim Barbosa Filho. **Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Ed.Unijuí, 2010. p.272.

SANTOS, Serafim Barbosa Filho; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 603-13, 2009.

SANTOS, Serafim Barbosa Filho; FIGUEIREDO, Vera de Oliveira Nunes. Contratos internos de gestão no contexto da política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. Supl. I, p. 615-26, 2009.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

SOUSA, Alder Mourão de. **Práticas familiares e o apoio à amamentação: revisão sistemática e metassíntese**. 2010. 226f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo São Paulo, 2010.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 681-88, 2009.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

THORNE, Sally et al. Qualitative Metasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. **Qual Health Res**, v. 14, n. 10, p. 1342-65, 2004.

WHO, World Health Organization. **Primary Health Care**. Genebra: WHO, 1978.

ZIONI, Fabiola; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Políticas públicas e Sistemas de Saúde: Reforma Sanitária e o SUS. In: ROCHA, A. A. e CESAR, C. L. G. (org.). **Saúde Pública: Bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p.368.

APÊNDICE A- Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
Etapa: Leitura do Resumo		
Explicação: Se 01 ou mais sim incluir		
Perguntas	Sim	Não
1- Aborda os processos de trabalho na humanização dos serviços?		
2- Aborda alguns dos conceitos utilizados na Política Nacional de Humanização? (transversalidade, protagonismo, co-responsabilidade, autonomia, vínculo, melhoria do atendimento e condições de trabalho)		
3- Aborda a percepção de profissionais/usuários/gestores?		
4- Trata-se de uma pesquisa empírica na atenção primária?		
5- É um estudo de abordagem predominantemente qualitativa?		
6- O estudo foi publicado a partir de 2003?		
7- A pesquisa foi desenvolvida na área da saúde?		
8- Se trata de um artigo, tese ou dissertação?		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO		
Etapa: Leitura do Resumo		
Explicação: Se um ou mais sim – Excluir		
Perguntas	Sim	Não
1- O estudo aborda o tema humanização em ambiente hospitalar?		
2- O estudo possui questões abertas ao final de um estudo quantitativo?		
3- O desenho da pesquisa pouco definido ou explicitado?		
4- O estudo reutiliza os dados de trabalhos anteriores?		
5- Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, relato de experiências ou discussão teórica de conceitos?		
6- Esta inadequado ao objetivo deste estudo?		

APÊNDICE B - Instrumento para a coleta de dados

Título do artigo	
Ano do periódico	
Base de dados de origem	
Periódico	
Volume e número do periódico	
Autores	
Local onde a pesquisa foi realizada	
Qualis da Revista	
Idioma	
Objetivos	
Coleta de dados	
Análise dos dados	
Principais Resultados	

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	73
2.1 Objetivo Geral	76
2.2 Objetivos Específicos.....	75
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	77
3.1 Questão Norteadora do Estudo	77
3.2 Busca Sistemática dos Estudos.....	77
3.3.Critérios de Inclusão e Exclusão	80
3.4 Seleção da Amostra	80
3.6 Avaliação e resumo dos estudos	82
3.7 Síntese das etapas realizadas	85
4 CRONOGRAMA.....	86
5 RESULTADOS.....	87
5.1 Estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde.....	166
5.2 Processo de trabalho.....	169
5.3 Tecnologias das relações	172
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	176
REFERÊNCIAS	177

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi uma das grandes conquistas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, movimento este que defende a saúde não como uma questão puramente biológica a ser resolvida pelos médicos, mas sim como uma questão social e política a ser resolvida em âmbito público (PAIM et al., 2011). A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 pode ser considerada o evento mais significativo no processo de construção das estratégias para democratização da saúde no Brasil. Essa conferência definiu o conceito de saúde, assegurou o direito à saúde a toda população e delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1987).

O direito à saúde engloba o acesso igualitário aos diferentes recursos tanto financeiros, tecnológicos e/ ou humanos necessários para a recuperação da saúde e maior qualidade de vida. O direito à saúde está descrito na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196, onde se afirma que “a saúde é um direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2003, p.33).

A Constituição Federal Brasileira foi proclamada em 1988 estabelecendo as bases para a criação do SUS, o qual se fundamenta nos princípios doutrinários da universalidade, integralidade, equidade. Esse reconhecimento constitucional só foi possível após uma longa ação política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM, 2009).

A conquista de um Sistema Único Saúde tem nos desafiado a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o aperfeiçoamento desse sistema. Nesse percurso de construção do SUS é criado, em 2000, pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, cujo objetivo principal foi aprimorar as relações entre profissional da saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, visando à melhoria na qualidade e eficiência dos serviços prestados por essas instituições (BRASIL, 2001; DESLANDES, 2004).

A nova gestão do Ministério da Saúde inicia em 2003 uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, assim se estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS também chamada de Política Nacional de Humanização e/ou HumanizaSUS (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização tem se configurado como um importante objeto de reflexão sobre os processos de trabalho, nesse sentido, somente com gestores, profissionais da saúde e usuários sendo protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde, será possível concretizar a proposta da humanização no SUS (PERREIRA e PASSOS, 2008).

Vale ressaltar que a PNH está fundamentada por três princípios estruturantes, quais sejam: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (BRASIL, 2008).

Um elemento fundamental na construção as PNH é a clínica ampliada a qual é considerada uma diretriz dessa política, visando à construção de processos dialógicos que favoreçam a comunicação entre os sujeitos envolvidos, sem isso não será possível construir processos de corresponsabilização (PASHE, PASSOS, HENNINGTON, 2011). A PNH propõem que sejam usados vários dispositivos nas práticas de produção de saúde (a exemplo dos Grupos de trabalho de humanização, colegiado gestor, ouvidorias, acolhimento com classificação de risco e outros), estes são dispositivos promotores de participação dos sujeitos no planejamento, avaliação e execução das práticas de saúde. (BRASIL, 2008)

Vale ressaltar que uma política pública não será implementada apenas pela vontade dos órgãos governamentais. Essa política realiza-se pelo método da tríplice inclusão, incluindo os diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores. Nesse sentido, Backes, Koerich e Erdmann (2007), afirmam que a implementação da Política Nacional de Humanização requer o comprometimento de todos, principalmente daqueles que estão diariamente em contato com os usuários e demais profissionais.

A PNH tem como objetivo provocar inovações nas ações gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para as equipes de saúde implicadas nesse contexto, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços, novos modos de produção e circulação de poder e saber (HECKERT, PASSOS e BARROS, 2009).

Nesse contexto, o aumento no número de publicações sobre a humanização na atenção básica tem conduzido a um importante acúmulo de conhecimento nessa área, o que estimulou-

nos a realizar uma metassíntese sobre esse tema. A metassíntese tem como objetivo a integração das descobertas qualitativas que são integrações que ultrapassam a soma das partes, pois oferecem novas interpretações para os achados (SANDELOWSKI e BARROSO, 2007). De acordo com Polit e Beck (2011) a integração de achados qualitativos é um campo sob desenvolvimento dinâmico que evolui com rapidez.

O presente projeto pertence a linha de pesquisa “Vulnerabilidades em Saúde e Bioética” do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, vinculado ao grupo de pesquisa CNPq Bioética e Saúde Coletiva. Vislumbra-se com este estudo a possibilidade de ampliar o debate acadêmico no campo da saúde coletiva, através do conteúdo científico disponível sobre as práticas de humanização na atenção básica, visando reconhecer os desafios e impasses dessas práticas na rede pública do Sistema Único de Saúde no Brasil.

2 OBJETIVOS

Após a banca de qualificação do projeto optou-se por modificar os objetivos, visto que os mesmos estavam ligados a metodologia e não representavam realmente os objetivos do estudo.

2.1 Objetivo Geral

Discutir os achados sobre as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do SUS a partir dos princípios da Política Nacional de Humanização.

2.2 Objetivos Específicos

- Sintetizar as práticas de humanização na atenção Básica realizadas na rede pública do SUS.
- Distinguir as práticas de humanização na atenção Básica realizadas na rede pública do SUS de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização.
- Descrever os desafios e impasses das práticas de humanização na atenção Básica realizadas na rede pública do SUS.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa, por meio de uma revisão sistemática da literatura científica na modalidade denominada metassíntese.

3.1 Questão Norteadora do Estudo

Após a banca de qualificação optou-se por modificar a questão norteadora apresentada inicialmente no projeto, para tanto, utilizou-se a estratégia mnemônia PICO (JBI, 2011) onde o “P” refere-se à população do estudo, “I” ao fenômeno de interesse e “Co” ao contexto do estudo, dessa maneira chegou-se a seguinte estrutura:

P= práticas de saúde dos profissionais, gestores e usuários.

I= práticas de humanização.

Co= atenção básica no SUS do país.

Assim, a questão de pesquisa considerada nesse estudo foi: Quais as práticas de humanização dos profissionais, gestores e usuários na atenção básica realizadas no SUS?

3.2 Busca Sistemática dos Estudos

As buscas ocorreram entre os meses de julho a dezembro de 2011, por dois pesquisadores, essa estratégia foi utilizada a fim de assegurar a qualidade dessa fase do processo. Foram pesquisadas bases de indexação nacionais e internacionais, consideradas referência na produção de conhecimento na área da Saúde Coletiva. As bases de dados pesquisadas foram ampliadas após a banca de qualificação do projeto, a fim de captarmos um número maior de publicações. As bases foram descritas na Tabela 1, com o respectivo número de estudos encontrados.

Tabela 1- Base de indexações Bibliográficas e o número de estudos selecionados (continua)

Base de indexação Bibliográfica	Número de estudos selecionados
BDENF ³ (Base de dados de enfermagem)	1
BDTD ⁴ (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações)	5
BVS ⁵ - (Área temática Humanização)	12
BVS ⁶ - Psi Brasil (Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia- Brasil)	0

³ <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p>

⁴ <http://bdtb.ibict.br/>

⁵ <http://bvsm.sau.br/bvs/humanizacao/index.php>

⁶ <http://www.bvs-psi.org.br/php/index.php>

Base de Dados	Número de estudos selecionados	(Conclusão)
CATHEDRA ⁷ (Biblioteca Digital de Tese e Dissertações da UNESP)	0	
CINAHL ⁸ (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	1	
DEDALUS ⁹ - Global (Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo)	1	
LILACS ¹⁰ (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)	15	
LUME ¹¹ (Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul)	0	
MEDLINE ¹² (Literatura Internacional em Ciências da Saúde)	4	
PAHO ¹³ (Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde)	0	
PubMed ¹⁴ (U. S. National Library of Medicine)	1	
SBU ¹⁵ (Sistema de bibliotecas da UNICAMP)	0	
SciELO ¹⁶ (Scientific Electronic Library Online)	10	
SiBI ¹⁷ (Sistema de Biblioteca e dissertações da UFRJ)	0	
Amostra final	50	

Como é possível identificar na tabela acima, foram encontrados 50 estudos nas bases de indexação investigadas. O acesso as seguintes base de dados: BDENF, BVS-Psi Brasil, LILACS, MEDLINE, PAHO, SciELO, ocorreu através da Biblioteca Virtual em Saúde. As buscas foram realizadas em uma base de dados de cada vez para facilitar o registro dos estudos selecionados.

Algumas bases de dados como a CATEDRA, DEDALUS, LUME, SBU, mesmo estando indexadas na Biblioteca Brasileira de Teses e dissertações, foram pesquisadas em sua base de origem, a fim de aumentar a chance de encontrar algum estudo referente ao tema de interesse.

No que se refere à busca aos capítulos de livros, estas foram incluídas após a banca de qualificação, e foram realizadas nas seguintes editoras: Abrasco, Hucitec, Ministério da Saúde e Fiocruz. Essas editoras foram escolhidas por serem consideradas as principais editoras da área da Saúde Coletiva e publicarem estudos sobre a humanização. Durante as buscas foram encontrados sete publicações, mas somente dois estudos publicados, uma pela editora Hucitec e outro pela Abrasco, estavam adequados aos objetivos do estudo.

⁷ http://www.athena.biblioteca.unesp.br/F/?func=find-b-0&local_base=BDDT

⁸ <http://web.ebscohost.com/ehost/search/basic?sid=e140b987-4eaf-443a-8564-09e95c31d591%40sessionmgr10&vid=2&hid=25>

⁹ <http://200.144.190.234/F>

¹⁰ <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p>

¹¹ <http://www.lume.ufrgs.br/>

¹² <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p>

¹³ <http://pesquisa.bvs.br/brasil/index.php?where=PAHO>

¹⁴ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

¹⁵ <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/>

¹⁶ <http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>

¹⁷ http://fenix2.ufrj.br:8991/F?func=find-b-0&local_base=tdufrj

A seguir, serão descritas as associações de todos os DeCS, MeSH, palavras chaves e/ou termos livres utilizados para a busca dos estudos em todas as bases de dados (Tabela 2). Os operadores Booleanos (AND, OR, NOT) foram utilizados sempre que necessário. Diversas estratégias foram usadas, inserindo-se e retirando-se palavras, buscando diferentes associações, na tentativa de alcançar o maior número de estudos que envolvessem a temática em questão.

Após a pesquisa eletrônica, as referências dos estudos considerados relevantes foram revisadas, no sentido de encontrar artigos não localizados na referida pesquisa.

Tabela 2- DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres utilizados como estratégias de busca nas bases de indexação bibliográfica.

Idioma	DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres
Português	Humanização da Assistência/humanização or Humanização da Assistência/ Humanização da Assistência and Atenção Primária à Saúde/ Atenção Primária à Saúde and Acolhimento/ Humanização da Assistência and Saúde Coletiva/ Humanização da Assistência and Saúde Pública/ Humanização da Assistência and Sistema Único de Saúde/ Atendimento humanizado and atenção básica/ Autonomia dos sujeitos/ Co-responsabilidade/ Cuidado humanizado and saúde coletiva/ Cuidado humanizado and atenção básica/ Cuidado humanizado/ Humanização and atenção básica/ Humanização em saúde and atenção primária a saúde/ Humanização das práticas de saúde and atenção básica/ Humanização em saúde and atenção básica/ Humanização em saúde and atenção primária/ Humanização em saúde/ HumanizaSUS and Atenção primária à saúde/ HumanizaSUS and atenção básica/ Humanização and Processo de trabalho/ Humanização da assistência and vínculo/ Humanizar/ Humanização/ Humanização em saúde/ Humanização da assistência/ HumanizaSUS/ Atendimento humanizado/ Humanização em saúde or Humanização.
Espanhol	Humanización de la Atención and Atención Primaria de Salud/ Atención Primaria de Salud and Acogimiento/ Humanización de la Atención/ Atención Humanizada or Humanización/ Humanización de la Atención and Salud Pública/ Humanización de la Atención and Sistema Único de Salud/ Atención Humanizada and Atención Primaria de Salud/ La autonomía personal/ Cuidado de la salud humana and Salud Pública/ Cuidado de la salud humana and Atención Primaria de Salud/ Cuidado de la salud humana/ Humanización de la Atención and Salud Pública/ Humanización de las prácticas de Salud and Salud Pública/ Humanización de las prácticas de Salud and Atención Primaria de Salud/ Humanización de las prácticas de Salud or Humanización de la Atención/ Cuidado de la salud humana and Atención Primaria de Salud/ Humanización/ Humanización and Programa de Salud Familiar/ Humanización and Atención Integral de Salud/ Humanización and Proceso de trabajo/ Humanización and Vínculo.
Inglês	Humanization of assistance/ Humanization or Humanization of assistance/ Humanization of assistance and User Embracement/ Humanization of assistance and Primary Health Care/ Humanization of assistance and Family Health Program/ Humanization of assistance and Unified Health System/ Humanization of assistance and Public Health/ Humanization of assistance and Primary Health Care/ Humanization of assistance and Public Health/ Humanization of assistance and Personal autonomy/ Humanization of assistance and Co-responsibility/ Humanization of health and Public Health/ Humanized Care/ Humanized Care and Public Health/ Humanization of health practices/ Humanization and Work Process/ Humanization and Bond/ Humanization/ Humanization or Humanized Care/User Embracement.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram realizadas algumas modificações após a banca de qualificação nos critérios de inclusão e exclusão a fim de favorecer a inclusão de um número maior de estudos. Foram incluídos na amostra: estudos primários com abordagem predominantemente qualitativa e/ou quantitativa quando estes descreviam bem as práticas de humanização desenvolvidas na Atenção Básica; estudos referentes à pesquisa empírica sobre as práticas de Humanização na atenção básica desenvolvido na rede pública do SUS; publicados a partir da criação da PNH, sendo, portanto, de 2003 a 2011; desenvolvidos nas diversas áreas da saúde (enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia); foram incluídos artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e capítulos de livros; escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola.

Foram excluídos os estudos que abordaram a humanização em ambiente hospitalar, estudos com questões abertas ao final de um questionário estruturado para pesquisa quantitativa; documentos oficiais do Ministério da Saúde, estudos com desenho de pesquisa pouco definido e explicitado; estudos que reutilizaram dados obtidos em trabalhos anteriores; editoriais, matérias jornalísticas, de análise conjuntural, avaliação de protocolos, artigos não originais (como resenhas, comentários) estudos secundários, como os de revisão bibliográfica, manuais, materiais educativos e informações pessoais, bem como estudos inadequados ao objeto de estudo.

3.4 Seleção da Amostra

A seleção da amostra foi realizada primeiramente pela leitura do título da pesquisa. Foram excluídos os estudos, cujos títulos indicavam claramente ser irrelevantes. Após foram lidos os resumos dos estudos cujos títulos pareciam estar inseridos nos critérios de inclusão bem como os resumos cujo título causaram dúvidas. Nessa etapa das buscas desenvolveu-se um instrumento (Quadro 1) que não foi aplicado em todos os resumos, visto que encontrávamos um grande número de estudos em cada base de indexação e aplicar esse instrumento tornaria muito lenta a seleção dos estudos. Optou-se somente por ler este instrumento antes da coleta de dados, a fim de esclarecer de que os pesquisadores retomassem os critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, tinha-se sempre em mente esses critérios

durante a leitura do resumo. Esse instrumento de avaliação dos critérios de inclusão/ exclusão foi preenchido na leitura na íntegra dos estudos.

Quadro 1- Critérios de Inclusão e Exclusão

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
Etapa: Leitura do Resumo		
Explicação: Se sim no item 1 e nos demais -Incluir.		
Perguntas	Sim	Não
1- Se trata de um artigo de pesquisa, estudo de caso, relato de experiência, tese ou dissertação?		
2- Trata-se de um estudo primário com abordagem predominantemente qualitativa ?		
3- Trata-se de uma pesquisa empírica sobre as práticas de Humanização na atenção básica desenvolvido na rede pública do SUS?		
4- É um estudo de abordagem predominantemente qualitativa?		
5- O estudo foi publicado a partir de 2003?		
6- A pesquisa foi desenvolvida na área da saúde?		
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO		
Etapa: Leitura do Resumo		
Explicação: Se um ou mais sim – Excluir		
Perguntas	Sim	Não
1- O estudo aborda o tema humanização em ambiente hospitalar?		
2- O estudo possui questões abertas ao final de um estudo quantitativo?		
3- O desenho da pesquisa pouco definido ou explicitado?		
4- O estudo reutiliza os dados de trabalhos anteriores?		
5- Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, editorial, matéria jornalística ou discussão teórica de conceitos?		
6- Esta inadequado ao objetivo deste estudo?		

Após os resumos serem lidos e estarem adequados ao objetivo do estudo estes foram salvos em uma pasta de registro para posterior análise.

Dessa forma, para a organização dos dados que estavam sendo coletados foi criada uma pasta de registro com o nome da base de indexação bibliográfica na qual estavam sendo realizadas as buscas. Após foi realizado a busca dos estudos na íntegra. Os mesmos foram nomeados conforme o título da publicação e arquivados.

Para evitar que algum estudo relevante para a pesquisa passasse despercebido pelos dois pesquisadores, optamos por revisar todas as buscas após um período de aproximadamente 20 dias. Para a realização do registro dos dados durante a etapa das buscas, foi desenvolvido um instrumento para sistematização das informações, visando diminuir a margem de erro. A seguir, será apresentado um exemplo de como foi desenvolvido esse instrumento (TABELA 3).

Como uma ferramenta facilitadora do processo de organização das citações utilizamos o programa EndNote.

