

Desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde: uma revisão sistemática¹

Mariana Cabral Schweitzer²
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli³
Margarida Maria da Silva Vieira⁴

Objetivos: identificar os desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde, baseado nos resultados de uma revisão sistemática com foco na compreensão da força de trabalho em saúde sobre o papel das práticas de humanização na Atenção Básica. Método: revisão sistemática e meta-síntese, partindo das seguintes fontes de informação: PubMed, CINAHL, Scielo, Web of Science, PsycInfo, SCOPUS, DEDALUS e Proquest, utilizando-se a palavra-chave Primary Health Care, associada separadamente às seguintes palavras-chave: humanization of assistance (humanização), holistic care/health (cuidado/saúde holístico), patient centred care, user embracement (acolhimento), personal autonomy, holism, attitude of health personnel (atitude dos profissionais). Resultados: trinta estudos entre 1999 e 2011. Os processos de trabalho na Atenção Básica são complexos e apresentam dificuldades para a prática assistencial holística, especialmente para a enfermagem. Contudo, as práticas humanizadoras têm demonstrado seu papel importante em direção ao desenvolvimento de ambientes de trabalho positivos, à qualidade da assistência e atenção centrada em pessoas mediante a promoção da acessibilidade e da cobertura universal de saúde. Conclusões: os desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde dizem respeito à educação e capacitação, melhores condições de trabalho e uma definição clara do papel da enfermagem na atenção primária. Há dificuldades a serem vencidas, tais como os conceitos fragmentados de saúde e atenção, além dos investimentos no trabalho em equipe multidisciplinar, empoderamento da comunidade, vínculo profissional-paciente, acolhimento do usuário, tecnologias leves, com vistas a promover a qualidade de vida, atenção integral e cobertura universal de saúde.

Descritores: Enfermagem; Acesso Universal a Serviços de Saúde; Humanização da Assistência; Atenção Primária à Saúde; Revisão.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Concepções de saúde e cuidado de práticas integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática", apresentada à Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil e Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 249381/2013-3.

² Pós-doutoranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Como citar este artigo

Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2676. [Access ____ ____ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0933.2676>

Introdução

O caminho para a Cobertura Universal de Saúde (CUS) e a agenda de desenvolvimento pós-2015 passa pelo trabalhador da saúde⁽¹⁾. Essa agenda abrange a redução da mortalidade materna, a eliminação das mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças com idade inferior a 5 anos, a eliminação das epidemias da AIDS, tuberculose, malária e Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), e a garantia do acesso universal aos serviços de saúde⁽²⁾. Todos esses objetivos podem ser alcançados através dos enfermeiros e obstetrias, que trabalham estrategicamente no nível comunitário centrado nas pessoas.

Os enfermeiros e obstetrias representam a maior categoria na força de trabalho em saúde, relacionada a 80% dos serviços de saúde, e também atuam como a linha de frente. Utilizando-se um modelo de carreira de *mix* de habilidades, os enfermeiros e obstetrias poderiam ser utilizados para prestar atenção à saúde e melhorar os resultados. Porém, há necessidade urgente de abordagens acessíveis. O caminho em direção à CUS demanda o enfrentamento das faltas de competências, qualidade, motivação, produtividade e desempenho da força de trabalho em saúde⁽³⁾.

A OMS propõe as seguintes medidas práticas essenciais para a Enfermagem e Obstetrícia: aumento dos equipes interdisciplinares, multiprofissionais liderados por enfermeiros e habilidades de liderança; empoderamento da força de trabalho em enfermagem e obstetrícia através do esclarecimento transparente dos papéis, descrição funcional válida e reconhecimento profissional; implementação de ambientes de trabalho positivos para melhorar a motivação e retenção⁽⁴⁾.

Um caminho em direção a essas medidas foi a inclusão da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde, também conhecida como a Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS em diferentes contextos de trabalho dos enfermeiros e obstetrias⁽⁵⁾. Essa política singular é direcionada por valores como a autonomia e o empoderamento dos usuários da saúde, responsabilidade entre os pacientes e os profissionais da saúde, estabelecimento da solidariedade, construção de redes colaborativas e participação coletiva no processo de gestão. A PNH operacionaliza os seguintes dispositivos: acolhimento do usuário, projeto terapêutico singular ou atenção centrada no paciente, projetos de saúde pública; escuta qualificada dos usuários e trabalhadores da saúde; entre outros.