Tabela 3- Instrumento para registro das buscas nas bases de indexação bibliográfica

Base de Dados: BDENF			
Data de realização da busca: 02 e 04 de agosto de 2011			
Data de revisão da Busca: 21 e 22 de agosto de 2011			
DeCS, MeSH, Palavras-chave e/ou termos livres	Total de publicações encontradas	Número de publicações selecionadas	Título da publicação selecionada
Cuidado humanizado	129	1	Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município.

3.6 Avaliação e resumo dos estudos

Após ter concluído a etapa da coleta de dados, foi realizada a leitura de todo o material encontrado no período de outubro de 2011 a janeiro de 2012.

Nessa etapa, para a avaliação dos estudos aplicou-se o teste de confiabilidade JBI QARI -Critical appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research (JBI, 2011), (QUADRO 2). Esse formulário é composto por 10 perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se as “falas” dos participantes estão devidamente apresentadas, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros. Dessa forma, em cada estudo assinalava-se uma das três opções de respostas: sim, não, buscar maiores informações. A aplicação do teste de confiabilidade foi realizada por dois pesquisadores separadamente, e os resultados discutidos, até se chegar a uma concordância.

Os estudos que obtiverem seis sim ou mais no QARI permaneceram na amostra final da pesquisa. A nota recomendada para inclusão no estudo é sete, mas após a banca de

qualificação, optou-se por diminuir a nota do teste, a fim de que os relatos de experiência e estudos de caso pudessem ser incluídos na amostra já que os mesmos, muitas vezes, relatavam as práticas de humanização na atenção básica. (Tabela 4)

Tabela4 - Avaliação dos estudos

(Continua)

Título	Nota
Humanização no Programa de Saúde da Família.	7
O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.	7
Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde.	7
A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família.	7
Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis.	7
Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família.	7
A arte de acolher através da visita da alegria.	7
Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à saúde.	8
Acesso e acolhimento em Unidades de Saúde na visão dos usuários.	8
Acolhimento: uma experiência em pesquisa- ação na mudança do processo de trabalho em saúde.	8
O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG).	8
Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB.	8
Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.	8
Os processos de formação na política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.	8
Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município.	8
Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.	8
A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista, Brasil.	8
Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde.	8
Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	9
Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família.	9
Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.	9
Inovação e resistência na implantação do Processo de humanização na secretaria municipal de saúde do município de Goiânia-GO, sob as lentes da bioética.	9
Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em Unidade Básica de Saúde de Campinas São Paulo, Brasil.	9
A representação social do cuidado no Programa de Saúde da Família na cidade de Natal.	9
Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde.	9
O acolhimento sob a ótica de profissionais da Equipe de Saúde da Família.	9
Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	9
O acesso por meio do acolhimento na atenção básica.	9
Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde.	9
A Política de Humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e vivências.	9

Humanização das condições de trabalho: Um dos pré-requisitos para a humanização da assistência.	9
Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-Pr.	9
Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do nordeste.	9
A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções dos familiares.	9
Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.	9
O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem.	9
A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.	9
A visão de moral dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e a humanização.	9
A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho.	9
Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.	9

Quadro 2- Instrumento de avaliação

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research			
Reviewer _____		Date _____	
Author _____		Year _____	Record Number _____
	Yes	No	Unclear
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal: Include <input type="checkbox"/> Exclude <input type="checkbox"/> Seek further info. <input type="checkbox"/>			
Comments (Including reasons for exclusion)			

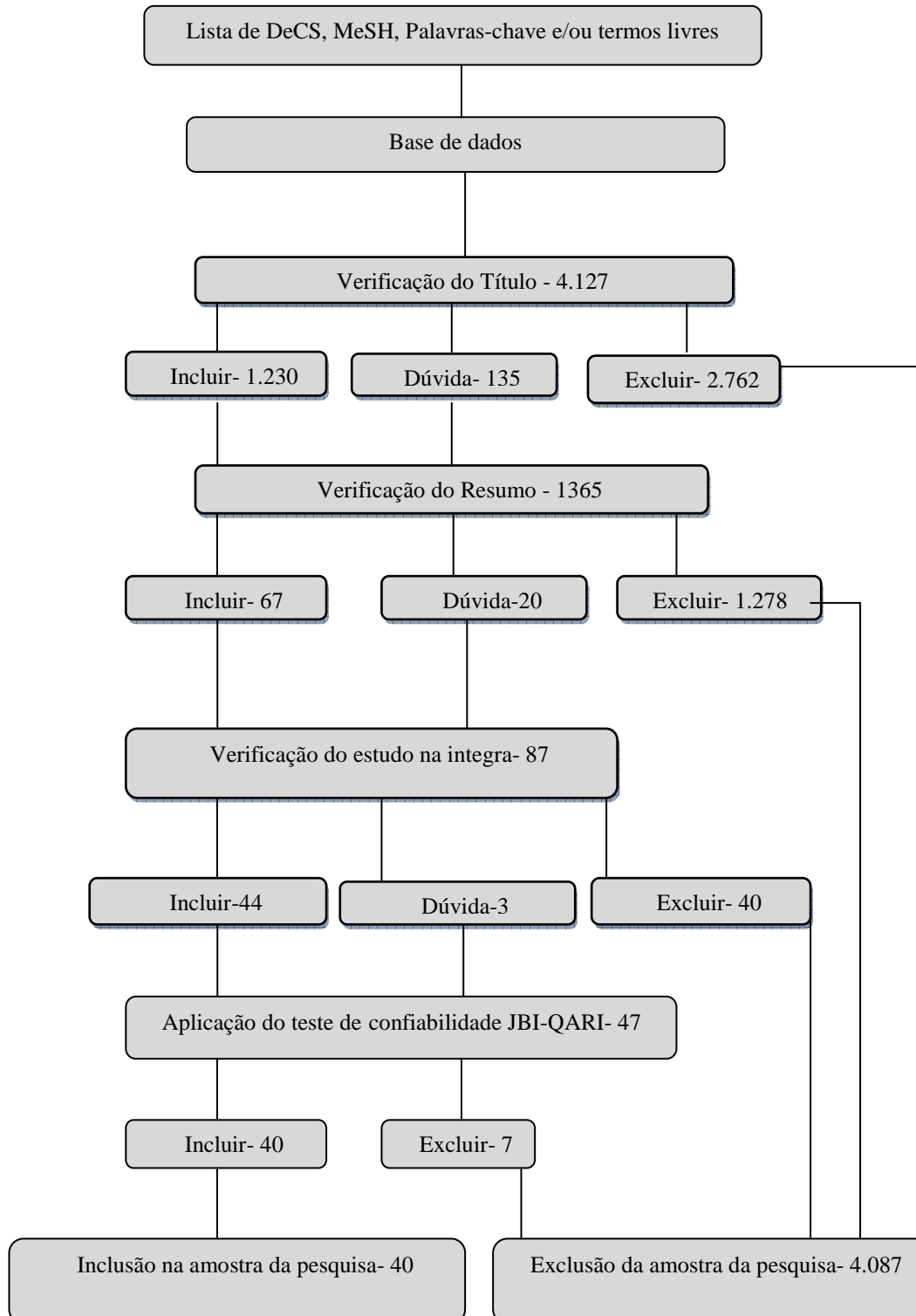
Após a aplicação da avaliação foi realizada uma nova leitura de todos os estudos, nessa etapa foi elaborado um instrumento para levantamento das informações com as principais características de cada estudo. Esse instrumento foi aplicado durante os meses de outubro de 2011 a janeiro de 2012. O objetivo foi verificar se os artigos atendiam realmente os critérios de inclusão, bem como, se processou a apreensão do conteúdo das publicações, orientação metodológica, estrutura e resultados dos estudos.

O instrumento para levantamento das informações foi organizado em uma tabela no Microsoft Office Word 2007 (QUADRO 5.1), para validar o instrumento desenvolvido, realizou-se um teste, com algumas obras selecionadas, o que possibilitou avaliar a qualidade do instrumento. Nesse instrumento foi identificado o ano do periódico, a base de indexação, nome do periódico, volume/ número, o título, os autores, local onde a pesquisa foi desenvolvida, o idioma em que foi publicado, o qualis da revista, o objetivo, o universo empírico, a coleta de dados, a análise de dados e os principais resultados. Todos esses dados também foram adequados aos capítulos de livros, documentos do Ministério da Saúde, teses e dissertações.

O instrumento visou identificar nos estudos os resultados de interesse que seriam sintetizados, tornando os achados mais acessíveis ao pesquisador.

3.7 Síntese das etapas realizadas

O esquema abaixo é um resumo de todas as etapas apresentadas anteriormente até a inclusão do estudo na metassíntese.



5 RESULTADOS

Quadro 3- Instrumento para levantamento das informações

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
Artigos													
2003	Lilacs	O mundo da saúde	v.27, n.2	Humanização no Programa de Saúde da Família	Eliane Correia Chave; Wania Regina Veiga Martines.	PSF de São Paulo	Português	B ₃	Compreender como os funcionários do PSF entendem a humanização no PSF e qual seria sua missão quando falamos em Humanização.	Profissionais do PSF.	Questionário com perguntas abertas	Categorias	Compreensão dos profissionais sobre humanização: tratar o paciente pelo nome, evitar julgar, acesso aos profissionais, facilitar a vida do usuário; Descrever a missão do profissional quando falamos em humanização: dar confiança, respeito, segurança, amor, acolher, ouvir, humildade, ter empatia, compreensão, assegurar qualidade.
2003	SciELO	Cad. Saúde Pública	v.19, n.1	Acesso e acolhimento	Donatela Dourado	Unidade de saúde	Português	A ₂	Caracterizar, a partir da ótica	Usuários	Entrevista semi-	Análise de	Acesso: Acesso geográfico

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	Ramos; Maria Alice Dias da Silva Lima	de Porto Alegre			de usuários, o acesso ao atendimento e como vem sendo prestado o serviço que lhes é oferecido, quanto à forma como são acolhidos, em uma unidade de saúde de Porto Alegre		estruturada e observação participante	conteúdo	(forma de deslocamento) acesso econômico e acesso funcional. A escolha do profissional de saúde em função das indicações que ocorrem pela própria família, amigos, vizinhos. Quanto ao acesso econômico ao serviço de saúde, um dos primeiros aspectos a considerar é o custo do deslocamento do usuário. Busca de remédios, um mecanismo de organização foi o agendamento prévio de consultas. O estabelecimento de uma base territorial é fundamental

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>para a caracterização dos problemas de saúde de uma população. Dificuldade de acesso a consulta odontológica, consulta clínica e ginecológica por falta de profissionais. O acesso funcional é o tempo de espera que o usuário leva para obter o atendimento desde o momento de sua chegada ao serviço.</p> <p>Acolhimento: fatores que denotam qualidade do atendimento-boa recepção, respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional.</p> <p>Algumas</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													situações pontuais de má recepção: falta de interesse pelo cliente, rispidez no tratamento. Pontualidade como forma de respeito ao usuário. Há uma preocupação forte com o atendimento humanizado por parte dos usuários.
2004	SciELO	Cadernos de Saúde Pública	v.20 n.6	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família	Maria Denise Shimith; Maria Alice Dias da Silva Lima.	Município da quarta coordenadoria Regional de Saúde, R/S.	Português	A ₂	Analisar o trabalho de uma ESF, no que se refere ao acolhimento dos usuários e a produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo construído, bem como as	Usuários e profissionais	Entrevista semi-estruturada e consulta a documentos.	Interpretação dialética.	A organização do serviços e o processo de trabalho: entraves no acolhimento a demanda, a enfermeira desenvolve atividades de prevenção em detrimento as ações clínicas; falta de acesso aos serviços. Acolhimento e vínculo na produção do cuidado: fila para consulta

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									concepções dos trabalhadores acerca do usuário do serviço.				médica, senhas para acesso, o vínculo deve ser extensivo a toda equipe de saúde; Modo de produção no PSF e a implementação do SUS- falta de medicação e exames laboratoriais, demanda reprimida, falta de acesso .
2004	Lilacs	Cogitare Enfermagem	v.9, n.1	Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da Atenção à saúde.	Maria de Fátima de Araújo Silveira et.al.	PSF de Campina Grande	Português	B ₃	identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento; descrever como os profissionais praticam o acolhimento, identificando as condições favoráveis e desfavoráveis à consolidação de uma cultura da humanização no PSF.	Profissionais de saúde.	Oficinas de sensibilização.	Método Etnográfico.	Concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento: receber bem os usuários, escutar suas necessidades, dar uma resposta positiva capaz de resolver o problema; Acolhimento: novo perfil de profissionais; território definido; Condições favoráveis e

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													desfavoráveis à vivência do acolhimento: área física, demanda excessiva, falta de médico, Agentes Comunitárias de Saúde como elemento central.
2004	Lilacs	Saúde e sociedade	v.13, n.3	O cuidado, os modos de ser (do) humano e as Práticas de saúde.	José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.	Unidades de Atenção primária	Português	B ₂	Examinar, desde uma perspectiva hermenêutica, alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde.	Relato de experiência.	-	-	Projeto de vida (totalidade existencial) projeto de felicidade, capacidade de escuta e diálogo. Construção de identidade. (estimulo a recuperação bibliográfica) Confiança (vínculo terapêutico efetivo) Responsabilidade que um assume frente ao outro. Permeabilidade do técnico ao não técnico. O trabalho deve

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													ser permeado por mudança ao novo. Humanização no sentido do compromisso com valores como bem comum.
2004	SciELO	Saúde. Esc. Enferm USP	v.38. n.2	Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.	Lislaine Aparecida Fraccolli; Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli	Unidade de Saúde da Família em São Paulo.	Português	B ₃	Descrever como o acolhimento vem sendo desenvolvido e concebido nas Unidades de Saúde da Família, do município de São Paulo.	Profissionais da saúde (médicos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)	Estudo qualitativo observação participante e entrevista semi-estruturada.	Método de discurso do sujeito coletivo e do fluxograma Analisadores.	Organização do acolhimento: local do acolhimento não era privativo (falta de privacidade). Acolhimento a cargo de alguns profissionais. Acolhimento registrado como um atendimento. Acolhimento como uma estratégia para ampliar o acesso. Processo de trabalho desenvolvido no acolhimento: realizar encaminhamentos e propor respostas para o

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>que o usuário procura; centrada na consulta médica, uso de tecnologias leves de forma limitada. Modelo clínico-biomédico. Acolhimento como uma atividade realizada na porta de entrada da USF. Percepção dos trabalhadores sobre o acolhimento: Grupos que manifestavam a saúde de rever as ações de acolhimento e outros que achavam que isso não é importante. Saúde de normalização do acolhimento. Acolhimento como uma ação de saúde pouco clara para os</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													trabalhadores da ESF. Acolhimento traduzido como triagem, consulta agendada, encaminhamento, normas de acesso.
2006	Medline	Pediatria (São Paulo)	v.28, n.4	Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde.	Maria das Graças Garcez Silveira, Evandro Roberto Baldacci	Unidade básica de saúde da Periferia da cidade de São Paulo.	Português	B ₃	Descrever o processo de autogestão Desenvolvido dentro de uma unidade básica de saúde e objetiva contribuir para iniciativas semelhantes em outros locais carentes do País.	Usuários	Questionário quantitativo.	Análise descritiva	Sensibilizar os profissionais de saúde quanto a saúde de implantação de um atendimento humanizado. 68% insatisfeitos com, o serviço prestado, (dificuldade de acesso, número insuficientes de profissionais, demora no atendimento, falta medicamentos, falta de vínculo com a população. Falta de investimentos. Fortalecimento do trabalho em

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>equipe multiprofissional.</p> <p>Criação do comitê de recepção.</p> <p>Capacitação profissional, educação permanente.</p>
2006	Lilacs	Revista espaço para a saúde, Londrina	v.8, n.2	A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família.	Alessandro da Silva Scholze; Laila Henrique de Ávila; Manuela Menezes da Silva; Simone Tozetto Kaveski Dacoregio	PSF na Barra do Rio, em Balneário Camboriú- SC.	Português	B ₃	Relatar a experiência dos autores na implantação e a avaliação do acolhimento por equipes do PSF na Barra do Rio, em Balneário Camboriú – SC.	Profissionais do PSF	Relato de experiência	-	<p>Estabelecimento de um horário para o acolhimento, limitado a 20 pessoas.</p> <p>Participação de todos os membros da equipe.</p> <p>Diferenciação entre acolhimento e consulta.</p> <p>Acolhimento como forma de organização do trabalho em saúde.</p> <p>Disponibilizar um espaço para atenção a necessidades mais imediatas.</p>
2007	SciELO	Acta Paul. Enferm	v.20. n.1	Acesso e acolhimento	Maria Alice Dias	Duas unidades	Português	A ₂	Caracterizar a partir da	Usuários das	Estudo com	Análise de	Acesso: Funcional:

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				em unidades de saúde na visão dos usuários	da Silva Lima et. al.	de saúde de Porto Alegre/R S			opinião de usuários, como se conforma o acesso ao atendimento e como vem sendo prestada a assistência que lhes é oferecida, quanto à forma como são acolhidos, em unidades de saúde de Porto Alegre.	Unidades de Saúde	abordagem qualitativa entrevista semi-estruturada	conteúdo	tempo de espera prolongado. Aspectos relacionados ao agendamento. Satisfação com a marcação de exames e com o sistema de referência e contra-referência. Estrutura física: espaço físico inadequado para a demanda. Facilidade no recebimento do medicamento prescrito/ alguns falta de medicamentos com frequência.
2007	SciELO	Cad. Saúde Pública	v.23. n.2	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde de Campinas São Paulo, Brasil	Maíra Libertad Soligo Takemoto; Eliete Maria Silva	Cinco centros de saúde do município de Campinas.	Português	A ₂	Relatar as transformações no trabalho da enfermagem com a incorporação do acolhimento no processo de implantação do projeto Paidéia de	Profissionais dos centros de saúde	Estudo com abordagem qualitativa observação participante e entrevistas semi-estruturadas	Análise de conteúdo	Concepções dos trabalhadores acerca do acolhimento; Formas de organizar o processo de trabalho: Acolhimento como atendimento prestado pelo auxiliar de

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									Saúde de Campinas, a partir de 2001.		das		<p>enfermagem para avaliar a queixa do usuário e decidir.</p> <p>Realização de triagem.</p> <p>Atividade de apoio ao trabalho médico.</p> <p>Acolhimento como garantia de acesso e ampliação da demanda;</p> <p>Ampliação do acesso com diminuição das filas.</p> <p>Aumento da demanda de avaliações e consultas extras.</p> <p>Atendimento propriamente dito.</p> <p>Transformações no trabalho de enfermagem por referência ao acolhimento.</p> <p>Um profissional designado como responsável pelo acolhimento.</p> <p>Humanização</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													como resultado da inserção do acolhimento nas unidades. Transformação da relação entre trabalhadores e usuários. Ampliação do acesso como fator “humanizante”. Acolhimento entendido como uma postura. Acolhimento tem como objetivo dar respostas as necessidades dos usuários que não sejam clínicas. Atitude diante do usuário de escuta, investigação de necessidades, responsabilização com o oferecimento de uma resposta a essas necessidades.
2007	CINAHL	Revista APS	v.10, n.2	Acolhimento uma	Cristina Setenta	Estratégia de	Português	C	Retratar o desenvolvi-	Profissionais da	Estudo qualitati-	-	98% dos usuários tem

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				experiência em pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde	Andrade; Túlio Batista Franco; Vitória Solange Coelho Ferreira.	Saúde da Família Jacinto Cabral de Itabuna, Bahia.			mento de uma pesquisa-ação sobre o acolhimento na acessibilidade dos usuários em uma Unidade Saúde da Família do Município de Itabuna (BA).	ESF, usuários, alunos de enfermagem e pesquisadores.	vo, observação participante e entrevista semi-estruturada.		dificuldades de acesso para chegar a ESF. O acolhimento proporcionou que todos fossem escutados e encaminhados de acordo com suas necessidades. Elaboração de um fluxograma descritor permitindo a reorganização do processo de trabalho. Maior demanda gerada pelas precárias condições de vida. Processo de trabalho centrado na escuta solidária que desvela problemas. Atraso dos profissionais (receptionistas), sobrecarga de trabalho da técnica de enfermagem.