A Atenção Básica (AB) representa a porta de entrada do sistema de saúde e organiza a rede de serviços. A humanização permeia os processos de

trabalho e os agentes da atenção primária⁽⁶⁾. Diante deste relacionamento, o objetivo deste estudo foi identificar os desafios da enfermagem para a CUS, com base nos resultados de uma revisão sistemática cujo foco foi a compreensão da força de trabalho sobre o papel das práticas humanizadoras na AB.

Método

A finalidade de uma revisão sistemática é permitir a tradução das melhores evidências científicas nas políticas, práticas e decisões no contexto da saúde⁽⁷⁾. Neste estudo foi utilizada uma síntese de investigações mistas através de um desenho integrado. Este desenho permite agrupar os resultados de ambos os tipos de estudos primários em categorias temáticas para alcançar uma meta-síntese⁽⁸⁾. O presente desenho integrado utiliza PICO para guiar a coleta de dados, um guia específico para extrair informações e classificar a qualidade dos resultados.

Em novembro de 2013, a busca foi realizada nos seguintes bancos de dados: PubMed, CINAHL, Scielo, Web of Science, PsycInfo, SCOPUS, DEDALUS e Proquest. As referências dos artigos selecionados para esta revisão serviram como fonte para novas inclusões no processo de revisão, através da assim-chamada referência da referência⁽⁹⁾.

A estratégia PICO foi aplicada para orientar a pergunta da revisão sistemática. Essa mnemônica identifica os aspectos-chave População, Fenômeno de Interesse e Contexto⁽¹⁰⁾. Nesta revisão, a População abrangeu os Profissionais da AB, o Fenômeno de Interesse foram as Experiências das práticas humanizadoras e o Contexto referiu-se aos serviços da AB. Após ajustar os objetivos do estudo ao PICO, a pergunta orientadora da revisão sistemática foi "Qual é a compreensão dos profissionais da saúde sobre o papel das práticas humanizadoras na AB?"

Os conceitos de humanização da PNH⁽⁵⁾ brasileira enfocam princípios-chave como o acesso, a empatia, a humanização da atenção, a autonomia pessoal, saúde integral e acolhimento do usuário. Na coleta de dados foram utilizados descritores controlados baseados nesses conceitos. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: *Primary Health Care* (Atenção Básica), em combinação com outros descritores, separadamente: *humanization of assistance* (humanização), *holistic care/health* (cuidado/saúde holístico), *patient centred care*, *user embracement* (acolhimento), *personal autonomy*, *holism*, e *health personnel attitude* (atitude dos profissionais).

Foram encontrados artigos de pesquisa em inglês e português, no período de 1999 a 2011. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos relacionados às atitudes/crenças dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o uso/a aplicação das práticas de humanização. Artigos discutindo pacientes ou alunos e/ou estudos realizados em contextos hospitalares foram excluídos. Para a organização dos artigos foi utilizado o *software* EndNote, um gerenciador eletrônico de referências. A cada artigo foi vinculado um número de identificação. Artigos referindo-se ao mesmo estudo foram tratados como um único e receberam um único número de identificação.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final foi baseada em consenso, partindo da comparação das avaliações dos dois revisores. Os resultados da análise foram organizados mediante uma versão modificada da Data Extraction Guide for Quantitative and Qualitative Studies⁽¹¹⁾. A ferramenta de Knafl & Sandelowski⁽¹¹⁾ fornece orientações sobre como transformar dados crus em dados para combinação e análise sistemática.

Informações foram extraídas de cada estudo nas seguintes áreas: objetivos e problemas da pesquisa, arcabouço teórico, método e desenho, amostragem, composição da amostra, técnicas de coleta e análise dos dados, técnicas de otimização da validade ou minimização do viés, técnicas de proteção aos sujeitos

humanos, resultados e discussão⁽¹²⁾. Partindo dessas áreas, cada estudo foi analisado e classificado como Forte, Bom, Fraco e Com Ruídos (em caso de falta de informações).