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>Pouco reconhecimento dos profissionais não-médicos, excessiva estruturação do processo de trabalho pelo saber médico. O acolhimento implantado proporcionou maior integração da equipe e melhor percepção do usuário pela equipe. Instrumento capaz de qualificar a escuta dos usuários e de contribuir com a identificação dos problemas e de reorganizar o processo de trabalho centrado no usuário. Ampliação da inclusão dos usuários e melhoria</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													significativa do acesso.
2008	SciELO	Cad. Saúde Pública	v.24 supl. I	Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde.	Elizabete Cristina Fagundes de Souza et.al.	USF de 3 capitais do nordeste brasileiro duas metrópoles e um município de médio porte.	Português	A ₂	Avaliou as potencialidades e os desafios da integralidade do cuidado na atenção básica, a partir da percepção de usuários e profissionais de saúde, tendo como referência o processo de trabalho desenvolvido em UBS de capitais do nordeste brasileiro.	Usuários e profissionais.	Grupo focal	Análise temática	Acesso na Unidade de saúde da família: dificuldade de acesso a exames, poucos profissionais, dificuldades com o sistema informatizado, falta de medicamentos; Unidade básica de saúde: expressiva demanda, dificuldade de acesso ao serviço odontológico, saúde de ampliação do número de especialistas. Unidade de saúde da família ampliada, baixa cobertura pela ESF, insuficiência de equipamentos, sobrecarga de trabalho e

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													consultas marcadas por ordem de chegada.
2008	Medline	Revista Rene. Fortaleza	v.9 n.4	assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB	Inacia Sátiro Xavier de França et.al.	UBSF de Campina s Grande-PB.	Português	B ₄	Investigar se os médicos e enfermeiros dos PSF de Campina Grande-PB praticam a humanização; a percepção dos usuários dos PSF acerca da humanização e que aspectos dessa política se constituem, conquistas e desafios no ambiente desses PSF.	Médicos, enfermeiros e usuários.	Questionário com questões abertas e fechadas.	Análise temática	Dificuldades para marcar consultas, filas longas, dificuldades para identificar os profissionais que trabalham na unidade, dificuldade em identificar as salas de atendimento, questões relativas a ambiência; escuta qualificada, política de capacitação dos recursos humanos, re-estruturação provimento de da ambiência, provimento de recursos humanos e materiais necessários, descontinuidade no atendimento,

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													saúde de continuidade de educação permanente.
2008	Lilacs	Arquivos Catarinenses de medicina	v.37, n.4	Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis.	Paula Thais Avila do Nascimento; Charles Dalcanale Tesser; Paulo Poli Neto.	Unidades Locais de Saúde (ULS) de Florianópolis.	Português	B ₅	Caracterizar o processo de implantação do acolhimento em uma ULS de Florianópolis e analisar os discursos de trabalhadores e usuários.	Usuários e profissionais da unidade.	Estudo de caso com abordagem qualitativa Observação participante e discussões de grupos com usuários.	Análise de conteúdo	Descentralização das responsabilidades; divisão burocrática do trabalho, atendimento a demanda que não havia acesso ao serviço e número insuficiente de profissionais.
2008	Lilacs	Remem. Saúde, Min. Enferm.	v.12, n.2	O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família	Laís Aparecida Melo Freire; Luísa Pereira Storino; Natália de Cássia Horta; Rafaela Pereira Magalhães Telma de Lima.	Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte	Português	B ₂	Relatar a percepção que os profissionais das ESF desse centro de saúde têm sobre o acolhimento e possibilitar uma reflexão sobre as práticas de acolhimento realizadas	Profissionais do serviço	Entrevista semi-estruturada	Análise de conteúdo	Significado e propósito do acolhimento: acolher, ouvir e direcionar para o atendimento. Humanização do atendimento. O profissional mais bem capacitado para fazer o acolhimento. Toda equipe deve estar envolvida com o

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									nessa unidade produtora de serviço de saúde.				acolhimento. Características e competências do acolhedor: saber ouvir e ter um bom relacionamento com a população. Fatores facilitadores e dificultadores do acolhimento: falta de espaço físico, falta de privacidade nas conversas com os usuários, fator facilitador a receptividade da comunidade.
2009	Medline	Interface Comunicação Saúde educação.	v.13, supl. I.	Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	Leny Alves Bomfim Trad; Monique Azevedo Esperidião	seis municípios da Bahia, Sergipe e Ceará.	Português	B ₁	Investigar os limites e possibilidades da incorporação da gestão participativa ou corresponsabilização de trabalhadores da saúde, gestores e usuários com o sistema de	Profissionais da saúde, gestores e usuários	Quantitativo; questionário Qualitativo; grupo focal	Epi-Info; Análise de conteúdo	Corresponsabilidade na gestão e no cuidado: a visão dos usuários; esses desconhecem o papel dos conselhos locais de saúde a as ações dos seus representantes nesses conselhos, visões biomédicas.

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									saúde, conforme preconiza a PNH.				Corresponsabilidade na gestão e no cuidado: a visão dos profissionais-escuta aos usuários, valorizar o saber popular, manipulação da opinião do usuário, fomentar o controle social e a participação comunitária e corresponsabilidade.
2009	Lilacs	Ciência e Saúde Coletiva	v.14, supl. I	Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.	Márcia Oliveira Coelho; Maria Saete Bessa Jorge.	Município de Fortaleza	Português	B ₁	Discutir como os usuários e trabalhadores percebem o acesso, acolhimento e vínculo como tecnologia leve na atenção básica do município de Fortaleza (CE).	Usuários e profissionais.	Grupos Focais, observação sistemática da prática e fontes documentais.	Análise de conteúdo	Acesso: falta de placas para a sinalização, trabalho individualizado, falta de comunicação, descumprimento do horário de trabalho; vínculo e as relações de poder nas UBASF-atendimento integral, corresponsabilidade, modelo

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													biomédico, responsabilidade, acesso do usuário à unidade, placas de identificação dos setores, coresponsabilidade, reorganizar o processo de trabalho e ambiência acolhedora.
2009	BDENF	Revista Gaúcha de Enfermagem	v.30 n.1	Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município.	Carmem Lúcia Colomé Beck et. al.	32 UBS de um município do estado do R/S.	Português	B ₄	Identificar a percepção dos enfermeiros quanto à humanização da assistência nos serviços de saúde de um município e apontar dificuldades para a realização do cuidado humanizado para usuários e enfermeiros.	Usuários e Enfermeiros	Questionário com questões abertas.	Análise temática.	Percepção dos enfermeiros sobre a humanização da assistência: Cuidar do outro como gostaria de ser cuidado; Visão integral do usuário. Dificuldades para a realização de cuidado humanizado aos usuários dos serviços de saúde: Falta de tempo dos trabalhadores para prestar uma assistência humanizada; Estrutura física

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													inadequada, a carência de materiais e de recursos humanos em caráter multiprofissional. 1. Dificuldades para a realização de cuidado humanizado para enfermeiros dos serviços de saúde: Saúde de maior apoio do gestor; Saúde de promover a saúde dos trabalhadores.
2009	Lilacs	Saúde. Escola de Enfermagem USP.	v.43. n.2	Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.	Michele Mota Monteiro; Virginia Paiva Figueiredo ; Maria de Fátima Antero Sousa Machado.	UBS da família do Município de Fortaleza -Ceará.	Português	B ₃	De que modo acontece a formação do vínculo entre usuários e profissionais das ESF e de uma UBS, em Fortaleza – CE.	Usuários e profissionais.	Entrevista Semiestruturada.	Análise dos discursos	Visão dos profissionais acerca do que é vínculo; relação entre profissional e usuário; falta de profissionais nas equipes; desenvolvimento de um trabalho em equipe; Respeito e Compromisso do profissional para com a

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													comunidade; capacitação profissional, formação do vínculo, trabalho em conjunto e rotatividade dos profissionais.
2009	Lilacs	Revista Baiana	v.33 n.3	O acesso por meio do acolhimento na atenção básica.	Maria Oliveira Coelho; Maria Salete Besse Jorge; Maria Elidiana Araújo.	UBSF da Secretaria Municipal de Fortaleza -CE.	Português	B ₃	Discutir como os usuários percebem o acesso às unidades básicas de saúde por meio do acolhimento.	Usuários	Entrevista clínica, observação sistemática da prática e fontes documentais.	Análise de conteúdo	A ambiência nas UBASF- estrutura física adequada; Garantia de Atendimento na UBASF- atendimento as prioridades, reorganizar o processo de trabalho. Garantia de acesso aos serviços especializados- dificuldades referentes a outros níveis de atenção. Falta de articulação entre o nível de atenção primária de saúde e os demais níveis do sistema; Ser ouvido em

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													suas necessidades estratégia de escuta, falta de informações sobre o funcionamento dos serviços.
2009	Lilacs	Saúde Gaúcha Enferm.	v.30, n.4	Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família	Maria do Carmo Eulálio; Ellis Regina Ferreira dos Santos; Tiago Paz e Albuquerque.	Unidades do PSF na Cidade de Campina Grande, Paraíba.	Português	B ₄	Compreender a relação entre auxiliar de enfermagem-usuário através das representações sociais do ato de tocar construídas por esses profissionais no contexto do PSF.	25 profissionais.	Associação livre de palavras, entrevista semi-estruturada e questionário.	Análise de conteúdo	Trabalho gratificante. Motivo de trabalhar remuneração, filosofia do programa e trabalho junto com a comunidade. Associações ao “toque” carinho e contato. Significado do toque: ajuda no processo de cura, sentido mais humanizado. Contato pessoal. Através da conversa ele se manifesta, visita domiciliar. “toque terapêutico”.
2009	Lilacs	Saúde Latino-	v.17, n.6	Preparando a relação de	Silvia Matumoto;	Unidade de Saúde	Português	B ₃	Identificar e analisar os	Profissionais da	Observação	Análise de	Ambiente físico que dificulta a

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
		AM Enfermagem		atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde.	Silvana Martins Mishima; Cinira Magali Fortuna; Maria José Bistafa Pereira; Maria Cecília Puntel de Almeida.	de um município do estado de São Paulo			aspectos pertinentes ao preparo para a relação estabelecida entre trabalhador/ usuário em unidade de saúde da rede de atenção básica de um município de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil, tendo como perspectiva o acolhimento.	Unidade de saúde	participante e entrevista semi-estruturada.	conteúdo	relação. (privacidade, limpeza, sinalização das salas e setores). Vestimenta adequada dos profissionais. Nem sempre o programado é cumprido (agendamento por horário). Normatizações. Responsabilização dos trabalhadores com o trabalho em equipe.
2009	SciELO	Physis Revista de Saúde Coletiva	v.19, n.4	Os processos de formação na política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.	Carla Ribeiro Guedes; Luciana Bettini Pitombo; Maria Elizabeth Barros de Barros.	Município do estado do Rio de Janeiro	Português	B ₃	Relatar a experiência de um curso de formação da Política Nacional de Humanização voltado para gestores e trabalhadores da atenção básica de um município no estado do Rio de Janeiro	40 participantes e profissionais	Relato de experiência	-	Problemas encontrados: falta de vínculo empregatício dos trabalhadores, deficiência na estrutura física dos serviços, baixos salários, dificuldade em efetuar o processo de referência e

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													contrarreferência, rede enfraquecida, dificuldade de interação entre as equipes, relações conflituosas com os usuários, falta de recursos necessários para a realização do trabalho e desconhecimento da PNH. Os participantes relataram estarem se sentindo mais “potencializados” e “vivos”. As rodas de conversa mostraram ser uma poderosa estratégia de sensibilização. O curso funcionou como um dispositivo incitador da grupalidade e da agregação.
2009	Lilacs	Saúde. APS,	v.12, n.4	A arte de acolher	Renata Pekelma;	Unidade de Saúde	Português	B ₄	Promover a saúde através	Usuários do	Relato de experiên-	-	A educação popular

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				através da visita da alegria.	Daniela Ferruge; Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo; Gustavo Melz.	Jardim Itu do Serviço de Saúde Comunitária/ Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS.			do riso, na perspectiva da humanização do cuidado e promoção da saúde, papel essencial dos serviços de Atenção Primária em Saúde. O projeto visa: promover momentos de alegria para os pacientes e familiares; fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários do Programa de Atenção domiciliária PAD; desenvolver ações que visem à humanização do cuidado; humanizar as relações de trabalho através de	Programa de Atenção domiciliária (PAD).	cia.		diálogo entre os trabalhadores, promovendo construção de identidade, interação entre os diversos saberes, conhecimento através da arte. Promoção de cuidado o fortalecimento do vínculo entre usuários e trabalhadores. O projeto Visita da Alegria busca a humanização tanto na relação com os usuários quanto entre os trabalhadores. Ampliar o vínculo, se reforce a confiança e se constroem relações de cuidado em coresponsabilidade, pois disponibiliza o diálogo.

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									atividades lúdicas; e construir a identidade entre os trabalhadores através do processo de trabalho criativo.				Esta é uma tentativa de fazer saúde através da arte e a arte a partir do cotidiano, a arte espontânea, contida em todos nós, com nossas possibilidades e limites.
2010	Lilacs	Physis Revista de Saúde Coletiva.	v.20, n. 4	Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do nordeste.	Leny Alves Bomfim Trad: Monique Azevedo Esperidião	Municípios de pequeno e grande porte do estado da Bahia, Sergipe e Ceará.	Português	B ₃	Investigar em que medida os princípios da humanização em saúde são apropriados e traduzidos no contexto das unidades e equipes do Programa de Saúde da Família.	Profissionais da saúde e usuários.	Método Qualitativo: grupos focais. Método Quantitativo: questionário de p ^o ie n c-escolha	Categorias analíticas previamente selecionadas. Epi-info.	Sentidos da humanização: aspectos relacionais do cuidado, manifestação de amor ao outro e sentimento de solidariedade; Infra-estrutura e organização: precariedade na estrutura física, dificuldade de acesso e acessibilidade a exames e serviços, alta rotatividade de profissionais, filas para a marcação de consultas. Organização dos

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													serviços e da acessibilidade; Relação usuários: profissionais PSF, confiança, escuta, compreensão e gentileza, vínculo.
2010	SciELO	Saúde e Sociedade São Paulo	v.19. n.3	A visita domiciliária na ESF: conhecendo as percepções dos familiares.	Mariene Mirian Cruz; Monique Marie Marthe Bourget.	Zona leste do município de São Paulo.	Português	B ₂	Compreender os significados atribuídos por essas famílias à visita domiciliária realizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com a intenção de reconhecer as dificuldades e potencialidades dessa prática.	Famílias atendidas pelas ACS.	Entrevista aberta	análise de conteúdo	A VD como meio facilitador de aproximação das necessidades da população; A VD como uma prática rotineira e importante; A visita como instrumento de humanização da atenção à saúde; Práticas focalizadas na doença/modelo curativista.
2010	PubMed	Saúde. Latino Am. Enfermagem	v.18 n.4	A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um	Maria José Sanches Marin; Luana Vergian Storniolo; Maria Yvette Moravcik.	Município interior de São Paulo	Português	B ₃	Analisar a compreensão referente à humanização do cuidado, sob a ótica de profissionais que compõem	Profissionais da saúde	Entrevista semi-estruturada	Hermenêutica dialética.	O significado da humanização-clínica ampliada, autonomia, singularidade; As dificuldades para a humanização-

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				município do interior paulista, Brasil.					as equipes da Estratégia de Saúde da Família				excessiva demanda, falta de profissionais preparados, repensar o processo de formação, falta de profissionais na equipe, limitações no acesso a atenção secundária, falta de materiais, burocratização, recursos materiais; As sugestões para melhoria das condições de Humanização: qualificar os profissionais, educação permanente, qualificar os profissionais.
2010	Lilacs	Ciência e Saúde Coletiva	v. 15, supl.3	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.	Laura Cavalcanti de Farias Brehmer; Marta Verdi.	5 UBS da rede municipal de saúde de um município de grande porte do	Português	B ₁	Analisar as implicações éticas no acolhimento, a partir da percepção dos atores envolvidos: gestores, trabalhadores	26 pessoas entre usuários, profissionais da saúde e gestores.	Entrevistas semi-estruturadas	Análise de conteúdo	Acolhimento: incongruência entre discursos e práticas. 70. Método de escuta atenta e qualificada; na

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
						estado de Santa Catarina.			da saúde e usuários, considerando a saúde de refletir acerca da dimensão ética no processo de acolher os usuários nos serviços de saúde e de oferecer uma assistência integral e com qualidade, no cenário das UBS em uma rede municipal.				prática se restringe a estratégias para atendimento de urgências. Acolher é ouvir suas necessidades de modo a oferecer respostas. Atendimentos pontuais e acolhimento na prática se torna atendimento de urgência. 2- paradoxo entre o discurso do direito ao acesso universal e a estratégia de organização da demanda

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>espontânea. Acolhimento como acesso aos serviços. Acolher com limitações: a organização da oferta: precariedade das estruturas físicas, falta de recursos humanos. Tendência de tecnificação. Acolhimento e atenção integral: O todo do serviço: atenção integral como oferecer todos os serviços cabíveis. O todo do sujeito, refere-se a considerações das múltiplas dimensões do sujeito (historia, cultura) a fragmentação dos serviços: limitações dos serviços . Usuários expressam o</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													desejo de se sentir acolhidos. Descontentamento desses com a prática de acolhimento prestada. Limite ao acesso aos serviços.
2010	Lilacs	Revista Nursing	v.12. N.14 4	O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem	Elisa de Vargas Santos; Narciso Vieira Soares	Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul	Português	B ₃	Investigar junto aos enfermeiros atuantes na atenção básica de um município do interior do Rio Grande do Sul, o conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização no SUS, focalizando o acolhimento aos usuários.	12 enfermeiros	Questionário com perguntas abertas	Análise temática	Significado do acolhimento Resolutividade dos mais variados problemas referidos pelos usuários. Situação do acolhimento: não existe ou é realizado de forma insatisfatória nas UBS em que trabalham. Viabilidade de acolhimento na prática vivenciada: É saúde o estabelecimento do acolhimento em seu exercício diário. Um pequeno número de enfermeiro

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>não acredita na possibilidade do acolhimento fazer parte da sua prática cotidiana. Situações que facilitam ou dificultam o estabelecimento do diálogo entre usuários e profissionais: a disponibilidade de recursos materiais, englobando a disposição de espaços físicos reservados, e a capacitação de recursos humanos para atender a demanda. O enfermeiro como participe do processo de acolhimento: Reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													possibilitando a ampliação de seu espaço de atuação dentro da equipe.
2011	Medline	Ciência e Saúde Coletiva	v.16, n.3.	Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização	Leny Alves Bomfim Trad; Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha.	3 estados do nordeste: Bahia, Sergipe e Ceará.	Português	B ₁	Analisar a humanização no trabalho no contexto do Programa Saúde da Família.	Profissionais da saúde.	Quantitativo: questionário Qualitativo: Grupo Focal	Análise de Conteúdo	Qualidade de infra-estrutura: ausência de espaço físico, falta de medicamentos, falta de material, ausência de referência e contra-

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				em saúde.									referência, problemas de acesso, sobrecarga de trabalho, falta de capacitação. Condições de trabalho: trabalho em equipe, modelo assistencial tradicional; periodicidade irregular das reuniões e processo de trabalho da equipe.
2011	SciELO	Interface comunicação saúde educação	v.15, n.36	A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.	Poliana Miranda Pinheiro; Lúcia Conde de Oliveira.	PSF do Município de Fortaleza, Ceará.	Português	B ₁	Compreender como tem se dado a construção dos dispositivos do acolhimento e do vínculo no encontro entre o cirurgião-dentista e o usuário, no sentido de se construir uma prática mais humanizada de atenção à saúde bucal no	16 Cirurgiões dentistas	Entrevista semi-estruturada e observação	análise de conteúdo análise temática	Acolhimento e vínculo na prática do cirurgião-dentista no PSF: acolhimento como ação de triagem ou classificação de risco. Dificuldades: grande demanda, falta de lugar para a realização de exames, sobrecarga de trabalho.