De acordo com as recomendações para revisões sistemáticas que têm como objetivo proporcionar uma meta-síntese pela integração dos resultados de estudos qualitativos e quantitativos (síntese de pesquisas mistas)^(9,13), os resultados quantitativos foram qualificados. Os resultados foram convertidos em um formato qualitativo para combiná-los por temas. Os dados foram organizados em categorias empíricas que emergiram da análise. Dois revisores independentes avaliaram as categorias em termos do seu respectivo escopo e definição. Qualquer discordância foi solucionada por consenso.

A análise dos resultados da revisão sistemática considerou a qualidade e os resultados dos estudos. O *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi aplicado para melhorar a qualidade das recomendações apresentadas nesta revisão⁽¹⁴⁾.

Resultados

Do potencial de 90 referências, reduzidas para 53 estudos não duplicados, 30 estudos foram incluídos e revisados sistematicamente: 29 qualitativos e 1 quantitativo de acordo com a Figura 1. Estudos recuperados ocorreram entre 1999 e 2011. Um estudo foi publicado em inglês e 29 em português.

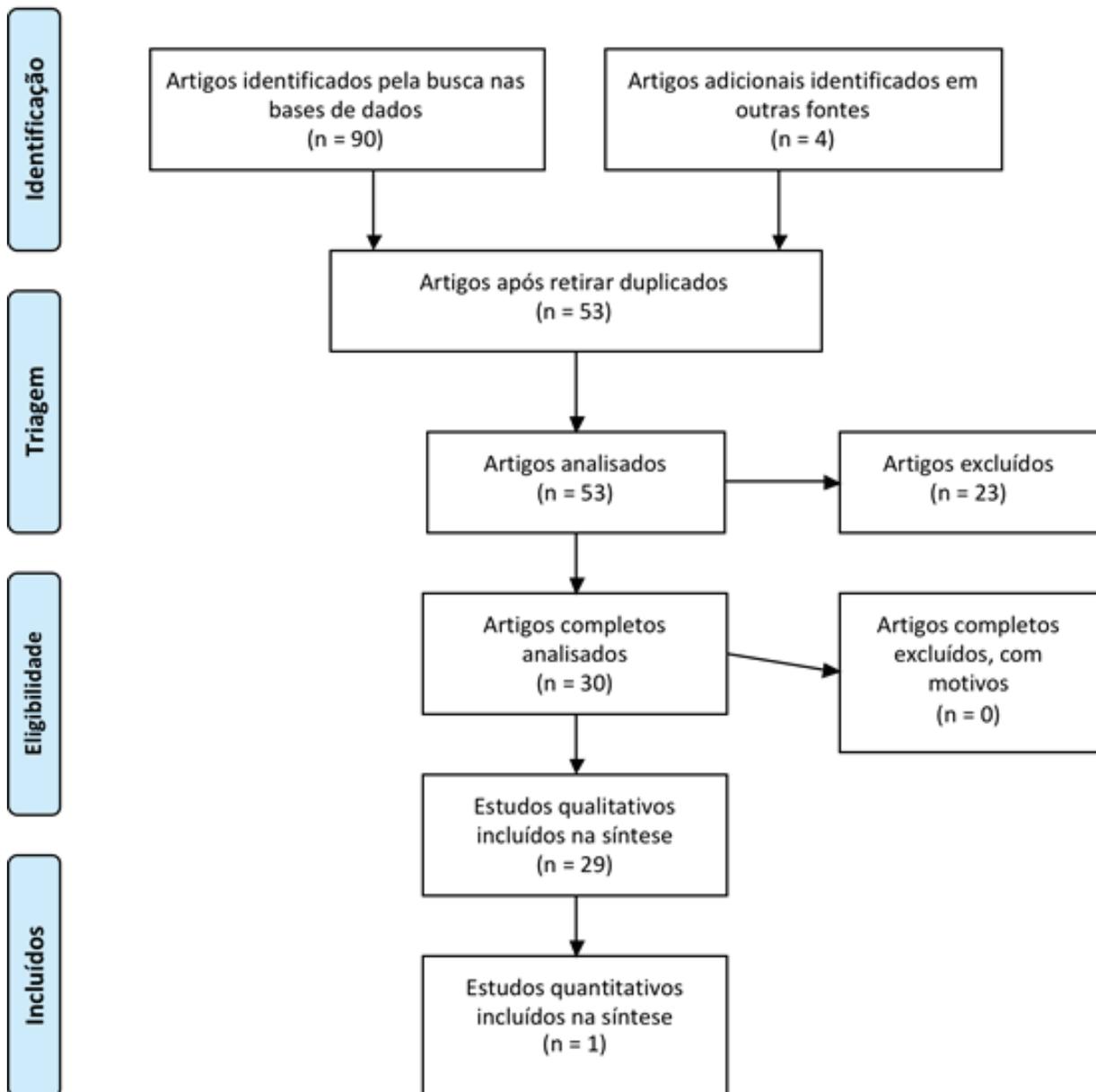


Figura 1 – Diagrama do processo de inclusão e exclusão para todos os estudos na revisão sistemática⁽¹⁵⁾

Ao total, os estudos abrangeram 1.179 profissionais de AB dos Estados Unidos (A1) e do Brasil (A2-30), de acordo com a Figura 2. Quase 50% desses profissionais foram médicos dos EUA; os outros 50% foram profissionais do Brasil, principalmente enfermeiros,

auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de odontologia e alguns profissionais administrativos.

ID	Artigos dos estudos incluídos
A1	Audet AM; Davis K; Schoenbaum SC. Adoption of patient-centered care practices by physicians: results from a national survey. Arch Intern Med 2006; 166(7): 754-9.
A2	Bastos LS, Assis MMA, Nascimento MAA, Oliveira LCF. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(supl.1): 1417-1426. Rodrigues AAAO, Fonsêca GS; Siqueira DVS, Assis MMA, Nascimento MAA. Práticas da equipe de saúde bucal na estratégia saúde da família e a construção (des)construção da integralidade em Feira de Santana-BA. Rev. APS 2010; 13(4):478-485.
A3	Beck CL, Lisbôa RL, Tavares JP, da Silva RM, Prestes FC. Humanização da Assistência de Enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços Rev Gaucha Enferm 2009;30(1):54-61.
A4	Brehmer LC, Verdi M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Cien Saude Colet 2010 Nov;15 (Suppl 3):3569-78.
A5	Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidade básica de saúde no município de Ribeirão Preto. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto 2000; 8(4): 30-37.
A6	Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS. Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo. CuidArte, Enferm. 2009; 3(2):149-155.