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									PSF de Fortaleza.				Acolhimento como meio de escuta e diálogo entre os sujeitos. Cursos de capacitações. Vínculo como relação de amizade, relação de confiança. Grande demanda dificulta o vínculo, Visita domiciliares para aproximação da realidade. Acolhimento e vínculo são complementares
2011	SciELO	Interface comunicação saúde educação	v.15, n.38	A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização	Junges et. al.	Unidade Básica de Saúde da Vila Campina, São Leopoldo R/S.	Português	B ₁	Analisar a visão moral dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e apontar suas implicações para a estratégia da humanização.	Profissionais da equipe de saúde do local.	Estudo qualitativo de natureza exploratória. Grupo focal	Análise discursiva	A atitude moral consiste em ter boas intenções ou consequência. Baseada na ética da convicção. Discurso impessoal que (des) implica o sujeito, uma desresponsabilização dos profissionais da saúde. Não há

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>reunião de equipe, não há reflexões sobre os problemas e os desafios da unidade. Essa postura discursiva se relaciona com o processo de trabalho centrado nos procedimentos e técnicas, bem como na formação centrada no fazer de cada especialidade. Segunda concepção é a de que o importante são os resultados, independentemente das intenções. Baseada na ética da responsabilidade. Onde boas intenções acarretam “boa” consequências. Diferenciação entre princípios</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>e normas nas falas dos profissionais. O dêitico utilizado é o “tu”, tirando a responsabilidade de si.</p> <p>Demonstram dificuldade de se posicionarem enquanto sujeitos na relação com outros sujeitos na produção de saúde. Saúde constante de passar por cima de normas e regras, e princípios éticos.</p> <p>Preocupação com as tecnologias duras e com as especialidades.</p> <p>Humanização não depende da boa intenção do profissional, mas da satisfação das necessidades do usuário que se</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													manifesta nas conseqüências, Mudança no processo de trabalho e de um respeito pelos direitos do próprio profissional.
Documentos Ministério da Saúde													
2004	MS	Editora Ministério da Saúde		Visita aberta e direito a acompanhante			Português		Discutir a ampliação do acesso aos visitantes.				Visita aberta é o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes. Como são vistos os acompanhantes: Visita e acompanhante como elementos que obstruem o trabalho do hospital; Falta de estrutura física; compreensão da função do visitante; Ausência de possibilidades de permanência de acompanhantes. Orientações

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													para implementar a visita aberta: Visitas e acompanhantes incluídos como parte do plano de cuidados do doente.
2004	MS	Editora Ministério da Saúde		Prontuário Transdisciplinar e projeto terapêutico			Português		estimular e fortalecer o trabalho em equipe e o diálogo entre os profissionais, favorecendo troca de conhecimentos inclusive com os doentes e familiares.				O Prontuário Transdisciplinar contribui para a formação de vínculos e para o fortalecimento do sentido de grupo. Tem como objetivo padronizar a maneira de fazer o registro e organizá-lo a partir de problemas e necessidades relevantes do usuário. Os registros devem ser objetivos e resumidos, anotando os dados importantes da situação do doente e de seu

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													problema e o motivo da procura pela unidade.
2006	MS	Editora Ministério da Saúde		Grupo de Trabalho de Humanização			Português		Intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.				GTH é um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho. Exemplo de construção de um GTH o qual pode ser entendido, como um espaço vivo de leitura e ação do SUS.
2006	MS	Editora Ministério da Saúde		Acolhimento nas práticas de produção de saúde			Português		Discutir o acolhimento como dispositivo técnico-assistencial permitindo a reflexão e a mudança dos modos de operar a assistência.				O grande desafio é transpor os princípios aprovados para o setor de saúde nos textos constitucionais para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. O acolhimento

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta. O acolhimento é uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.
2009	MS	Editora Ministério da Saúde		Clinica ampliada e compartilhada			Português		Discutir sobre Clínica ampliada e compartilhada				Participação e autonomia dos sujeitos nos processos terapêuticos; Construção de um projeto terapêutico singular; Eixos da clinica ampliada: compreensão do processo de saúde doença. Construção

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													compartilhada dos diagnósticos. Ampliação do objetivo de trabalho; Suporte para os profissionais da saúde. Escuta: acolher toda a queixa do usuário. Vínculo dos profissionais com os usuários. Projeto terapêutico singular resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.
2009	MS	Editora Ministério da Saúde		Gestão participativa e cogestão			Português		Discutir a temática da gestão participativa e cogestão.				A participação social não pode estar restrita as instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde (conselho de saúde, comissão gestora bipartite, tripartite) A cogestão é o

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo. O modelo de gestão que a Política Nacional de Humanização propõe é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva. Inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão. Grupos de Trabalho de Humanização; Colegiado Gestor da Unidade de Saúde; Mesa de negociação Permanente; Contratos de Gestão; Contratos Internos de Gestão; Câmara Técnica de Humanização.
2009	MS	Editora		O humaniza			Português		Convida				Experiências

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
		Ministério da Saúde		SUS na atenção básica					gestores, trabalhadores e usuários a refletir, dialogar e reinventar as práticas individuais e coletivas nos modos de produzir atenção e gestão na atenção básica do Sistema Único de Saúde.				expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado. A atenção básica se vale de tecnologias relacionais de elevada complexidade, ou seja, lida com problemas altamente complexos do cotidiano das pessoas, utilizando poucos equipamentos. A atenção básica tem uma grande complexidade. É um desafio superar a percepção da atenção básica como ação simples ou serviço menor, que qualquer um faz. É

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													necessário a ampliação da interação entre os diferentes serviços. A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde acolha as demandas, e apóie o usuário para desenvolver a capacidade de “inventar-se” e reinventar novas saídas apesar da doença, reconhecendo o que se tem de potência. Produzir saúde é fazer promoção, prevenção, cura e reabilitação.
2009	MS	Editora Ministério da Saúde		Redes de Produção de saúde			Português		Discutir sobre as redes de produção de saúde na atenção primária				A rede transversal é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													saberes. Os “Nós” da rede de produção de saúde: 1- Sujeitos e subjetividades. Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas. 2- A equipe de trabalho. 3- Os serviços e a rede de atenção. 4- Redes e Territórios: Não há hierarquia de importância entre os que a compõem.
2009	MS	Editora Ministério da Saúde		Trabalho e redes de saúde			Português		Discutir os processos de trabalho e as redes de saúde				À inexistência dos espaços coletivos de compartilhamento somam-se outros problemas, como o trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, o

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>valor atribuído ao trabalhador por parte da população e do governo, a gestão centralizada, etc., que produzem adoecimento. A forma como nos relacionamos e nos organizamos para conviver é de fundamental importância ao se pensar a saúde. É necessário que algumas horas de trabalho da equipe sejam destinadas às oficinas, pesquisas, reuniões e outras atividades para análises e propostas de intervenção nos processos, relações e ambientes de trabalho.</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
2010	MS	Editora Ministério da Saúde		ambiência			Português		Discutir a ambiência nos territórios de encontros do SUS.				<p>Ambiência refere-se ao tratamento dado ao espaço físico. Espaço que visa a</p> <p>confortabilidade espaço que possibilita a produção de subjetividade; ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Na atenção básica as áreas de trabalho além de mais adequadas funcionalmente deverão proporcionar espaços vivenciais prazerosos. Vista aberta: espaços que sejam capazes de acolher os visitantes;</p> <p>Direito a acompanhante; Informação, sinalização e acessibilidade e áreas de apoio</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													ao trabalhador.
2010	MS	Ministério da Saúde	V. 2	Cadernos Humaniza SUS: Atenção Básica. A experimentação da clínica ampliada na atenção básica de saúde: articulando princípios, diretrizes e dispositivos em cotidianos complexos	Bruno Mariani de Souza Azevedo	Unidade Básica de Saúde de Sumaré, SP	Português		Discutir como a clínica e o serviço podem se estruturar em torno de uma rede de conversações.	Experiências de um médico, clínico geral.	Relato de experiência. Diários de campo escritos pelo médico.		A permeabilidade para conversas mostrou-se essencial para a equipe de apoio. Existência de reuniões de equipe de referência como espaços que permitissem oportunidades de construção coletiva de projetos terapêuticos. A sobre-demanda as vezes prejudica a acolhida. A disponibilidade para a conversa empodera os demais membros da equipe a acolher os usuários. A clínica da relação, da equipe, é uma clínica de trabalhadores com usuários e de trabalhadores

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>entre si. E é inseparável da gestão. Dispositivos como as reuniões de equipe de referência, reuniões gerais de equipe, matriciamento ou outros que se possam criar são indispensáveis para se fazer falar e se fazer ouvir.</p> <p>Valorização do trabalhador, com vínculos empregatícios claros e não precários, que tenham salários e projeções de carreira que os incentive a trabalhar. Na Atenção Básica, uma adequada proporção entre população e equipes de saúde mostra-se de suma</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													importância.
2010	MS	Ministério da Saúde	V. 1	Cadernos Humaniza SUS: Formação e intervenção. Trabalhador da saúde: gente cuidando de gentes	Fabiana Schneider; Carolina Santos da Silva.	Experiência vivenciada no município de Camargo – Rio Grande do Sul, durante uma especialização.	Português		Explorar os aspectos que envolvem o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador, destacando ser o trabalhador da saúde o principal foco da Política Nacional de Humanização (PNH).	Equipe da Secretaria municipal de Saúde.	Encontros mensais com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde. Dinâmicas de grupo,		No setor público, o trabalho é atravessado por instabilidades e adversidades de diferentes ordens: dificuldade do trabalho em equipe, poucos espaços de cogestão, excesso de atividades, falta de reconhecimento por parte dos usuários, saúde de capacitação continuada. O trabalhador da saúde está diariamente exposto à dor, à doença e à morte. Reafirma-se a saúde de oferecer espaços de reflexão de forma continuada aos trabalhadores da saúde.

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
Teses													
2007	BDTD	Programa de Pós-graduação em Ciências da saúde.	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A representação social do cuidado no Programa de Saúde da família na cidade de Natal	Maisa Paulino Rodrigues	Programa de Saúde da Família do Município de Natal, RN.	Português	-	Apreender as representações sociais do cuidado das equipes do PSF da cidade de Natal-RN e como essas representações orientam as ações cotidianas desses sujeitos durante o processo de trabalho.	Profissionais que compõem o PSF	Questionário; Entrevistas através de grupos focais e observações diretas.	Técnica da associação livre de palavras, análise léxico-gráfica; análise de conteúdo e análise estatística descritiva.	Significado do cuidado no PSF: Atenção: relaciona a compreensão de práticas clínicas, predomínio de tecnologias duras; Amor: senso comum, define o amor de forma estereotipada, de maneira banal. Acolhimento: importância da escuta valoriza o respeito ao usuário, importância de se colocar no lugar do outro; humanização: descreve conhecimento que mostra a compreensão de cidadania, conhecimento ampliado de saúde, saúde de incorporar essa tecnologia. Sentido atribuído de

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>escuta e acolhimento do usuário.</p> <p>As ações cuidadoras foram descritas dentro de três categorias: curativas, preventivas e promocionais.</p> <p>Concepções sobre o cuidado no PSF.</p> <p>Concepções favoráveis – intersectorialidade vigilância da saúde e no trabalho em equipe;</p> <p>Concepções desfavoráveis: ações que comprometem a efetividade do cuidado, concepção negativa de saúde (relacionada a cura da doença).</p> <p>Dificuldades para a efetivação do cuidado:</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>Condições de trabalho- falta de material de consumo, instrumental.</p> <p>Falta de capacitação para realizar determinadas ações. Infra-estrutura: salas pequenas desconfortáveis.</p> <p>Ausência de ambientes coletivos para desenvolver atividades com a comunidade.</p> <p>Apoio institucional: falta de apoio e acompanhamento pela gestão.</p> <p>Atividades de promoção social são realizadas por iniciativas pessoais.</p> <p>Acessibilidade: inadequação do processo de territorialização.</p> <p>Exclusão de pessoas do bairro por não</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>pertencer á área adscrita ao PSF. Suporte psicoterapêutico referem dificuldades em lidar com situações psicossociais apresentado s pelos usuários, instabilidade emocional e saúde de um psicoterapeuta para lidar com as situações de estresse (cuidado do cuidador). O núcleo central da representação social do cuidado foi constituído por atenção, acolhimento e amor. As categorias acolhimento e humanização fazem parte do cuidado, ou seja se constituem em componentes</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													deste, havendo uma forte aproximação do sentido semântico para os sujeitos. Os profissionais investigados absorvem parcialmente as proposta do PSF em relação ao cuidado, ou seja as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, solidariedade) não são ainda incorporadas de forma efetiva. Havendo uma dissociação entre o dizer e o fazer.
2009	BDTD	Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	A política de humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e vivências	Rosana Lucia Alves de Vilar	Estratégia de Saúde da Família do Município de Natal, RN.	Português	-	Refletir sobre os marcos teóricos e organizativos norteadores da PNH e seus ecos na política municipal de saúde de Natal.	Profissionais, usuários e diretores das unidades.	Pesquisa qualitativa pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, entrevista e	Análise documental e na análise sociológica denominada de autografia	Dificuldades de comunicação, desavenças e falta de colaboração entre usuários e profissionais. Em uma cartilha realizada pelo município a humanização

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									<p>Analisar como se refletem no nível local esses marcos, tendo como referência o processo de trabalho da ESF.</p> <p>Conhecer visões e vivências dos agentes da humanização no cotidiano da ESF.</p> <p>Identificar os principais desafios da Política de Humanização na ESF.</p>		observações diretas do trabalho desenvolvido.	simbólica das representações sociais	<p>está diretamente relacionada a postura e atitude dos profissionais para com os usuários.</p> <p>Categorias: Acesso; fluxo dos usuários na unidade; acolhimento; ambiência; ações desenvolvidas e formas de gestão nas unidades de saúde.</p> <p>O acesso do atendimento (consulta): ocorre por meio do agendamento para os atendimentos programáticos (pré-natal, hipertensos), e para a demanda livre são distribuídos fichas. Existem demanda reprimida para médicos e</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>dentistas. Dificuldade de acesso a exames e consultas especializadas. Acolhimento: acreditam significar uma atitude acolhedora, que depende da decisão individual de cada um. Postura acolhedora é variável entre os profissionais. O setor de arquivo representa um nó crítico para o acolhimento existindo falta e falha nas informações. Em todas as unidades foi observado uma preocupação com o acolhimento. Acolhimento como dispositivo clínico. Ambiência: O</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>número de salas não atende as necessidades das equipes. Sala de espera com bancos insuficientes para os usuários. Existe fila durante a madrugada no espaço externo da unidade; falta de ambiente para reuniões de grupos.</p> <p>Mobiliário necessitando de manutenção, Equipamentos quebrados e falta de manutenção dos mesmos.</p> <p>Ambientes com pouca ventilação.</p> <p>As ações desenvolvidas são as atividades comuns de uma unidade de saúde (consulta médica, pré-natal, vacinação</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>curativos). Modelo de atenção de natureza curativa são dominantes. Forma de gestão: conselho gestor funciona sem regularidade; reuniões semanalmente. Enfermeiro apresenta um papel articulador na equipe. Trabalho em equipe com limitações. A direção das unidades são cargos de confiança. Humanização em vários aspectos: como atitude dos profissionais; organização dos serviços; deficiências na ambiência e condições de trabalho,</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													comunicação dos profissionais: tempo de espera para o atendimento. Dificuldade de acesso. Sobrecarga de trabalho. Significado de humanização ampliado. Incorporando um sentido político. Experiências humanizadoras: Rodas de conversas; peças teatrais; programa de educação sanitária; grupo de terapia familiar; grupo de danças.
Dissertações													
2005	BDTD	Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde	Universidade Católica de Goiás	Inovação e resistência na implantação do Processo de humanização na secretaria	Landia Fernandes De Paiva Soares	10 Unidades de Saúde da secretaria Municipal de Saúde de	Português		Conhecer a partir do enfoque Bioético, o profissional do sistema de saúde pública	Estudantes universitários. Profissionais da saúde.	Questionário com questões abertas e fechadas	Análise fatorial. Análise correlacional das variáveis.	Os dados são bastante claros em demonstrar que os participantes são a favor da humanização em saúde. A

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
				Municipal de saúde do município de Goiânia-GO, Sob as lentes da bioética.		Goiânia			envolvido no processo de humanização da assistência à saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, bem como de sua ação como protagonista deste processo.				carga horária trabalhada não influencia na humanização do serviço. Ter um segundo emprego e como este desempenha tal serviço não influencia na humanização do serviço público. Muitos profissionais tem uma segunda jornada de trabalho que é justificada pelo salário insuficiente recebido no serviço público. Baixa satisfação dos profissionais ao exercerem suas atividades. Existe uma saúde de qualificação dos trabalhadores.
2009	BDTD	Programa de Pós Graduação em saúde	Fundação Osvaldo	Humanização da condições de trabalho:	Rubia Maria Tavares Villar	Centro de Saúde e em uma	Português		Analisar os sentidos atribuídos pelos	Profissionais da equipe de trabalho.	Pesquisa de caráter explora-	Análise de conteúdo	Alguns profissionais não tinham qualquer

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
		da criança e da mulher	Cruz	Um dos pré-requisitos para a humanização da assistência		Policlínica ambos da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro.			profissionais de saúde ao conceito de humanização da assistência e a influência que as condições materiais do espaço de trabalho podem ter na humanização do atendimento que prestam aos usuários em dois serviços da rede SUS, no município do Rio de Janeiro.		tório de metodologia qualitativa com entrevista semi-estruturada		conhecimento sobre humanização da assistência. Os que conheciam consideravam uma questão distante, sem uma ligação direta com seu cotidiano de trabalho. Para a quase totalidade dos entrevistados, o termo humanização voltava-se, exclusivamente, para questões relacionadas ao usuário. Para os profissionais, um trabalho humanizado está relacionado à: 1- segurança dos profissionais e usuários (disponibilidade de recursos materiais adequados, insatisfação com as condições físicas da

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>unidade) 2- ao acolhimento dos profissionais e dos usuários na unidade de saúde, 3- ao respeito ao próximo, ao diálogo, ao trabalho em equipe, 4- à quantidade de atendimentos (volume de trabalho) o pouco tempo disponível para uma assistência mais qualificada pela grande demanda de atendimentos. Pequeno número de profissionais em relação à demanda. 5- a tomada conjunta de decisões (participação nas decisões), trabalho mais integrado. A baixa remuneração dos</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													<p>profissionais foi outro fator apontado como dificultador da humanização da assistência. Dificuldade de material, acesso a medicamentos ou mesmo conseguir realizar exames de maior complexidade. Não realizam a educação continuada. Fatores que facilitam a humanização: boa vontade; “zelo pelo trabalho”; realização de ações educativas para os usuários; aumento do número de profissionais mesmo que estagiários. Saúde de maior divulgação da PNH, implementação</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													de parcerias com as esferas municipal, estadual e federal. Importância dos gestores participarem mais ativamente dos problemas enfrentados no dia a dia por eles através da escuta. Saúde da valorização da qualidade do setor saúde no cenário das prioridades governamentais.
2009	BDTD	Instituto de Medicina Social.	Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba – Pr.	Giseli Botini Urbano	Duas unidades básicas de saúde do município de Paranaíba-PR.	Português		Observar a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário, e priorizando a escuta como requisito da	Sete técnicos de enfermagem e um agente administrativo.	Observação participante e entrevista semi-estruturada.	Abordagem etnográfica; análise de conteúdo	Não há agendamento de consultas; pacientes chegavam de madrugada para formar uma fila de atendimento. Pouca utilização da comunicação nos serviços. Sobrecarga de trabalho. A escuta qualificada não

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									integralidade.				ocorre. Assistência mecanizada; insensibilidade ao paciente. A organização das atividades das unidades estudadas devem ser repensada. A “escuta” praticada pela maioria dos profissionais é apenas a clínica.
2011	DEDALUS Global	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Universidade São Paulo	A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho.	Lucas Vinco de Oliveira Campos	Estratégia de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo	Português		Mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de ESF.	Profissionais de uma equipe de ESF de Ribeirão Preto, SP.	Metodologia qualitativa, Estudo de caso; observação participante	Cartografia.	Agentes comunitários de saúde se sentem descaracterizados da sua condição de agente de produção. Não há articulação ou interlocução entre os trabalhadores sobre as possíveis dificuldades inerentes ao trabalho. Não há responsabilização coletiva do trabalho como

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													um todo. Fragmentação e hierarquização do trabalho. Relações hierarquizadas/ disputas de quem tem mais poder. A gerencia no processo de trabalho aparece como quem define as normas. Cuidado biomédico fragmentado. Pontos discutidos: criatividade, a autonomia; responsabilização e trabalho em equipe.
Capítulos de Livros													
2007	Hucitec			Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)	Túlio Batista Franco; Wanderley Silva Bueno; Emerson Elias Merhy	Unidade Básica de saúde Rosa Capuche, no município de Betim	Português		Impactar os mecanismos de acesso e de explorar as possibilidades de novos desenhos micropolíticos no modo cotidiano de	Profissionais da equipe de saúde	Discussões entre os profissionais na UBS.	Relato de experiência.	Acolhimento parte dos seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; reorganizar o

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
									realização de certos modelos de atenção á saúde.				<p>processo de trabalho; qualificar a relação trabalhador-usuário. Implantação do acolhimento: as pessoa que estavam excluídas dos serviços, a maioria das pessoas buscavam uma consulta médica, trabalho centrado no indivíduo e no setor médico, alienação dos trabalhadores do seu processo de trabalho. O acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho. Com a implantação do acolhimento ouve um aumento extraordinário do atendimento</p>

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													na unidade. Houve alteração no rendimento dos profissionais. Discussões permanentes entre a equipe sobre o acolhimento. Capacitação da equipe. Utilização de protocolos, boa interação entre a equipe. Funcionamento dos grupos programáticos. Acolhimento como fator de mudança provocou a inversão do modelo assistencial. O primeiro enfrentamento foi o medo de encarar o novo. Alguns limites do acolhimento: dificuldade de adesão; agendamento como um nó

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													crítico; conciliação do trabalho da assistência com o trabalho extra-muros.
2008	Abrasco			Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	Karlla Assad da Silva; Neyla Duraes Fernandes; Mauro Cezar Silva Xavier	Unidade de saúde da família do Rio de Janeiro.	Português		Discutir a experiência de implantação do acolhimento em uma Unidade de saúde da família de um município do Rio de Janeiro	Agentes comunitários de saúde (ACS) e os não- ACS (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de saúde bucal)	Metodologia da roda e grupo focal	Relato de experiência	Acolhimento deve ser realizado por todos os profissionais da equipe. Investimentos em grupo de estudos e educação permanente. Estruturação da rede de referência e contra-referência. Desenvolver práticas de auto-análise e auto-avaliação pelos próprios trabalhadores. Incorporar o acolhimento como tecnologia leve da caixa de ferramenta, e uma questão de campo de competência e

Ano	Base de Dados	Periódico	Vol. Num.	Título	Autores	Local	Idioma	Qualis	Objetivo	Universo Empírico	Coleta de dados	Análise de Dados	Principais Resultados
													responsabilidades de todos os trabalhadores de saúde. Acolhimento como campo transversal, que propõe que o trabalhador ultrapasse instituídos, rompendo regras e normas, criando caminhos e soluções.

Foram identificadas inicialmente 4.127 publicações sobre o tema. Destes, 40 estavam adequados aos critérios de inclusão e obtiveram nota satisfatória no teste de avaliação, os demais estudos não preencheram os critérios pelos seguintes motivos: não abordavam o tema de interesse, não foram realizados na atenção básica, estudos teóricos, insuficiente descrição dos métodos utilizados, metodologia inadequada, ano de publicação anterior ao período selecionado para o estudo e avaliação obtida através do JABI QUARI inferior a nota seis.

Integraram a amostra desse estudo, 32 artigos, 2 teses, 4 dissertações e 2 capítulos de livros, totalizando 40 publicações (QUADRO 5). Não foram encontrados nas buscas estudos publicados em língua inglesa e espanhola sobre as práticas de humanização do SUS, somente em português. Alguns artigos encontrados em inglês já haviam sido recuperados em português. Pelo fato da humanização ser uma política Brasileira, as publicações referentes a esse tema tendem a ficar limitadas as revistas nacionais, já que estas demonstram um interesse maior em pesquisas dessa natureza.

Quanto aos critérios de avaliação da qualidade aplicados nos 40 estudos, sete estudos obtiveram nota sete; onze estudos obtiveram nota oito e vinte e dois estudos obtiveram nota nove (TABELA 4).

Nota-se que a maioria dos estudos foram publicados a partir de 2006 (QUADRO 5), esse fato deve-se ao investimento realizado em processos de formação de apoiadores institucionais da PNH, o que provocou um número maior de pesquisada nessa área (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011).

Quadro- 5 Descrição dos estudos selecionados

(Continua)

Ano	Título do estudo	Autores	Tipo de Publicação
2003	Humanização no Programa de Saúde da Família.	Chaves EC, Martines WRV.	Artigo
2003	Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.	Ramos DD, Lima MADS.	Artigo
2004	Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família.	Schimith MD, Lima MADS.	Artigo
2004	Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à saúde.	Silveira MFA, Felix LG, Araújo DVd, Silva IC.	Artigo
2004	O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.	Ayres JRCM.	Artigo
2004	Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família.	Fracolli LA, Zoboli ELCP.	Artigo
2005	Inovação e resistência na implantação do Processo de humanização na secretaria municipal de saúde do município de Goiânia-GO, sob as lentes da bioética.	Soares LFP.	Dissertação
2006	Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde.	Silveira MGG, Baldacci ER.	Artigo

(Continua)

2006	A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família.	Scholze AS, et.al.	Artigo
2007	Acesso e acolhimento em Unidades de Saúde na visão dos usuários.	Lima MADS, et.al.	Artigo
2007	Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em Unidade Básica de Saúde de Campinas São Paulo, Brasil.	Takemoto MLS, Silva EM.	Artigo
2007	Acolhimento: uma experiência em pesquisa- ação na mudança do processo de trabalho em saúde	Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC.	Artigo
2007	A representação social do cuidado no Programa de Saúde da Família na cidade de Natal.	Rodrigues MP.	Tese
2007	O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG).	Franco TB, Bueno WS, Merhy EE.	Capítulo de livro
2008	Acesso e acolhimento na Atenção Básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais da saúde.	Souza ECF, et.al.	Artigo
2008	Os processos de formação na Política Nacional de Humanização a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.	Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB.	Artigo
2008	Assistência de saúde humanizada: conquistas e desafios em Campina Grande-PB.	França ISX, Marinho DDT, Baptista RS.	Artigo
2008	Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis.	Nascimento PTA, Tesser CD, Neto PP.	Artigo
2008	O acolhimento sob a ótica de profissionais da Equipe de Saúde da Família.	Freire LAM, et.al.	Artigo
2008	Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro	Silva KA, Fernandes ND, Xavier MCS.	Capítulo de livro
2009	Os processos de formação na política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde.	Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB.	Artigo
2009	Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	Trad LAB, Esperidião MA.	Artigo
2009	Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município.	Beck CLC, et.al.	Artigo
2009	Formação do vínculo na implantação do Programa de Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde.	Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS.	Artigo
2009	O acesso por meio do acolhimento na atenção básica.	Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME	Artigo
2009	Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem usuário no contexto do Programa Saúde da Família.	Eulálio MC, Santos ERF, Albuquerque TP.	Artigo
2009	Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde.	Matumoto S, et al.	Artigo
2009	A arte de acolher através da visita da alegria.	Pekelman R, et.al.	Artigo
2009	A Política de Humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e vivências	Vilar RLA.	Tese
2009	Humanização das condições de trabalho: Um dos pré-requisitos para a humanização da assistência.	Villar RMT.	Dissertação
2009	Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba-Pr.	Urbano GB.	Dissertação
2009	Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo	Coelho MO, Jorge MSB.	Artigo
2010	Sentidos e Práticas da Humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do nordeste.	Trad LAB, Esperidião MA.	Artigo

2010	A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções dos familiares.	Cruz MM, Bourget MMM.	Artigo
2010	A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de Saúde da Família de um município do interior paulista, Brasil.	Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY.	Artigo
2010	Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.	Brehmer LCF, Verdi M.	Artigo
2010	O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem.	Santos EV, Soares NV.	Artigo
2011	Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde.	Trad LAB, Rocha AARM.	Artigo
2011	A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família.	Pinheiro PM, Oliveira LC.	Artigo
2011	A visão de moral dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e a humanização.	Junges JR, et al.	Artigo
2011	A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a humanização nos processos de trabalho.	Campos LVO.	Dissertação

Os estudos investigados foram realizados principalmente com profissionais da área da saúde (CAMPOS, 2011; CHAVES e MARTINES, 2003; EULÁLIO, SANTOS e ALBUQUERQUE, 2009; FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; FRANCO, BUENO e MERHY, 2007; FREIRE et al., 2008; JUNGES et. al., 2011; MARIN, STORNILOLO e MORAVCIK, 2010; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; RODRIGUES, 2007; SANTOS e SOARES, 2010; SCHOLZE et. al., 2006; SILVA, FERNANDES e XAVIER, 2008; SILVEIRA et. al., 2006; TAKEMOTO e SILVA, 2007; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010; TRAD e ROCHA, 2011; URBANO, 2009; VILLAR, 2009) usuários (COELHO e JORGE, 2009; CRUZ e BOURGET, 2010; LIMA et al., 2007; PEKELMAN et al., 2009; RAMOS e LIMA, 2003; SILVEIRA e BALDACCI, 2006), ou ambos, (AYRES, 2004; BECK et al., 2009; COELHO e JORGE, 2009; FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009; NASCIMENTO, TESSER e NETO, 2008; SCHIMITH e LIMA, 2004; SILVA, FERNANDES e XAVIER, 2008; SOUZA et. al., 2008). Em menor quantidade foram pesquisados os trabalhadores, usuários e gestores das unidades de saúde (BREHMER e VERDI, 2010; TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; VILAR, 2009; VILLAR, 2009), só evidenciou-se um estudo que teve como universo empírico os gestores e trabalhadores (GUEDES, PITOMBO e BARROS, 2009), estudantes e profissionais (SOARES, 2005) e os estudantes, profissionais e usuários (ANDRADE, FRANCO e FERREIRA, 2007).

Quanto às regiões onde foram desenvolvidos os estudos da metassíntese, a maioria concentraram-se na região Nordeste e Sudeste, seguidos pela Região Sul. Somente um estudo

foi realizado na região Centro-Oeste do País, e um estudo não identificou o local onde foi realizado (Quadro 6).

Quadro 6- Regiões onde foram realizados os estudos

Regiões	Estudos
Nordeste	Silveira MFA, Felix LG, Araújo DVd, Silva IC.; Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC.; Rodrigues MP.; Souza ECF, et.al.; França ISX, Marinho DDT, Baptista RS.; Trad LAB, Esperidião MA.; Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS.; Coelho MO, Jorge MSB, Araújo ME; Eulálio MC, Santos ERF, Albuquerque TP.; Vilar RLA.; Trad LAB, Esperidião MA.; Trad LAB, Rocha AARM.; Pinheiro PM, Oliveira LC.; Campos LVO.
Sudeste	Chaves EC, Martines WRV.; Fracolli LA, Zoboli ELCP.; Silveira MGG, Baldacci ER.; Takemoto MLS, Silva EM.; Franco TB, Bueno WS, Merhy EE.; Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB.; Silva KA, Fernandes ND, Xavier MCS; Matumoto S, et al.; Villar RMT.; Cruz MM, Bourget MMM.; Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY.; Campos LVO.; Freire LAM, et.al.
Sul	Ramos DD, Lima MADS; Schimith MD, Lima MADS.; Lima MADS, et.al; Scholze AS, et.al.; Nascimento PTA, Tesser CD, Neto PP.; Beck CLC, et.al.; Pekelman R, et.al.; Brehmer LCF, Verdi M.; Santos EV, Soares NV.; Junges JR, et al.; Urbano GB.
Centro- Oeste	Soares LFP.

No que refere-se aos procedimentos utilizados, os estudos utilizaram entrevistas semi-estruturadas (BREHMER e VERDI, 2010; CRUZ e BOURGET, 2010; FREIRE et al., 2008; MARIN, STORNILOLO e MORAVCIK, 2010; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009; SILVEIRA et al., 2006; VILLAR, 2009), Questionário (BECK et al., 2009; CHAVES e MARTINES, 2003; FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008; SANTOS e SOARES, 2010; SILVEIRA e BALDACCI, 2006; SOARES, 2005), grupo focal (JUNGES et al., 2011; SILVA, FERNANDES e XAVIER, 2008; SOUZA et al., 2008), oficinas (SILVEIRA et al., 2004), discussões em grupos (FRANCO, BUENO E MERHY, 2007), também verificou-se a utilização de métodos combinadas como: entrevista e fontes documentais (SCHIMITH E LIMA, 2004), entrevista e observação participante (ANDRADE, FRANCO e FERREIRA, 2007; FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; MATUMOTO et al., 2009; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; RAMOS e LIMA, 2003; TAKEMOTO e SILVA, 2007; URBANO, 2009) e questionário e grupo focal (TRAD E ESPERIDIÃO, 2009; 2010; TRAD E ROCHA, 2011).

Quanto à metodologia de análise empregada, a maior predominância foi da análise de conteúdo (BREHMER e VERDI, 2010; COELHO e JORGE, 2009; EULÁLIO, SANTOS e ALBUQUERQUE, 2009; FREIRE et al., 2008; MATUMOTO et al., 2009; NASCIMENTO,

TESSER e NETO, 2008; RAMOS e LIMA, 2003; TAKEMOTO e SILVA, 2007; TRAD e ESPERIDIÃO, 2009; TRAD e ROCHA, 2011; VILLAR, 2009), seguido da análise temática (BECK et al., 2009; BREHMER e VERDI, 2010; FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008; SANTOS e SOARES, 2010; SOUZA et al., 2008). Outras estratégias como análise descritiva (SILVEIRA e BALDACCI, 2006), análise do discurso (JUNGES et al., 2011; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009), hermenêutica dialética e etnografia foram utilizadas em menor quantidade (MARIN, STORNILO E MORAVCIK, 2010; SILVEIRA ET AL., 2004).

Após exaustiva leitura das publicações, foi saúde observar certa uniformidade nos achados dos estudos. No entanto, não pode-se deixar de evidenciar a singularidade de cada pesquisa realizada. Observaram-se os seguintes temas centrais: acolhimento, vínculo, diálogo, respeito, autonomia, gestão dos serviços, acesso aos serviços de saúde, demanda espontânea, infra-estrutura, educação permanente, sobrecarga de trabalho, processo de trabalho e trabalho em equipe.

Os temas centrais foram analisados e descritos nas seguintes taxonomias: Estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde, Processo de trabalho e Tecnologias das relações. Também foram realizadas nessa etapa, comparações objetivas constantes visando identificar semelhanças e diferenças entre os estudos.

5.1 Organização e Infra-estrutura dos serviços básicos de saúde

Nesta categoria apresentam-se os aspectos da organização e infra-estrutura dos serviços presentes na atenção básica as quais interferem direta ou indiretamente na humanização da assistência nos serviços.

Os aspectos relacionados a infra-estrutura aparecem na metassíntese como um conteúdo recorrente em diferentes estudos, evidenciando a precariedade das instalações nas unidades de saúde (BREHMER e VERDI, 2010; TRAD e ROCHA, 2011; LIMA et al., 2007; MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; SANTOS e SOARES, 2010; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010). São problemas relacionados ao tamanho ou disposição das salas, cadeiras desconfortáveis ou em número reduzido para acomodar a todos, pouca ventilação e problemas na conservação da estrutura física (GUEDES, PITOMBO e BARROS, 2009; VILAR, 2009).

De acordo com as autoras Fracolli e Zoboli (2004) para que um atendimento humanizado possa ser realizado é fundamental que exista um ambiente físico que seja

adequado ao atendimento clínico que é realizado, ou seja, salas com macas, aparelhos para diagnóstico, cadeiras confortáveis entre outros materiais.

Os estudos apontam que existem serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem nem mesmo de uma sala de espera (RAMOS e LIMA, 2003). Nesta mesma perspectiva um estudo realizado por Lima et. al. (2007) apresenta o descontentamento dos usuários com o espaço físico, considerado pequeno para a demanda, tornando a espera por atendimento desconfortável.

A metassíntese apontou que uma estrutura física inadequada e a carência de materiais podem ser considerados fatores que dificultam a realização de um cuidado humanizado. Estudos da afirmam (BECK et al., 2009; MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; FREIRE et al., 2008; SILVEIRA et al., 2004; TRAD e ROCHA, 2011; VILAR, 2009) que problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários. A falta de espaço físico leva a falta de privacidade na conversa com o usuário, a qual normalmente ocorre em filas no momento do atendimento (FREIRE et al., 2008).

Estudos sugerem que um ambiente físico humanizado está relacionado a aspectos como tranquilidade, boa ventilação e proximidade com elementos da natureza (TRAD e ROCHA, 2011). Um ambiente agradável pode interferir na saúde do usuário, o qual muitas vezes procura a unidade de saúde em busca de reduzir o estresse presente em seu ambiente familiar ou meio social (COELHO, JORGE e ARAÚJO, 2009).

Outra questão recorrente nas publicações selecionadas refere-se à identificação/sinalização dos setores das unidades através da utilização de placas indicativas (COELHO e JORGE, 2009; FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008). A utilização de tecnologia dura nos serviços de saúde se faz necessária, através de placas, cartazes, painéis, informativos entre outros, uma unidade de saúde com boa sinalização facilita a localização espacial do usuário, favorecendo a acessibilidade (MATUMOTO et al., 2009; SILVEIRA e BALDACCI, 2006).

Um aspecto relacionado com a organização dos serviços de saúde detectados nos estudos revisados refere-se à insuficiência de equipamentos e recursos materiais o que interfere na continuidade do atendimento gerando condições de trabalho desfavoráveis (MARIN, STORNILO E MORAVCIK, 2010; RODRIGUES, 2007; SOUZA, et al., 2008; VILAR, 2009; VILLAR, 2009). Um dos estudos revisados relatava o caso da odontologia, onde a falta de material adequado dificulta a realização de procedimentos mais complexos,

comprometendo a qualidade do atendimento realizado (TRAD e ROCHA, 2011). Outros estudos também apontam que não existe serviço eficiente de manutenção e conservação dos equipamentos nas unidades de saúde (VILAR, 2009).

O acesso aos serviços de saúde relatados nos estudos é uma das primeiras etapas a ser vencida pelos usuários quando estes buscam atendimento nas unidades de saúde. Dessa forma, o acesso aos serviços é uma condição imprescindível para o alcance da humanização na assistência, visto que os usuários precisam ter suas necessidades satisfeitas (RODRIGUES, 2007).

Na maioria dos estudos pode-se evidenciar que o acesso ocorre através do agendamento para alguns tipos de atendimentos programáticos (hipertensos, diabéticos, gestantes entre outros grupos de risco) e com a relação à demanda espontânea são distribuídas fichas diárias (VILAR, 2009; SILVEIRA e BALDACCI, 2006; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010).

A metassíntese apontou que o mecanismo de agendamento prévio de consultas é um instrumento que permite humanizar a assistência, favorecendo o acesso permitindo priorizar casos de risco ou grupos específicos, proporcionando mudanças no modelo exclusivo de pronto atendimento (RAMOS E LIMA, 2003; SOUZA et. al., 2008).

Nos estudos investigados foi possível evidenciar que o critério de territorialização pode ser visto como um elemento para a reorganização e priorização dos moradores da área de abrangência dos serviços, favorecendo uma assistência mais humanizada, pelo estímulo a continuidade do atendimento (RAMOS e LIMA, 2003). A Estratégia de Saúde da Família nesse contexto dispõe de algumas orientações organizativas que reforçam a territorialização e o acompanhamento de prioridades programáticas (VILAR, 2009).

Nesse sentido, as equipes de saúde referem dificuldades em resolver os problemas de acesso, observadas pelas filas para consultas, disputa na distribuição de um número reduzido de fichas ou agenda médica lotada (LIMA et al., 2007; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; SOUZA et al., 2008; TRAD e ROCHA, 2011). Pode-se notar um grande número de relatos que evidenciaram a insatisfação quanto à espera em filas, associando essa espera a uma situação desumana (FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008; LIMA et al., 2007; RAMOS e LIMA, 2003; SCHIMITH e LIMA, 2004; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010).

Vale ressaltar que as filas são devido a um desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda por atendimento. As dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde se devem a grande demanda, predominantemente espontânea, causando sofrimento aos profissionais e usuários. (LIMA et al., 2007; MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; PINHEIRO e

OLIVEIRA, 2011; SILVEIRA et al., 2004; SOUZA et al., 2008; TAKEMOTO e SILVA, 2007).

Outro obstáculo apontado pelos estudos, na direção de um cuidado humanizado foi a ausência de um sistema efetivo de referência e contra-referência aos demais níveis de assistência (MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; TRAD e ROCHA, 2011; COELHO e JORGE, 2009; GUEDES, PITOMBO e BARROS, 2009). Principalmente no que se refere a exames e/ou consultas especializadas (RODRIGUES, 2007; SCHIMITH e LIMA, 2004; SILVEIRA e BALDACCI, 2006; SOUZA et al., 2008; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010). Merece destaque o estudo realizado por Lima et al. (2007) onde os usuários mostraram-se satisfeitos com a marcação de exames e com o sistema de referência e contra-referência, o que incluiu encaminhamento a especialidades médicas e a realização de cirurgias.