A7	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. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1523-1531.
A8	Falk MLR, Falk JW, Arsego de Oliveira F, Silvana da Motta M. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Revista de Atencao Primaria a Saude (REV APS) 2010; 13(1):4-9.
A9	Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2004; 38(2):143-51.
A10	Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999, 15(2):345-353.
A11	Freire LAM, Storino LPH, Cássia N; Magalhães RP, Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. REME rev. min. enferm. 2008; 12(2): 271-277.
A12	Freiria A, Santos ZV, Silva SS, Oliveira CT. O acolhimento na perspectiva da equipe de enfermagem de uma unidade de saúde da família. Nursing (São Paulo)2010; 13(146): 348-353.
A13	Junges JR, Schaefer R, Prudente J, Mello REF, Silocchi C, Souza M, Wingert G. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização Interface comun. saúde educ. 2011; 15(38): 755-764.
A14	Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. Rev Gaucha Enferm. 2009; 30(4):594-601.
A15	Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: reconstrução da prática de enfermagem em unidade básica de saúde. Rev. Min. Enf. 1999; 3(1/2):2-6 Leite JCA, Maia CCA, Sena RR. Acolhimento: Perspectiva de reorganização da assistência de ENFERMAGEM. Rev Bras Enf. 1999;52(2):161-68.
A16	Linard AG, de Castro MM, da Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista Gaucha de Enferm. 2011; 32 (3): 546-53.
A17	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. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2010, 18(4):763-769.
A18	Matumoto S1, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJ, de Almeida MC. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. Rev Latino-am Enfermagem (online) 2009; 17(6), 8p.
A19	Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado Mde F. Formação do vínculo na implantação do PSF numa UBS. Rev Esc Enferm USP 2009;43(2):358-64.
A20	Nery SR, Nunes EFOA, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(supl.1): 1411-1419. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2008; 9(2): 17-25.
A21	Pereira AD, Freitas HMB, Ferreira CLL, Marchiori MRCT, Souza MHT, Martha Backes DS. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento Rev Gaucha Enferm. 2010; 31(1): 55-61.
A22	Pinheiro PM, Oliveira LC. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no programa saúde da família. Interface comun. saúde educ. 2011; 15(36): 185-198.
A23	Queiroz ES, Penna CMM. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas-MG. Revista Mineira de Enfermagem 2011;15 (1): 62-9.
A24	Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. saúde coletiva 2006; 11(1):53-61. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública 2007; 23(1): 75-85.
A25	Santos EV, Soares NV. O acolhimento no cotidiano da saúde: um desafio para a enfermagem Nursing (São Paulo) 2010; 13(145): 236-240.