Uma questão recorrente nos estudos é a dificuldade de obtenção de medicamentos mediante a apresentação de prescrição médica, em alguns casos foi relatado à falta de medicamentos na farmácia básica (LIMA et al., 2007; SCHIMITH e LIMA, 2004; SOUZA et al., 2008; VILAR, 2009). A falta de medicamentos impossibilita a continuidade do atendimento e os profissionais ficam insatisfeitos com tais condições de trabalho (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Diante de tais considerações, pode-se apontar como um ponto consensual nas publicações analisadas, que as fragilidades na infra-estrutura e diferentes limitações associadas com a organização dos serviços de saúde contribuem para a desumanização do trabalho e do cuidado em saúde. Dessa forma, os elementos da organização dos serviços de saúde são fatores de grande importância para a saúde no Brasil, geradores de facilidades e/ou dificuldades no atendimento a saúde.

5.2 Processo de trabalho

Nessa categoria apresenta-se os achados sobre o processo de trabalho realizado na atenção básica à saúde. O que une os achados nessa categoria são os elementos relacionados a organização dos processos de trabalho, a interação das equipes, mecanismos de participação e planejamentos do processo de trabalho.

Os profissionais que atuam na atenção básica necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade produzindo ações humanizadas e tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Uma questão recorrente nos estudos se refere à prática nos serviços de saúde, a qual é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, proporcionando a perpetuação do modelo assistencial, centrado na atenção curativa e focado na queixa (CAMPOS, 2011; MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; TRAD e ROCHA, 2011; URBANO, 2009; VILAR, 2009).

Nesta mesma direção, estudos apontam a ideologia de que as consultas médicas resolverão os problemas de saúde dos usuários, onde se evidencia o modelo queixa-conduta, tendo o médico como figura responsável pela saúde do usuário. (COELHO e JORGE, 2009; TAKEMOTO e SILVA, 2007). A proposta da humanização visa através do acolhimento inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, visando reorganizar o processo de trabalho de forma que esse desloque seu eixo central do médico para uma equipe interprofissional (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; FRANCO, BUENO e MERHY, 2007; COELHO e JORGE, 2009).

Autores relatam que as práticas dos profissionais são centradas na doença e em procedimentos técnicos, evidenciando-se um modelo curativista (onde o indivíduo é visto como um objeto, desprovido de autonomia, tendo seu contexto familiar/ social ignorado) (CRUZ e BOURGET, 2010). Isto se contrapõe ao modelo proposto pela Humanização, que visa superar o cuidado individualizado, focado na doença ao buscar construir práticas que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e dos coletivos (MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010).

Ficou evidente nas publicações que no âmbito dos recursos humanos, um limite apontado foi o número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde, dificultando o acesso aos serviços e o acolhimento aos usuários (MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009; NASCIMENTO, TESSER e NETO, 2008; RAMOS e LIMA, 2003; SILVEIRA et al., 2004; SOUZA e MENDES, 2009; VILAR, 2009). O problema da insuficiência de médicos principalmente vem comprometendo significativamente a manutenção e a ampliação da ESF no país (VILAR, 2009).

Com um número reduzido de profissionais atuando nas equipes de saúde e com uma demanda expressiva de atendimentos, ocorre uma sobrecarga de trabalho, comprometendo a agenda de atividades grupais intra-equipe e com os usuários (SOUZA e MENDES, 2009) (ANDRADE, FRANCO e FERREIRA, 2007; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; VILAR, 2009). Este fato reflete na incapacidade do profissional atender todos os usuários e cumprir com todas as exigências do Sistema de Saúde, tornando o profissional insatisfeito com o serviço (BREHMER e VERDI, 2010).

Outro aspecto do processo de trabalho que merece destaque se refere à baixa remuneração dos profissionais da saúde, sendo este apontado como fator dificultador da humanização da assistência. Nesse contexto, os profissionais se veem obrigados a trabalhar em outros serviços para complementação da sua renda, que é insuficiente para as suas necessidades (GUEDES, PITOMBO e BARROS, 2009; VILLAR, 2009).

Um tema também abordado nos estudos refere-se à construção de uma prática interdisciplinar, baseada em um trabalho em equipe com a definição de papéis e atribuições de cada profissional (CHAVES e MARTINES, 2003; TRAD e ROCHA, 2011). O trabalho em equipe pode ser entendido através de uma interrelação de pessoas, onde o conhecimento, sentimentos e saberes se processam no cotidiano das práticas de saúde, buscando a satisfação das necessidades tanto de usuários como dos profissionais (CAMPOS, 2011).

Estudo de Villar (2009) aponta para a busca por um trabalho em saúde mais integrado com os outros membros da equipe e serviços, apontando para o desejo de uma relação mais prazerosa na rotina das unidades. Nesse sentido, a humanização visa uma gestão participativa onde todos, independente de seus cargos possam intervir através da reflexão sobre os processos de trabalho e apropriar-se desse processo, podendo contribuir para novas formas de produção de cuidado (PEKELMAN et al., 2009).

Trad e Esperidião (2009) referem que um dos fortes empecilhos a uma maior participação da sociedade, seja em atividades ligadas ao cuidado em saúde, planejamento ou avaliação, consiste na dificuldade de os profissionais valorizarem o saber popular. Autores apontam que as práticas alternativas e o saber popular não podem ser ignorados, muito pelo contrário devem ser reconhecidas e valorizadas (VILAR, 2009).

Na metassíntese foi possível perceber a escassez de momentos coletivos de discussões e reflexões, o que compromete a integração da equipe, a avaliação das ações em saúde e o planejamento dos serviços. Trad e Rocha (2011) e Vilar (2009) apontaram uma periodicidade irregular das reuniões em equipe (semanal, quinzenal ou mensal) já em outro estudo as reuniões de equipe não ocorriam (JUNGES et al., 2011). Nesse sentido, o trabalho em equipe visa estimular práticas de atenção compartilhadas, fortalecendo o compromisso com o usuário e o seu coletivo, ampliando a co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de produção de saúde (TRAD e ESPERIDIÃO, 2010).

Na mesma direção, a responsabilidade para com as necessidades de saúde do usuário se constitui em um dos elementos essenciais para a humanização do cuidado, proporcionando um sentimento de confiança em relação ao profissional que presta assistência (LIMA et al., 2007). O profissional busca responsabilizar-se com o conjunto do trabalho a ser desenvolvido,

buscando a cooperação entre seus membros, tentando solucionar os problemas presentes no cotidiano do trabalho (MATUMOTO et al., 2009). Um estudo demonstrou que o processo de corresponsabilidade no escopo da atenção e da gestão é bastante incipiente na atenção básica (TRAD e ESPERIDIÃO, 2009).

No que se refere ao processo de trabalho algumas publicações evidenciaram um novo perfil de profissionais, mais sensível para perceber as reais necessidades da população, produzindo uma atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica de forma resolutiva para os usuários e sociedade (SILVEIRA et al., 2004). Em contraposição, outro estudo apontou para a falta de perfil de alguns profissionais como um elemento dificultador de uma atenção humanizada (MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010b).

No que se refere à falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, alguns estudos consideram que são necessários investimentos na educação permanente em saúde (FRANÇA, MARINHO e BAPTISTA, 2008; MARIN, STORNILO e MORAVCIK, 2010; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009; RODRIGUES, 2007; SILVA, FERNANDES e XAVIER, 2008; SILVEIRA e BALDACCI, 2006; VILAR, 2009; VILLAR, 2009). A educação Permanente em saúde pode ser considerada uma estratégia para aprendizagem coletiva a partir das práticas e do trabalho cotidiano realizado, possibilitando a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS (RODRIGUES, 2007).

Dessa forma, a educação permanente em saúde apresenta-se como uma possibilidade de estimular discussões, trocas de experiências, de saberes, visando a incorporação de conhecimentos e ações integralizadoras, buscando romper com a fragmentação das práticas em saúde.

5.3 Tecnologias das relações

Nesta categoria sintetizou-se fatores relacionados a tecnologias de conversas e as tecnologias leves e como essas são realizadas nos serviços da atenção básica com vistas a humanizar a assistência.

No contexto da atenção básica a saúde as tecnologias leves desempenham um papel fundamental que transversaliza todos os outros tipos de tecnologias (JUNGES et al., 2011). É na dimensão das tecnologias leves que se operam as interações humanas no trabalho em ato, essas tecnologias devem ser permeáveis à mudança, ao novo e a reconstrução (AYRES, 2004).

Pode-se afirmar que a atenção básica trabalha com tecnologias leves como: o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, a escuta, o respeito e o diálogo entre outros, os quais não são ainda incorporados de forma efetiva, havendo uma dissociação entre o dizer e o fazer (RODRIGUES, 2007). Como o trabalho em saúde é essencialmente relacional as tecnologias são essenciais para a humanização no processo de trabalho da atenção básica (VILAR, 2009).

Estudos apontam que o acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde que tem contribuído muito para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito (PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; BREHMER e VERDI, 2010). O acolhimento é uma ferramenta que vem sendo estudada como uma prática essencial à qualificação e à humanização da atenção a saúde, também é considerada uma diretriz da PNH de grande importância para mudanças no acesso e no modo de como o usuário é recebido no sistema de saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; VILAR, 2009).

Em contraposição, um estudo relatou que o acolhimento se apresentou como um modelo clínico-biomédico, onde o atendimento baseia-se no modelo queixa conduta e como uma forma de triagem (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

O acolhimento pode ser considerado uma estratégia, mecanismo ou instrumento utilizado pelas equipes de saúde para humanizar as relações entre os serviços, profissionais e usuários (FREIRE et al., 2008). Alguns estudos apontam que o acolhimento necessita ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, onde se faça presente à possibilidade de escuta do outro, pode ser realizado em atividades como visitas domiciliares, em ações na comunidade, na recepção e no atendimento ao usuário entre outras situações (SCHOLZE et al., 2006; SILVA, FERNANDES e XAVIER, 2008; FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; FREIRE et al., 2008; SCHIMITH e LIMA, 2004; URBANO, 2009).

A metassíntese apontou que o acolhimento o propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador, usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (FRANCO, BUENO e MERHY, 2007).

O acolhimento nos estudos pode ser identificado como dispositivo que funciona para viabilizar uma análise crítica do fluxo de entrada nas unidades de saúde, revelando seu

processo de trabalho e servindo para a mudança do modelo atual (ANDRADE, FRANCO e FERREIRA, 2007). Do mesmo modo, é considerado uma forma de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional (ANDRADE, FRANCO e FERREIRA, 2007).

Vale ressaltar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim um processo, resultado das práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores e usuários, constituindo-se em um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do atendimento, envolvendo posturas e concepções adotadas pelo profissional na identificação das demandas e necessidades dos usuários (MATUMOTO et al., 2009). Nesse sentido, o acolhimento não pode ser confundido com triagem, recepção ou mesmo como um pronto-atendimento, pois o acolhimento não se constitui como etapa do processo, mas como ação que pode ocorrer em todos os locais e momentos dos serviços em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro (AYRES, 2004).

Identificou-se nos estudos que na atenção básica utilizam-se principalmente as tecnologias de conversa, como o acolhimento dialogado, ou seja, uma técnica de conversa que ajuda a interpretar as necessidades do usuário a fim de satisfazê-lo (BREHMER e VERDI, 2010; JUNGES et al., 2011; TEIXEIRA, 2005).

Esse espaço criado com o acolhimento dialogado visa conceber a ação em saúde em uma perspectiva mais humana, evitando sua interpretação exclusivamente tecnicista, permitindo que o profissional compreenda as necessidades reais de cada usuário, pois este relata seu modo de viver a vida, assim como as dificuldades vivenciadas no seu dia a dia (JUNGES et al., 2011).

Nessa perspectiva, a comunicação se constitui como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando-se imprescindível o diálogo entre os sujeitos, proporcionando trocas de saberes, a explicitação de opiniões, críticas e sentimentos sobre os serviços prestados, além de socializar informações educativas e organizacionais (VILAR, 2009). Para que aconteça um bom diálogo, é necessário uma escuta atenta, procurando detalhes que possam estar ocultos nas falas, além do acolhimento e vínculo que são atributos fundamentais para uma assistência integral (URBANO, 2009).

Nessa perspectiva, estudos apontam que a comunicação se constitui como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando-se imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada (CRUZ e BOURGET, 2010; FREIRE et al., 2008; VILAR, 2009; FRACOLLI e ZOBOLI, 2004; SILVEIRA e BALDACCI, 2006;

URBANO, 2009). De acordo com Cruz e Bourget (2010), essa escuta oferece espaço para o diálogo, estabelecimento de vínculo e de laços de confiança, aspectos fundamentais à mudança das práticas em saúde.

Assim como o acolhimento, o vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização, frequentemente encontrada nas publicações, sendo saúde evidenciar que não existe criação de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja (URBANO, 2009; MONTEIRO, FIGUEIREDO e MACHADO, 2009). Segundo estudo (SCHIMITH e LIMA, 2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a resolutividade das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o atendimento. Nesse contexto, é fundamental que o acolhimento e o vínculo sejam entendidos como um projeto de toda a equipe e entre a equipe, a fim de que se concretize no trabalho vivo em ato.

Nesta perspectiva, cabe ressaltar que uma prática de destaque na atenção básica tem sido as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, favorecendo a construção de relações de amizade e confiança baseada no vínculo (CRUZ e BOURGET, 2010; PEKELMAN et al., 2009; PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011; TRAD e ESPERIDIÃO, 2010; VILAR, 2009).

Algumas características humanas básicas como: ouvir, dar atenção, envolver-se, tocar e compartilhar não podem ser substituídas por tecnologias duras, esses elementos são essenciais para uma boa relação profissional e usuário (EULÁLIO, SANTOS e ALBUQUERQUE, 2009).

Acredita-se que só é possível transformar o processo de produção de saúde se nos centrarmos no usuário. Dessa forma, tecnologias leves como o acolhimento e o vínculo se constituem como instrumentos fundamentais para a transformação das práticas de saúde (PINHEIRO e OLIVEIRA, 2011). Vale ressaltar a saúde de continuar investindo esforços na implementação de tecnologias leves nas unidades de saúde de todo o Brasil

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que esta metassíntese pode ser considerada uma ferramenta fundamental para conhecer as lacunas do conhecimento no campo da humanização, pois realizou-se uma ampla busca nas publicações, sendo saúde fundamental a prática nos serviços, visando à melhoria do cuidado nos serviços de saúde.

Desenhar um estudo na perspectiva da metassíntese qualitativa representou uma tarefa desafiadora, mas ao mesmo tempo atraente, principalmente pela necessidade de leituras para aprender o método, até então desconhecido para mim. Espera-se através esse trabalho contribuir para a disseminação desse método no meio acadêmico.

O exercício da metodologia proposta mostrou que esta é uma intensa empreitada, a qual exige do pesquisador tempo e dedicação. A experiência do pesquisador com pesquisa bibliográfica pode facilitar a realização de pesquisas dessa natureza, pois é fundamental desenvolver habilidades na busca em bases de dados eletrônicas, na seleção dos artigos, na interpretação dos estudos, na construção e integração dos resultados.

Esse estudo apontou evidência de que as práticas de humanização ainda são insipientes na atenção básica, e são insipientes por questões relativas à organização e infra-estrutura dos serviços, questões relacionadas ao processo de trabalho e as tecnologias das relações as quais nos pareceram ser pouco efetivas na prática. No artigo busca-se ampliar as discussões a partir dos princípios propostos pela PNH.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Cristina Setenta; FRANCO, Túlio Batista; FERREIRA, Vitória Solange Coelho. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v. 10, n. 2, p. 106-115, 2007.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-26, 2004.
- BARROSO, Julie et al. The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. **West J Nurs Res**, v. 25, n. 2, p. 153-78, 2003.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé et al. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. **Saúde Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 1, p. 54-61, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Brasil, **Conferência Nacional de Saúde**. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p.381-89, 1987.
- _____. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde: 60 p. 2001.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988**. 31. São Paulo: Saraiva, 2003.
- _____. **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: 20 p. 2004.
- _____. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde: 72p. 2008.
- BREHMER, Laura Cavalcanti Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15 supl.3, p. 3569-78, 2010.
- CAMPOS, Lucas Vinco Oliveira. **A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho**. 132 f. Dissertação-Programa de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2011. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29082011-145703/pt-br.php>>.Acesso em: 15 set. 2011.
- CHAVES, Eliane Corrêa; MARTINES, Wânia Regina Veiga. Humanização no Programa de Saúde da Família. **O mundo da saúde**, v. 27, n. 2, p. 274-79, 2003.
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl. I, p. 1523-31, 2009.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAÚJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana**, v. 33, n. 3, p. 440-52, 2009.

CRUZ, Mariene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 605-13, 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 7-14, 2004.

EULÁLIO, Maria do Carmo; SANTOS, Ellis Regina Ferreira; ALBUQUERQUE, Tiago Paz. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem- usuário no contexto do Programa de saúde da Família. **Saúde Gaúcha Enferm**, v. 30, n. 4, p. 708-15, 2009.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier; MARINHO, Débora Daniele Tertuliano; BAPTISTA, Rosilene Santos. Assistência de Saúde Humanizada: Conquistas e Desafios em Campina Grande - PB. **Saúde. Rene. Fortaleza**, v. 9, n. 4, p. 15-23, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim MG. In: MERHY, E. E.; JUNIOR, H. M., et al. (org.). **Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano** HUCITEC, 2007.

FREIRE, Laís Aparecida Melo et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da Equipe de Saúde da Família. **REME- Saúde. Min. Enferm**, v. 12, n. 2, p. 271-77, 2008.

GUEDES, Carla Ribeiro; PITOMBO, Luciana Bettini; BARROS, Maria Elizabeth Barros. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 1087-1109, 2009.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabethh. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 493-502, 2009

JBI. **Joanna Briggs Institute, Reviewers' Manual: 2011 Edition**. Austrália: Joanna Briggs Institute and The University Adelaide, 2011.

JUNGES, José Roque et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 15, n. 38, p. 755-62, 2011.

LIMA, MARIA ALICE DIAS SILVA et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários**. v.20, n.1 p. 12-17, 2007.

MARIN, Maria José Sanches; STORNILO, Luana Vergian; MORAVCIK, Maria Yvette. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior Paulista, Brasil. **Saúde. Latino Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2010.

MATUMOTO, Silvia et al. Preparando a relação de atendimento ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Saúde. Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria De Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Saúde. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 358-64, 2009.

NASCIMENTO, Paula Thais Avila ; TESSER, Charles Dalcanale; NETO, Paulo Poli. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, n. 4, p. 32-4, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PEKELMAN, Renata et al. A arte de acolher através da Visita da Alegria. **Saúde. APS**, v. 12, n. 4, p. 510-16, 2009.

PERREIRA, Eduardo Henrique Passos; PASSOS, Regina Duarte Benevides. Humanização. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação Profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, v.2, p.478, 2008.

PINHEIRO, Poliana Miranda; OLIVEIRA, Lúcia Conde. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ**, v. 15, n. 36, 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RODRIGUES, Maisa Paulino. **A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade do Natal**. 178f. Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1679>. Acesso em: 26 nov. 2011.

SANDELOWSKI, Margarete; BARROSO, Julie. **Handbook for synthesizing qualitative research**. New York: Springer Publishing Company, 2007.

SANTOS, Elisa de Vargas; SOARES, Narciso Vieira. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. **Revista Nursing**, v. 12, n. 144, p. 236-40, 2010.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 1487-1494, 2004.

SCHOLZE, Alessandro Silva et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 7-12, 2006.

SILVA, Karlla Assad; FERNANDES, Neyla Duraes; XAVIER, Mauro Cezar Silva. Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org). **Ateliês do Cuidado- VII seminário do Projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008 p.356.

SILVEIRA, Maria Fátima Araújo et al. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção a saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 71-78, 2004.

SILVEIRA, Maria Graças Garcez; BALDACCI, Evandro Roberto. Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde. **Pediatria (São Paulo)**, v. 28, n. 4, p. 226-33, 2006.

SOARES, Landia Fernandes Paiva. **Inovação e Resistência na Implantação do processo de humanização na Secretaria Municipal de Goiânia, sob as lentes da Bioética**. 92f. Programa de Pós Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005. Disponível em:<http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=69>. Acesso em: 6 nov. 2011.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. supl. I, p. 100-10, 2008.

SOUZA, Luiz Augusto Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. supl. I, p. 681-88, 2009.

TAKEMOTO, Maíra Libertad Soligo; SILVA, Eliete Maria. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 331-40, 2007.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária á saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v. 13, n. Supl. I, p. 557-70, 2009.

_____. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1099-1117, 2010.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro Meneses. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-80, 2011.

URBANO, Giseli Botini. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR**. 58f. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VILAR, Rosana Lúcia Alves. **A política de humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e Vivências**. 2009. 220f. Programa de Pós- Graduação em Ciências Sociais Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em:<http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesdesimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2792>. Acesso em: 16 out. 2011.

VILLAR, Rubia Maria Tavares. **Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência?** 85f. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraDownload.do?select_action=&co_obra=149610&co_midia=2>. Acesso em: 18 set. 2011.

ARTIGO CIENTÍFICO

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA UMA METASSÍNTESE

HUMANIZATION POLICY IN PRIMARY HEALTH CARE A METASYNTHESIS

Carlise Rigon Dalla Nora¹⁸

José Roque Junges¹⁹

Resumo: Introdução: Este estudo aborda o tema da humanização na saúde, o qual integra a agenda política de saúde no Brasil desde 2003. **Objetivo:** discutir os achados sobre as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do Sistema Único de Saúde a partir dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). **Metodologia:** Realizou-se uma revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese utilizando as seguintes bases de dados: BDENF- Base de dados de enfermagem, BDTD- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, BVS- Área temática Humanização, BVS-Psi-Brasil- Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia-Brasil, CATHEDRA- Biblioteca Digital de Tese e dissertações da UNESP, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, DEDALUS- Global- Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo, LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, LUME- Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, MEDLINE-Literatura Internacional em Ciências da Saúde, PAHO- Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde, PubMed- U.S.National Library of Medicine, SBU- Sistema de Bibliotecas da UNICAMP, SciELO-Scientific Electronic Library Online e SiBI- Sistema de Biblioteca e dissertações da UFRJ. Foram incluídos artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e capítulos de livros, escritos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados a partir da criação da política, sendo, portanto, de 2003 a 2011. **Resultados:** Foram incluídos 40 estudos os quais foram identificados em três categorias centrais: estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde; processo de trabalho e tecnologias das relações. **Conclusões:** A metassíntese pode ser considerada uma ferramenta essencial para conhecer às práticas de humanização realizadas na atenção básica, a qual evidenciou a saúde de usuários, profissionais e gestores investirem esforços ainda maiores na implementação da PNH nas Estratégias de Saúde da Família e Unidades de Saúde de um modo geral.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Atenção Básica; Saúde Coletiva, Sistema Único de Saúde.

Abstract: Introduction: This study addresses to the theme of humanization in health care, which has been part of the political agenda of health in Brazil since 2003. **Objective:** To debate the findings about practices in the humanization of primary health care in the public Brazilian Health System (SUS) under the principles of the National Humanization Policy (NHP). **Methodology:** A systematic review of the literature was followed by Meta-Synthesis using the following databases: BDENF- Nursing database, BDTD- Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, BVS- Theme area of Humanization, BVS-Psi-Brasil- Virtual Library in Psychology and Health, CATHEDRA- Digital Library of Theses and Dissertations of UNESP, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, DEDALUS- Global- São Paulo University's Library Integrated System, LILACS- Latin-American and Caribbean Literature in Health Sciences, LUME- Digital Repository of University Federal do Rio Grande do Sul, MEDLINE- International Literature in Health Sciences, PAHO- Panamerican Health Organization Library, PubMed- U.S.National Library of Medicine, SBU- System of Libraries of UNICAMP, SciELO-Scientific Electronic Library Online and SiBI- Library and Dissertations System of UFRJ. Included herein were articles of research, case studies, reports of experiences, dissertations, theses, and book chapters, written in Portuguese, English or Spanish, published from the beginning of the policy; hence, from 2003 to 2011. **Results:** Included in this study are 40 studies which were identified in three main categories:

¹⁸ Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva: Ênfase em Saúde da Família, mestre pelo Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Av. Unisinos, 950, Bairro Cristo Rei, CEP: 93.022-000, São Leopoldo, Rio Grande do Sul.

¹⁹ Formado em Filosofia com doutorado em Ética teológica, professor e pesquisador em Bioética do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) Av. Unisinos, 950, Bairro Cristo Rei, CEP: 93.022-000, São Leopoldo, Rio Grande do Sul.

organizational structure of primary health services; work process; and technologies of relations. **Conclusions:** Meta-Synthesis can be considered an essential tool to enhance the humanization practices in primary health care, which put in perspective the need for user, professionals, and managers to make even bigger efforts as to the implementation of NHP in Strategies for Family health and Health Centers as a whole.

Key words: Humanization of assistance; Primary Health Care; Public Health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi uma das grandes conquistas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, movimento este que defende a saúde como uma questão social e política a ser resolvida em âmbito público.¹ A 8ª Conferência Nacional de Saúde pode ser considerada o evento mais significativo no processo de construção das estratégias do movimento pela democratização da saúde no Brasil.²

O direito à saúde engloba o acesso igualitário aos diferentes recursos, tanto financeiros, tecnológicos e/ ou humanos necessários para a recuperação da saúde e maior qualidade de vida. Esse direito está garantido no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988.³ Nesse sentido, saúde digna, é direito e compromisso do usuário e dever do Estado, o qual deve garantir mediante políticas públicas a oferta de atenção de acordo com a saúde de saúde da população.⁴

A conquista de um Sistema Único de Saúde (SUS) tem nos desafiado a desenvolver propostas de intervenção que favoreçam o aperfeiçoamento desse sistema. Nesse percurso de construção do SUS é criado, em 2000, pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH, cujo objetivo principal foi aprimorar as relações entre profissional da saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, visando à melhoria na qualidade e eficiência dos serviços prestados por essas instituições.^{5,6} Em 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde inicia uma proposta para expandir a humanização para além dos ambientes hospitalares, assim se estabelece a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS também chamada de Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS.⁷

Diante dos obstáculos de ordem ética, política, financeira e organizativa do sistema de saúde presentes no nosso país, faz-se necessário o debate sobre a humanização, o questionamento do modelo tecnoassistencial e da qualidade da atenção à saúde, no que se refere à disponibilização de recursos, tecnologias e saberes aos sujeitos visando mitigar o sofrimento.^{4, 8} Baseado nisso, a PNH visa se efetivar no concreto das práticas de saúde,

juntamente com os princípios do SUS, compondo uma política comprometida com os modos de fazer e operar os processos efetivos de transformações e criações de realidades em saúde.⁹

A PNH está fundamentada por três princípios estruturantes, quais sejam: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos e serviços, visando transformações nos territórios de poder, alterações das fronteiras dos saberes e nas relações de trabalho; a indissociabilidade entre atenção e gestão, afirmando que existe uma relação inseparável entre modos de cuidar e modos de gerir e se apropriar do trabalho e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, compreendidos como sujeitos na produção de serviços, de si próprios e do mundo, desenvolvendo atitudes de coresponsabilidade na produção de saúde.⁷

Atualmente, evidencia-se um aumento no número de publicações sobre a humanização na atenção básica, especialmente de estudos de caráter qualitativo, gerando um importante acúmulo de conhecimento nesse campo, apontando para a saúde de realizar uma metassíntese sobre esse tema. Nessa interface, apresenta-se esse estudo o qual tem como objetivo discutir os achados qualitativos sobre as práticas de humanização na atenção básica na rede pública do SUS a partir dos princípios da Política Nacional de Humanização.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória cujo delineamento adotado foi a metassíntese. A metassíntese pode ser considerada uma integração interpretativa dos resultados qualitativos que são em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos ou eventos que são as marcas características da pesquisa qualitativa.¹⁰ Essa integração deve ir além da soma das partes, uma vez que oferece uma nova interpretação dos resultados.¹¹

Entre os enfoques teóricos da metassíntese que podem ser utilizados destacam-se a análise taxonômica que consiste em um processo analítico, que busca identificar os conceitos subjacentes ou relações conceituais de significado e as comparações objetivas constantes, que visam identificar semelhanças e diferenças entre os resultados dos fenômenos em estudo.¹²

A questão norteadora deste estudo foi: Quais as práticas de humanização dos profissionais, gestores e usuários na atenção básica realizadas no SUS? Para tanto, realizou-se uma exaustiva pesquisa bibliográfica eletrônica, utilizando como fontes de buscas as seguintes bases de dados: BDENF- Base de dados de enfermagem, BDTD- Biblioteca Digital

Brasileira de Teses e Dissertações, BVS- Área Temática Humanização, BVS-Psi-Brasil- Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia- Brasil, CATHEDRA- Biblioteca Digital de Tese e dissertações da UNESP, CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, DEDALUS- Global- Sistema Integrado de Biblioteca da Universidade de São Paulo, LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, LUME- Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, MEDLINE- Literatura Internacional em Ciências da Saúde, PAHO- Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde, PubMed- U.S. National Library of Medicine, SBU- Sistema de Bibliotecas da UNICAMP, SciELO- Scientific Electronic Library Online e SiBI- Sistema de Biblioteca e dissertações da UFRJ. Os capítulos de livros foram pesquisados nas editoras Abrasco, Hucitec, Ministério da Saúde e Fiocruz.

Foram selecionados os seguintes descritores de assunto: Humanização da Assistência; Acolhimento; Cuidado humanizado; Humanização em saúde; vínculo; Programa de Saúde da Família; atenção básica; Saúde Coletiva e Sistema Único de Saúde. Diversas estratégias foram utilizadas, inserindo e/ou retirando palavras, buscando diferentes associações, na tentativa de alcançar o maior número de estudos saúde.

Incluíram-se artigos de pesquisa, estudos de caso, relatos de experiências, dissertações, teses e capítulos de livros, publicados em inglês, espanhol ou português, referentes à pesquisa empírica de caráter qualitativo sobre as práticas de Humanização na atenção básica, no período de 2003 a 2011.

A coleta e análise dos estudos foram realizadas entre os meses de julho de 2011 e janeiro de 2012. Todas as publicações selecionadas foram lidas na íntegra inúmeras vezes, sendo sistematizadas suas principais características. Os critérios de qualidade adotados foram preconizados pelo formulário padronizado JBI QARI- Critical appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research¹³ que traça diretrizes para a avaliação da qualidade da pesquisa qualitativa. Esse formulário é composto por 10 perguntas que investigam se há congruência entre: a metodologia da pesquisa e os objetivos do estudo, os métodos de coleta e análise de dados, a metodologia e a interpretação dos dados, se os preceitos éticos de pesquisa foram respeitados e relatados, entre outros. Os estudos que obtiverem seis ou mais respostas afirmativa no JBI-QARI permaneceram na amostra final da pesquisa.

RESULTADOS

Foram identificados inicialmente, 4.127 publicações sobre o tema. Destes, 40 foram selecionados para integrar a amostra desse estudo, sendo portanto, 32 artigos, 2 teses, 4 dissertações e 2 capítulos de livros.

Dentre os estudos incluídos, o que refere-se à pontuação obtida após a aplicação do teste de avaliação JBI QARI, um estudo obteve nota cinco e foi excluído da amostra; oito estudos obtiveram nota sete; dezessete estudos obtiveram nota oito e quinze estudos obtiveram nota nove.

Ao longo da metassíntese, foram visualizadas algumas características da produção científica sobre os estudos de humanização no âmbito da rede pública de saúde do SUS. O que se verifica é uma produção concentrada em sua origem, no Brasil. Devido ao fato da humanização ser uma política Brasileira, as publicações referentes a esse tema tendem a ficar limitadas as revistas nacionais, pois estas demonstram um interesse maior em pesquisas dessa natureza.

A metassíntese foi composta por trinta e duas pesquisa, Sete relatos de experiências e um estudo de caso. Esses estudos foram realizados principalmente com profissionais da área da saúde;¹⁴⁻³² usuários;³³⁻³⁸ ou ambos,^{32, 36, 39-45} em menor quantidade foram pesquisados os trabalhadores, usuários e gestores das unidades de saúde.^{28, 46-48} Só evidenciou-se um estudo que teve como universo empírico os gestores e trabalhadores;⁴⁹ estudantes e profissionais⁵⁰ e os estudantes, profissionais e usuários.⁵¹

Quanto as regiões onde foram desenvolvidos os estudos, a maioria concentrou-se na região Nordeste e Sudeste, seguidos pela região Sul somente um estudo foi realizado na região Centro-Oeste do País.

No que se refere aos procedimentos utilizados, os estudos utilizaram entrevistas semi-estruturadas;^{15, 19, 22, 28, 38, 44, 47} questionário;^{14, 23, 34, 41, 43, 50} grupo focal;^{26, 32, 45} oficinas;⁵² discussões em grupos,³¹ também verificou-se a utilização de métodos combinadas como: entrevista e fontes documentais,³⁹ entrevista e observação participante^{16, 18, 25, 29, 33, 51, 53}, questionário e grupo focal.^{21, 24, 46}

Quanto à metodologia de análise empregada, a predominância foi da análise de conteúdo;^{18-20, 24, 28, 33, 36, 42, 46, 47, 53} seguida da análise temática.^{23, 41, 43, 45, 47} Outras estratégias como análise descritiva,³⁴ análise do discurso,^{26, 44} hermenêutica dialética e etnografia,^{22, 52} foram utilizadas em menor quantidade.

Após exaustiva leitura das publicações, observaram-se os seguintes temas centrais: acolhimento, vínculo, diálogo, respeito, autonomia, gestão dos serviços, acesso aos serviços de saúde, demanda espontânea, infra-estrutura, educação permanente, sobrecarga de trabalho, processo de trabalho e trabalho em equipe. A taxonomia dos temas centrais foi desenvolvida indutivamente a partir dos achados dos estudos e em seguida organizados visando encontrar os domínios semelhantes em cada estudo. As taxonomias construídas foram categorizadas em três domínios principais: estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde; processo de trabalho e as tecnologias das relações. Também, foram realizadas comparações objetivas constantes visando identificar semelhanças e diferenças entre os fenômenos em estudo.

Organização e Infra-estrutura dos serviços básicos de saúde

Neste domínio apresentam-se os aspectos organizacionais da atenção básica em saúde que interferem direta ou indiretamente na humanização da assistência na atenção básica.

A precariedade das instalações nas unidades de saúde aparece como um conteúdo recorrente em diferentes estudos.^{21-24,35,47} São problemas relacionados ao tamanho ou disposição das salas, cadeiras desconfortáveis ou em número insuficiente para acomodar a todos, pouca ventilação e problemas na conservação da estrutura física.^{48,49}

Autores^{33, 49} referem que existem serviços com áreas físicas muito pequenas, as quais não dispõem nem mesmo de uma sala de espera. Outro estudo^{35,49} apresentou o descontentamento dos usuários com o espaço físico, considerado pequeno para a demanda, tornando a espera por atendimento desconfortável.

Autores afirmam^{19, 22, 24, 43, 48, 52} que problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, gerando desmotivação em profissionais e gestores e desconforto aos usuários. A falta de espaço físico adequado nas unidades leva a ausência de privacidade na conversa com o usuário, a qual normalmente ocorre em filas no momento do atendimento.^{16, 19, 49}

Outros estudos descrevem à insuficiência de equipamentos e recursos materiais nas unidades, o que interfere na continuidade do atendimento gerando condições de trabalho desfavoráveis.^{22, 27, 28, 45, 48} No caso da odontologia, a falta de material adequado dificulta a realização de procedimentos mais complexos o que compromete a qualidade do atendimento realizado.²⁴ Autores⁴⁸ apresentam que não existe serviço eficiente de manutenção e conservação dos equipamentos nas unidades de saúde.

Uma questão recorrente nas publicações diz respeito à falta de identificação e sinalização dos setores das unidades através da utilização de placas indicativas.^{36, 41} A utilização de tecnologia dura nos serviços de saúde se faz necessária, através de placas, cartazes, painéis, informativos entre outros, uma unidade de saúde com boa sinalização facilita a localização do usuário, favorecendo a acessibilidade.^{34, 53}

Estudos referem que o acesso ocorre através do agendamento para alguns tipos de atendimentos programáticos como hipertensos, diabéticos, gestantes entre outros grupos de risco, já com relação à demanda espontânea são distribuídas fichas diárias.^{17, 21, 33, 34, 48} Sendo assim, é fundamental encarar o acolhimento com técnica de avaliação e classificação de risco, com a definição de prioridades, construindo fluxos claros por grau de risco, garantindo a universalidade do acesso.²⁵

As equipes de saúde tem dificuldades em resolver os problemas de acesso, observadas pelas filas para consultas, disputa na distribuição de um número reduzido de fichas ou agenda médica lotada.^{24, 25, 35, 45, 48} Pode-se notar um grande número de relatos que demonstraram insatisfação quanto à espera em filas, associando essa espera a uma situação desumana.^{21, 33, 35, 39, 41, 48} As pesquisas descrevem dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde devido à grande demanda, predominantemente espontânea, causando sofrimento aos profissionais e usuários.^{18, 22, 25, 28, 35, 45, 52}

Outro entrave apontado pelos estudos, na direção de um cuidado humanizado, diz respeito à ausência de um sistema efetivo de referência e contra-referência aos demais níveis de assistência.^{22, 24, 28, 36, 49} Principalmente no que se refere a exames e/ou consultas especializadas.^{21, 27, 34, 39, 45} Merece destaque o estudo realizado por Lima et.al³⁵ onde usuários mostraram-se satisfeitos com a marcação de exames e com o sistema de referência e contra-referência, o que incluiu encaminhamento a especialidades médicas e a realização de cirurgias.

Outra questão recorrente foi à dificuldade de obtenção de medicamentos mediante a apresentação de prescrição médica, relata-se à falta de medicamentos na farmácia básica.^{35, 39, 45, 48} A falta de medicamento impossibilita a continuidade do atendimento e os profissionais ficam insatisfeitos com tais condições de trabalho.³⁹

Diante de tais considerações, pode-se notar que emergiram duas subcategorias a primeira relacionada a infraestrutura física e material dos serviços, sendo esta evidenciada com mais frequência nos estudos e a segunda que evidenciou os fluxos assistenciais que facilitam ou dificultam o acesso aos serviços de saúde.