A26	Schmith MD, Lima, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saude Publica 2004; 20(6): 1487-1494.
A27	Scholze AS, Ávila LH, Silva MM, Dacoreggio ST. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de equipes de saúde da família. Espaço para a saúde (Online) 2006; 8(1):7-12.
A28	Silveira MFA, Felix LGA, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare enferm. 2004; 9(1): 71-78.
A29	Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica 2007; 23(2):331-40.
A30	Trad LAB, Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(3):1969-1980.

Figura 2 – Estudos incluídos na revisão sistemática sobre as práticas de humanização

Cada estudo foi analisado em termos de qualidade e classificado: 18 como Forte (A3, A5, A6, A8, A10, A11, A14, A17, A19, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30), 5 como Bom (A2, A15, A16, A21, A23), 2 como Fraco (A1, A12) e 5 como com Ruído (A4, A7, A9, A13, A18).

Os resultados foram combinados em oito categorias empíricas: atitudes e crenças; concepções de saúde e cuidado; dificultadores; facilitadores; educação e treinamento; vínculo profissional-usuário; trabalho em equipe e oferta de práticas humanizadoras. Neste artigo, descrevemos as categorias: concepções de saúde e cuidado; dificultadores; facilitadores; educação e treinamento sobre práticas humanizadoras e oferta. Em outro artigo descrevemos as outras três categorias identificadas na revisão⁽¹⁶⁾.

Categoria 1: Concepções de saúde e cuidado nas práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre conceitos de saúde e cuidado relacionados às práticas humanizadoras. Foi encontrada em 17/30 estudos.

No que diz respeito ao conceito de saúde, mais de 130 profissionais indicaram a necessidade de se considerar o paciente dentro de uma perspectiva física, psicológica e espiritual e seu contexto social e cultural, além da dimensão biológica (A3, A4, A7, A9, A16, A17, A20, A21, A23).

Com relação ao conceito de cuidado, mais de 60 trabalhadores mencionaram a importância da individualização da atenção, recuperação das tecnologias leves, responsabilidade compartilhada, acolhimento do usuário, necessidade de confrontar problemas sociais e promover mudanças comportamentais (A14, A20, A22, A24, A28, A29).

Alguns profissionais mencionaram e observou-se que a fuga do modelo curativo tradicional ocorre quando os profissionais buscam estabelecer um conceito abrangente da saúde, mediante a recuperação da essência do cuidado, responsabilização, sensibilidade

à escuta, perspectiva integradora, uso de tecnologias leves, resgate do vínculo profissional-paciente, prática sanitária que promove as mudanças comportamentais e melhora a qualidade de vida (A14, A20, A22, A24, A28, A29).

Os profissionais relataram dificuldades para cumprir com os conceitos de saúde e cuidado relacionados à unicidade, autonomia e corresponsabilidade devido a uma atividade sanitária marcada pelo individualismo, conduta em resposta a queixas e fracionamento dos atos terapêuticos (A2, A4, A7, A9, A13, A20, A21, A24, A29).