Processo de trabalho

Uma questão presente nos estudos refere-se ao número insuficiente de profissionais nas equipes de saúde o que tem dificultado o acesso aos serviços e o acolhimento aos usuários.^{22, 28, 33, 42, 44, 47, 48, 52} Nesse sentido, com uma demanda expressiva de atendimentos, ocorre uma sobrecarga de trabalho, comprometendo a agenda de atividades grupais intra-equipe e com os usuários.^{25, 48, 51, 54} No entanto, não se pode deixar de considerar que, mesmo com quantidade suficiente de profissionais, não há garantia de que a oferta de serviços seja suficiente em relação à procura.³³

Alguns autores referem que à prática desenvolvida nos serviços de saúde é permeada pela fragmentação nos processos de trabalho, proporcionando a perpetuação do modelo assistencial centrado na atenção curativa e focado na queixa.^{22, 24, 29, 30, 38, 48}

Da mesma forma, a baixa remuneração dos profissionais da saúde vem sendo apontada como um fator dificultador da qualidade da assistência. Nesse contexto, os profissionais se põem obrigados a trabalhar em outros serviços para complementação da sua renda, que é insuficiente para as suas necessidades.^{28, 49}

Outro tema recorrente refere-se à construção de uma prática interdisciplinar, baseada no trabalho em equipe com a definição de papéis e atribuições de cada profissional.^{14, 24} O trabalho em equipe ocorre através de uma interrelação de pessoas, onde os conhecimentos, sentimentos e saberes devem se processar no cotidiano das práticas de saúde, buscando a satisfação das necessidades tanto de usuários como de profissionais.³⁰ Através dos relatos pode-se verificar a saúde de um trabalho em saúde mais integrado, apontando para o desejo de uma relação mais prazerosa na rotina das unidades.²⁸

No âmbito das relações entre profissionais e usuários, identificou-se que um dos fortes empecilhos para uma participação maior da sociedade, seja em atividades ligadas ao cuidado em saúde, planejamento ou avaliação, consiste na dificuldade de os profissionais valorizarem o saber popular.⁴⁶ Autores evidenciaram que as práticas integrativas e o saber popular não devem ser ignorados, muito pelo contrário devem ser reconhecidos e valorizados.⁴⁸

Autores narram que as ações educativas realizadas nos serviços contribuem para que o indivíduo conquiste sua autonomia e qualifique seu modo de levar a vida.^{28, 37, 39} Também descrevem a realização de rodas de conversas nos serviços de saúde.^{48, 49}

Em contraposição percebe-se uma escassez de momentos coletivos de discussões e reflexões entre os profissionais, alguns autores apontaram uma periodicidade irregular das

reuniões de equipe sendo estas semanais, quinzenais ou mensais,^{24, 48} já em outro estudo, as reuniões de equipe não ocorriam.²⁶

Outro elemento recorrente nos estudos é a responsabilização das equipes e unidades de saúde com as necessidades dos usuários desde sua chegada até a sua saída, atuando de forma a dar respostas e encaminhamentos adequados, visando à resolubilidade dentro da sua capacidade técnica e de recursos tecnológicos disponíveis na unidade e na rede de saúde.^{18, 35, 40, 53} Destaca-se um estudo que evidenciou que o processo de corresponsabilização no escopo da atenção e da gestão ainda é bastante insipiente na atenção básica.⁴⁶

Estudos referem a falta de perfil profissional como um elemento dificultador de uma atenção humanizada. No que se refere à falta de profissionais preparados para atuar de forma humanizada, estudos consideram que são necessários investimentos em educação permanente em saúde.^{22, 27, 28, 32, 34, 41, 44, 48} Por outro lado, autores descrevem um novo perfil de profissionais, mais sensíveis para perceber as reais necessidades da população, produzindo uma atenção capaz de gerar satisfação social e excelência técnica de forma resolutiva para os usuários e sociedade.⁵²

Tecnologias das relações

Este domínio representa a terceira dimensão na qual as taxonomias sobre a humanização na atenção básica foram categorizadas, mediante a análise dos estudos. Através dos achados podem-se verificar as seguintes tecnologias das relações, nomeadas por Merhy⁵⁵ como tecnologias leves: o acolhimento, o vínculo, a escuta, o respeito e o diálogo.

Identificou-se que o acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito.^{25, 47, 48} Estudos apontam que o acolhimento necessita ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, onde se faça presente à possibilidade de escuta do outro.^{16, 17, 19, 29, 32, 39}

Em outra perspectiva, o acolhimento apresenta-se no modelo clínico-biomédico, onde o atendimento é baseado no modelo queixa conduta e como uma forma de triagem.^{16, 17, 25} Já outros estudos^{48, 51} demonstram que o acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional.

Os estudos demonstram que o acolhimento proposto nos serviços é o acolhimento dialogado.^{14, 26, 28, 47} Nessa perspectiva, a comunicação constituiu-se como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando-se imprescindível o diálogo entre os sujeitos.⁴⁸ Para que aconteça um bom diálogo, é fundamental uma escuta atenta, procurando detalhes que possam estar ocultos nas falas, favorecendo o acolhimento e vínculo que são atributos fundamentais para uma assistência integral.²⁹

A comunicação apresenta-se como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada.^{16, 19, 29, 34, 36, 38, 48}

Assim como o acolhimento, o vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização, frequentemente encontrada nas publicações, sendo saúde evidenciar que não existe criação de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos.⁴⁴ Segundo um estudo, o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o cuidado.³⁹

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que uma atividade de destaque na atenção básica tem sido as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, importante meio de aproximação do profissional com a realidade vivenciada pelo usuário, favorecendo a construção de relações de amizade e confiança baseada no vínculo.^{21, 25, 37, 38, 48}

Identificou-se que algumas características humanas básicas como: ouvir, dar atenção, envolver-se, tocar e compartilhar não devem ser substituídas por tecnologias duras, pois esses elementos são essenciais para uma boa relação profissional e usuário.²⁰

Percebe-se que as tecnologias leves constituem-se como instrumentos fundamentais para a transformação das práticas de saúde. Destaca-se a saúde de continuar investindo esforços na implementação de tecnologias leves nas unidades de saúde de todo o Brasil.¹⁶

DISCUSSÃO

De um modo geral, as dimensões encontradas nos resultados relacionam-se com os princípios propostos pela PNH, quais sejam: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

A PNH trabalha com a perspectiva de alterar as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, visando o cuidado “com” o usuário e não “para” o usuário. Nesse sentido, a PNH só será efetiva se os trabalhadores realmente estiverem implicados no processo de produção e gestão dos serviços de saúde.

A PNH aponta para o princípio da indissociabilidade entre os modos atenção e gestão, destacando que existe uma inseparabilidade entre a clínica e a política e entre produção de saúde e de subjetividade.⁷

Esse princípio está fortemente relacionado com a dimensão da estrutura organizativa dos serviços básicos de saúde. A estrutura dos serviços, quando adequada, contribui para tornar o atendimento de saúde mais resolutivo e humanizado. Alguns obstáculos verificados pelos estudos apontaram para questões relacionadas à precariedade das instalações, insuficiência de equipamentos, de trabalhadores, recursos materiais e medicamentos, ausência de um sistema efetivo de referência e contra referência aos demais níveis do sistema de saúde e principalmente dificuldades no acesso aos serviços de saúde.

Na perspectiva de superação desses entraves, uma grande inovação no âmbito da gestão do SUS é o programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). Esse programa visa traçar um mapa detalhado dos serviços de atenção básica em todo o país, trazendo informações que ajudem a qualificar os serviços e dimensionar como os recursos serão distribuídos entre os municípios. Serão analisadas quatro dimensões nesse programa: a gestão municipal, a coordenação da atenção básica, a unidade básica de saúde, o perfil profissional, o processo de trabalho e atenção a saúde.⁵⁶

Os obstáculos evidenciados nos serviços acarretam uma falta de motivação dos trabalhadores e conseqüentemente pouco incentivo ao envolvimento do usuário com os processos de produção de saúde. Nesse sentido, a gestão participativa destaca-se como um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e desenvolver as práticas de saúde.⁵⁷

O princípio da transversalidade adotado pela PNH consiste no aumento do grau de comunicação entre os sujeitos e coletivos, visando transformações nos modelos de relação e de comunicação entre os sujeitos, produzindo alterações das fronteiras de saberes e nos territórios de poder.¹⁴ Esse princípio se relaciona principalmente com o domínio que compreende o processo de trabalho.

A PNH propõe uma resignificação do processo de trabalho, modificando a visão fragmentada do cuidado e a tecnificação da assistência, isso exige uma mudança na finalidade do processo de trabalho, visando uma produção do cuidado voltada para a autonomização do sujeito.⁵⁸

No processo de trabalho tem se destacado a visão de que os serviços de saúde devem ser espaços de valorização das potencialidades dos diversos atores envolvidos nesse processo.⁷ Pode-se evidenciar na metassíntese, uma fragmentação nos processos de trabalho,

com escassez de espaços coletivos de compartilhamento de experiências nos serviços e também uma sobrecarga de trabalho que compromete as atividades grupais na equipe e na comunidade.

Da mesma forma, Pache⁵⁹ também evidencia uma série de limitações no SUS, relacionadas às condições de trabalho como baixa remuneração, inexistência de planos de carreiras e salários, contribuindo para a precarização e desvalorização do trabalho, bem como fatores relacionados à organização do processo de trabalho que em geral tendem a afastar os profissionais dos processos decisórios.

Os entraves com relação ao trabalho em equipe nos serviços de saúde acabam levando a uma impossibilidade de efetivação da transversalidade nos serviços, conseqüentemente comprometendo a qualidade do atendimento e a humanização da assistência.⁷

A capacidade de fortalecer uma rede transversal de cuidado depende fundamentalmente da capacidade de construção coletiva, de uma gestão participativa entre os sujeitos, exigindo um trabalho em equipe, rompendo com a tradicional atuação por categorias ou especializações.⁶⁰

Para que ocorra uma integração maior entre as equipes, precisa-se pensar na construção interdisciplinar dos profissionais, visando sua inserção estrutural e participativa nas redes de cuidados dos serviços de saúde.⁶¹ Dessa forma, uma integração coletiva pode fortalecer a capacidade dos profissionais pensar, refletir e analisar os processos de trabalho produzindo mais e melhor saúde.

Ao abordar as tecnologias das relações nos serviços de saúde estamos nos remetendo a outro princípio da PNH, expresso na tríade protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Falar em protagonismo é falar em sujeitos que assumam um lugar central nos acontecimentos em saúde.⁷ Da mesma forma, a corresponsabilidade clínica e sanitária nos serviços só será efetiva se as tecnologias de relações como a conversa, acolhimento, vínculo, respeito, escuta e diálogo estiverem presentes no cotidiano dos serviços de saúde.⁷

Destaca-se que os discursos analisados nos estudos a respeito das tecnologias das relações, incorporam um sentido ético-político, demonstrando estar em consonância com a visão proposta pela PNH e pela academia.

A PNH visa à construção de processos dialógicos que permitam a fluência da comunicação entre profissionais e usuários, sem isso não será saúde a pactuação de processos de corresponsabilização.⁴ Para que ocorra essa corresponsabilização é necessário compartilhar

com os usuários os diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual, como coletivamente, buscando sua participação e autonomia em seu projeto terapêutico.⁶²

A humanização se estabelece como uma construção de atitudes éticas, estéticas e políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre profissionais e usuários,⁷ por isso a humanização depende fundamentalmente de princípios e valores interiorizados pelos profissionais, e não tanto do puro cumprimento de normas e protocolos.

A metassíntese procurou evidenciar possíveis caminhos para superar as limitações impostas à prática de humanização na atenção básica, pois a política de humanização, por mais bem formulada que esteja, não conseguirá dar conta da complexidade que envolve a gestão e a produção do cuidado em saúde.

Entende-se que para desenvolver novas lógicas de trabalho, apostando em processos em ato (micropolítica do trabalho)⁶³, é essencial ativar a problematização do e no processo de trabalho em saúde, criando dispositivos que auxiliem os coletivos a interrogar permanentemente os processos de trabalho.

Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde pode ser considerada uma ferramenta fundamental para a aprendizagem realizada no trabalho, onde o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações e ao trabalho, usando abordagens de problematização das próprias práticas nos serviços e não simplesmente a transmissão de conhecimentos.⁶⁴

Segundo Ceccim⁶⁵ os grupos de discussões sobre os processos de trabalho possibilitam fortalecer o vínculo, a corresponsabilização, a participação entre gestores e trabalhadores, promovendo um ambiente saudável de trabalho, tecendo redes no sentido da participação ativa nos serviços de saúde.

O processo de formação das equipes proporciona intercâmbios importantes de compartilhamento de experiências, sendo momento de troca, de pactuação sobre os diversos aspectos do trabalho em saúde onde podem surgir oportunidades de criar estratégias institucionais para melhorar as condições de funcionamento do serviço fortalecendo o atendimento humanizado.⁶⁶

Tendo presente essa concepção ampla da educação permanente, o profissional desenvolve competências para a cogestão e corresponsabilidade nos processos de trabalho com vistas ao atendimento humanizado, chamando todos os envolvidos com o processo de produção de saúde para o protagonismo na saúde.

A educação permanente permite revelar a complexidade dos diferentes problemas enfrentados na atenção básica e torna evidente a saúde de estratégias para enfrentamento dessas situações, as quais para serem implementadas dependem da articulação com a gestão do sistema.⁶⁷

No entanto, faz-se necessário uma gestão que póie e permita aos trabalhadores sentirem-se responsáveis pelos serviços, dessa forma, os profissionais da ponta, a partir de uma construção dialógica, participam e acompanham as decisões estratégicas e operacionais nos serviços de saúde.⁶⁸ Momentos coletivos de discussões sobre o processo de trabalho irão suscitar o protagonismo dos profissionais na deliberação e na tomada de decisão nos serviços de saúde. Vale destacar também, que a educação permanente proporciona condições para a realização da educação em saúde, fortalecendo a produção de subjetividade e autonomia do usuário na saúde.

Algumas estratégias para melhoria das práticas de humanização nos serviços de saúde do SUS precisam ser implementadas visando a valorização dos trabalhadores em saúde, como a definição de 30 horas como jornada de trabalho, fortalecimento da política de educação permanente, qualificando gestores e trabalhadores da atenção básica, salários dignos e plano de carreira profissional, e a implementação de políticas e ações intersetoriais interligadas e articuladas nas três esferas do governo melhorando o acesso em toda a rede.⁶⁹

Muitas foram às práticas nomeadas humanizadas nessa metassintese, mas estas perdem a força de produzir mudanças significativas nos serviços de saúde, ao serem produzidas como ações desarticuladas que não colocam em análise os processos de trabalho. A PNH tem sido uma estratégia que tem se configurado como uma aliada, quando temos como meta a ampliação e a afirmação do SUS que dá certo.⁷⁰

Destaca-se que usuários, trabalhadores, gestores vinculados aos serviços devem ter corresponsabilidade pela resolução das necessidades da comunidade. Somente compartilhando saberes, compromissos e responsabilidades será saúde estabelecer uma nova prática que convida para o repensar ético-político do cotidiano dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressaltamos que elementos relacionados à organização do sistema de saúde, processo de trabalho e as tecnologias das relações facilitam e/ou dificultam as práticas de humanização na atenção básica.

Essa metassíntese evidenciou que a humanização visa superar o modelo biomédico-hegemônico em direção à centralidade no usuário, que é o sujeito do processo assistencial. Para tanto, as tecnologias das relações funcionam como ferramentas para a construção de vínculos e de práticas de saúde que extrapolam a visão fragmentada do cuidado.

O grande desafio posto a PNH é articular as redes de atenção e produção de saúde em uma gestão compartilhada que garanta o acesso aos usuários com qualidade e resolubilidade, funcionando também como espaços de sociabilidade, com momentos de educação permanente conectados aos processos de trabalho, onde enfatiza-se a produção de saúde como produção de subjetividade.

Para avançar na efetivação da humanização na atenção básica, é fundamental apostar na implementação dos seguintes dispositivos propostos pela PNH: o grupo de trabalho de humanização, colegiado gestor, sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, projeto terapêutico singular, programa de formação em saúde do trabalhador e projetos cogidos de ambiência, entre outros, buscando utilizar esses dispositivos como estratégias para promover mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde.⁷

Este estudo pretendeu dar visibilidade às práticas de humanização realizadas na atenção básica, no sentido de alertar os usuários, trabalhadores e gestores para a saúde de investir esforços ainda maiores na implementação da PNH na atenção básica. A metassíntese tem o potencial de ampliar o alcance dos resultados advindo das publicações, contribuindo principalmente para destacar os achados predominantes nos estudos científicos selecionados.

Portanto, destaca-se que a metassíntese pode ser considerada uma ferramenta fundamental para conhecer as lacunas do conhecimento no campo da humanização, nos provocando à realização de novas pesquisas que envolvam os sujeitos implicados no processo de produção de saúde nos serviços da atenção básica, permitindo verificar se realmente estão sendo efetivados os princípios, diretrizes e dispositivos propostos pela PNH. Da mesma forma, novos estudos devem ser realizados para que se possa ter subsídios para a avaliação, reorientação e efetiva implementação dessa política nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011; 377 (9779):1778-97.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais; 1987; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988. 31 ed. São Paulo: Saraiva; 2003.
4. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saúde Colet*. 2011; 16:4541-48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. In: Saúde Md, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 60.
6. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Cien Saúde Colet*. 2004; 9: 7-14.
7. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. p.72.
8. Deslandes SF, Ayres JRCM. Humanização e cuidado em saúde. *Cien Saúde Colet*. 2005; 10: 510.
9. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface, Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9(17): 389-406.
10. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer Publishing Company; 2007.
11. Lopes ALM, Fracolli LA. Revisão Sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):771-78.
12. Sandelowski M. Using Qualitative Research. *Qual Health Res*. 2004;14:1366-86.
13. JBI. Joanna Briggs Institute, Reviewers' Manual: 2011 Edition. Austrália: Joanna Briggs Institute and The University Adelaide; 2011.
14. Chaves EC, Martines WR. Humanização no Programa de Saúde da Família. *O mundo da saúde*. 2003; 27:274-79.
15. Silveira MdFdA, Felix LG, Araújo DVd, Silva ICd. Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um caminho para humanização da atenção à saúde. *Pediatria*. 2006; 28(4):71-8.
16. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Saúde Esc Enferm USP*. 2004; 38(2):143-51.

17. Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio STK. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. *Revista Espaço para a Saúde*. 2006; 8(1):7-12.
18. 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 Publica*. 2007; 23(2):331-40.
19. Freire LAM, Storino LP, Horta NC, Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da Equipe de Saúde da Família. *REME- Saúde Min Enferm*. 2008;12(2):271-77.
20. Eulálio MdC, Santos ERF, Albuquerque TP. Representações sociais da relação auxiliar de enfermagem- usuário no contexto do Programa de saúde da Família. *Saúde Gaúcha Enferm*. 2009; 30(4):708-15.
21. Trad LAB, Esperidião MA. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010; 20(4):1099-117.
22. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior Paulista, Brasil. *Saúde Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(4).
23. Santos EdV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem. *Revista Nursing*. 2010;12(144): 236-40.
24. Trad LAB, Rocha AARMe. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Cien Saúde Colet*. 2011;16(3):1969-80.
25. Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(36): 185-198.
26. Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello REF, Silocchi C, Souza M, et al. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2011;15(38):755-62.
27. Rodrigues MP. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade do Natal. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
28. Villar RMT. Humanização das condições de trabalho um dos pré-requisitos para a humanização da assistência? Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2009.
29. Urbano GB. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.

30. Campos LVO. A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
31. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim MG. In: Merhy EE, Junior HM, Pinheiro R, Franco TB, Bueno WS, editores. Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007.
32. Silva KA, Fernandes ND, Xavier MCS. Caminhos do acolhimento: relato de experiência em uma Unidade de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Ateliês do Cuidado- VII seminário do Projeto integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2008, p. 356.
33. 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.
34. Silveira MGG, Baldacci ER. Humanização e autogestão em uma unidade básica de saúde. *Pediatria (São Paulo)*. 2006; 28(4):226-33.
35. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1): 12-7.
36. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cien Saúde Colet*. 2009;14 (supl. I):1523-31.
37. Pekelman R, Ferrugem D, Minuzzo FAO, Melz G. A arte de acolher através da Visita da Alegria. *Saúde APS*. 2009;12 (4):510-16.
38. Cruz MM, Bourget MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc São Paulo*. 2010; 19(3):605-13.
39. Schimith MD, Lima MADdS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):1487-94.
40. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):16-26.
41. França ISX, Marinho DDT, Baptista RS. Assistência de Saúde Humanizada: Conquistas e Desafios em Campina Grande - PB. *Saúde Rene Fortaleza*. 2008; 9(4):15-23.
42. Nascimento PTAd, Tesser CD, Neto PP. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2008; 37(4):32-4.
43. Beck CLC, Lisbôa RL, Tavares JP, Silva RM, Prestes FC. Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Saúde Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1):54-61.

44. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MdFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Saúde Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):358-64.
45. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(supl. I):100-10.
46. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(Supl. I):557-70.
47. Brehmer LCF, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. *Cien Saúde Colet*. 2010;15 (supl.3):3569-78.
48. Vilar RLA. A política de humanização e a Estratégia de Saúde da Família: Visões e Vivências. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2009.
49. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009;9(4):1087-109.
50. Soares LFP. Inovação e Resistência na Implantação do processo de humanização na Secretaria Municipal de Goiânia, sob as lentes da Bioética. Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2005.
51. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. *Revista APS*. 2007;10(2):106-15.
52. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva IC. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para a humanização da atenção a saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2004; 9(1):71-8.
53. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Saúde Latino-am Enfermagem*. 2009; 17(6).
54. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 2009;13(supl. I):681-88.
55. Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
56. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
57. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão Participativa e Cogestão. Brasil: Ministério da Saúde.; 2009.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Trabalho e Redes de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
59. Pasche DF. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2009;13(supl. I): 701-08.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
61. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Publica.* 2004;20:S331-S6.
62. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
63. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2009;13:531-42.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
65. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2005;9:161-8.
66. Heckert ALC, Passos E, Barros ME. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface - Comunic, Saúde, Educ;* 2009; 13(supl. I):493-502.
67. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
68. Mendes EV. Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
70. Santos Filho SB, Barros MEB, Gomes RS. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2009;13(supl. I):603-13.