A busca pela produtividade, falta de condições de trabalho, conceitos inadequados de saúde-doença, condições sociais injustas da comunidade e os conceitos pré-determinados dos trabalhadores sobre os usuários da saúde foram citados como barreiras ao alcance do cuidado universal (A2, A7, A9, A26, A28).

Categoria 2: Dificultadores das práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre dificuldades, barreiras e limitações relacionadas às práticas humanizadoras. Esta categoria foi encontrada em 23/30 estudos.

Mais de 700 trabalhadores relataram fatores relacionados a: 1) Falta de *feedback* (A1); 2) Falta de referência e contra-referência (A1, A4, A2, A14, A15, A17, A30); 3) Excesso de demanda, espaço físico inadequado, falta de materiais e profissionais (A2, A3, A4, A11, A13, A15, A17, A14, A18, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30); 4) Falta de apoio, parceria e atenção da Secretaria Municipal da Saúde e de participação comunitária nas reuniões promovidas pelo serviços de saúde (A3, A24, A26, A30); 5) Excesso de trabalho burocrático e falta de tempo (A3, A17, A20); 6) Horários de trabalho inflexíveis (A3, A14, A15, A18, A24); 7) Gestão verticalizada (A4, A13, A20); 8) Insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho (A2, A4, A20, A26, A28, A30); 9) Falta de grupos educacionais, profissionais de saúde mental e outras áreas para encaminhamento (A9, A20); 10)

Postura inapropriada dos profissionais e usuários sobre práticas de acolhimento e humanização (A9, A10, A11, A13, A15, A17, A20, A22, A23, A24, A26, A27); 11) Falta de trabalho em equipe e definição dos papéis profissionais (A10, A13, A15, A20, A26); 12) Falta de acolhimento e equipes do Programa de Saúde da Família (A14, A19); 13) Problemas relacionados às condições sociais insatisfatórias na comunidade (A9, A28, A29); 14) Falta de conhecimentos e capacitação específica sobre o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família para trabalhar na Atenção Básica (A25, A30).

Categoria 3: Facilitadores das práticas humanizadoras

Esta categoria incluiu as percepções dos profissionais sobre facilitadores e fatores que promovem as práticas humanizadoras. Esta categoria estava presente em 18/30 estudos.

Mais de 300 trabalhadores mencionaram fatores relacionados a: 1) Comprometimento das equipes e responsabilidade perante a comunidade (A3, A14, A19, A30); 2) Gestão participativa, incluindo a rede do Sistema Único de Saúde, os coordenadores do Programa de Saúde da Família, Conselho Municipal de Saúde, associações profissionais e o terceiro setor (A3, A10, A17, A24, A30); 3) Prática de acolhimento em 5 minutos (A5); 4) Discussões contínuas entre a equipe do serviço de saúde para avaliar e readequar o acolhimento (A10, A27); 5) Condições de trabalho favoráveis, tais como mais tempo, menos pessoas a serem atendidas, melhor espaço físico, mais recursos (A9, A12, A17, A18, A25, A30); 6) Comprometimento da comunidade e reconhecimento positivo expressos por pacientes (A11, A20, A28); 7) Diálogo, vínculo profissional-usuário e melhor conhecimento das necessidades da comunidade através de um processo de trabalho chamado de adscrição da comunidade (A14, A19, A20); 8) Compreensão e aceitação do acolhimento pelos profissionais e usuários, disponibilidade do paciente para "dar seu lugar a outro paciente em condições mais severas" (A15); 9) Presença de trabalho em equipe, avaliação de desempenho e divisão apropriada das atividades entre os profissionais (A10, A14, A15, A17, A19, A20, A27); 10) Continuação da educação e capacitação dos profissionais da saúde (A10, A17, A19, A25); 11) Uso de protocolos e registros de dados de acolhimento (A9, A10); 12) Flexibilidade para horários de agendamento das consultas e prática menos burocrática (A18); 13) Organização de grupos programáticos, grupos de apoio e prestação de outros serviços profissionais (A3, A10); 14) Implementação de contratos públicos que contribuem à retenção dos profissionais nas suas áreas de trabalho, prevenindo a rotação (A19).

Categoria 4: Influência da educação e treinamento nas práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a influência da capacitação no contexto das práticas humanizadoras, com considerações sobre os cursos de pós-graduação e educação permanente. Esta categoria foi encontrada em 7/30 estudos.

Mais de 60 profissionais, incluindo gerentes, relataram a necessidade de maior capacitação e maior conscientização sobre as práticas humanizadoras (A15, A17, A25). Entre esses, nove enfermeiros destacaram a necessidade de capacitação sobre a conformação e operacionalização das equipes multidisciplinares para aplicar o acolhimento (A15).

Estudos relataram dificuldades na capacitação dos recursos humanos para trabalhar na Atenção Básica e com práticas de humanização (A2, A15, A17, A25, A30). Os profissionais de seis serviços de saúde relataram a não realização do treinamento inicial ou que somente alguns profissionais podem participar, destacando a falta de treinamento para dentistas e auxiliares de enfermagem (A30).

Os profissionais relataram experiências de treinamento/oficinas sobre o acolhimento no trabalho e a humanização do cuidado (A22, A30); auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde mencionaram participação frequente em treinamentos e atividades de saúde (A30). Uma equipe do Programa de Saúde da Família mantém um projeto de Educação Continuada para capacitar e qualificar profissionais de acordo com os princípios da política de humanização (A17).

Categoria 5: Oferta de práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a oferta de práticas humanizadoras, sua organização, prática e suas consequências. Esta categoria estava presente em 26/30 estudos.

Os profissionais relataram a implementação das práticas humanizadoras na AB, tais como o acolhimento, integralidade, acesso, vínculo, universalidade, prática centrada no paciente e clínica ampliada (A1, A5, A6, A9, A10, A11, A14, A15, A23, A24, A27, A29, A30).

No que diz respeito ao acolhimento, a partir da sua implementação e consequente reorganização do processo de trabalho em um serviço de saúde, foram observados câmbios no acesso aos serviços, demonstrados pelo aumento extraordinário na prestação de cuidados gerais pelo serviço ao longo de um ano; os dados referentes ao

serviço mostram que a eficiência aumentou em 600% [produtividade/horas trabalhadas] com relação ao aumento extraordinário na produção dos enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem através da implementação do acolhimento e do processo de reorganização do trabalho (A10).

Em dez serviços de saúde, observou-se que as ações relacionadas ao processo de acolhimento foram a identificação do problema do paciente e a proposta de uma resposta; o encaminhamento dos pacientes para outros serviços, tais como emergência, consulta médica, etc.; coleta da história do paciente com relação à queixa; levantamento para encaminhamento imediato ou mediato, de acordo com um número pré-estabelecido de consultas e a severidade da queixa; realização de exame físico e verificação dos sinais vitais, com foco na queixa; supervisão do assistente de enfermagem durante o acolhimento; supervisão da porta de entrada do serviço; distribuição de senhas de atendimento; realização de consultas médicas ou de enfermagem; alteração de prescrições de medicamentos; prestação de orientações de saúde; prestação de cuidados de feridas; administração de medicamentos; realização de escuta qualificada para atender às necessidades dos pacientes; prestação de apoio às pessoas que buscam o serviço (A9).

A oferta de práticas humanizadoras alterou a organização e a divisão do trabalho entre as equipes de AB, especialmente devido à implementação do acolhimento (A5, A9, A13, A18, A26, A27, A30).

O acolhimento resultou no aumento da carga de trabalho e do desempenho das equipes com a reorganização do processo de trabalho (A10, A22, A29). Em alguns serviços, todos os membros da equipe ofertaram o acolhimento (A6, A10). Em outros, era responsabilidade da equipe de enfermagem (A9, A15, A29) e, em outros ainda, os médicos ficavam na retaguarda do acolhimento (A10, A11, A15). O acolhimento causou mudanças no processo de trabalho da equipe de enfermagem, ressignificando o cuidado para os auxiliares de enfermagem (A10, A29).

Em algumas consultas e alguns serviços, observou-se que o acolhimento foi realizado pelo auxiliar de enfermagem, cuidadosamente, demonstrando disponibilidade, interesse, envolvimento e resposta às necessidades dos usuários (A5). Dezesete enfermeiros relataram que todos os profissionais desempenhavam o acolhimento de forma dinâmica e contínua a todo momento e em todo lugar (A6).

Em dez serviços de saúde, observou-se que, com relação aos profissionais que praticam o acolhimento, em geral, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem são responsáveis por essa atividade, com o médico na

retaguarda; em alguns serviços, o agente comunitário de saúde era responsável pelo acolhimento, observando-se na média 40 atendimentos de acolhimento por dia, levando entre três e 15 minutos cada (A9). Entre 15 trabalhadores de enfermagem, a maioria confirmou a prática do acolhimento, com somente dois médicos que afirmaram não fazê-lo (A11). Em nove serviços de saúde há grande diversidade na composição das equipes de trabalho que desenvolveram o acolhimento: os auxiliares de enfermagem estavam na linha de frente dessa prática, com a participação dos enfermeiros para referência técnica, e dos médicos como apoio em casos não solucionados, limitado a 12 vagas para consulta por médico, sem vínculo e responsabilidade por essa prática (A15).

As equipes de atenção básica tinham dúvidas na implementação das práticas humanizadoras, especialmente na organização dos serviços e das equipes de trabalho relacionadas ao acolhimento (A9, A12, A20, A21, A22, A24, A26); esta prática comumente levava a consultas médicas, sem alterar as práticas da equipe ou a gestão do serviço (A9, A26, A27, A29).

Os trabalhadores e gestores relataram e também observou-se que alguns serviços não ofertavam as práticas humanizadoras, resultando no acesso restrito e limitado para os usuários, o enfoque do trabalho nas consultas e medicações, sendo exclusivo às especialidades médicas de média e alta complexidade, baixa resolutividade, falta de tecnologias leves, sendo o acolhimento aplicado principalmente como técnica de recepção, triagem e encaminhamento, sinônimos da sala de emergência ou de espera; processos de trabalho focados em procedimentos e técnicas, além da divisão do processo de trabalho por cada especialidade; apego aos procedimentos e protocolos; prática burocrática (A2, A4, A5, A7, A13, A15, A18, A28, A24, A26, A28, A29, A30).

Discussão

As concepções dos profissionais sobre a saúde com relação às práticas humanizadoras abrangeram as perspectivas física, social, psicológica e espiritual em busca do bem-estar e da qualidade de vida através da assistência integradora. A concepção de cuidado incluiu o uso de tecnologias leves, personalização do cuidado, empoderamento do paciente, corresponsabilidade, acesso aos serviços, acolhimento, referência e contra-referência, trabalho em equipe, comportamento profissional adequado, mudanças no processo de trabalho, demanda de atenção para os processos sociais e de criação de oportunidades para que os pacientes mudem suas vidas.

Desde o final do século 20, no contexto brasileiro, diferentes propostas, tais como o cuidado integrativo, a promoção da saúde e as práticas humanizadoras, buscaram ultrapassar impasses técnicos, políticos e éticos na atenção à saúde⁽¹⁷⁾. Como a maioria dos estudos incluídos nesta revisão se referiam a práticas brasileiras, não foi surpresa encontrar concepções de saúde e cuidado que incluíssem estas propostas e práticas.

A promoção da saúde é fundada em uma concepção ampliada de saúde e doença e seus determinantes. Nessa concepção, os profissionais da saúde e a população são considerados como sujeitos do processo e o foco da atenção diz respeito ao modo de vida e às condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais e seu impacto no processo de saúde-doença⁽¹⁸⁾.

As teorias de enfermagem também apresentam conceitos ampliados de saúde e cuidado, relacionados ao contexto bio-psico-socio-espiritual, relacionamentos interpessoais, cuidado holístico, empoderamento e necessidades de assistência à saúde. Alguns exemplos são: Florence Nightingale demonstrou a relação entre a pessoa e o ambiente com a saúde, Martha Rogers manteve essa relação e incluiu o conceito do cuidado holístico, Rosemarie Parse ampliou a percepção de uma pessoa através da inclusão do domínio espiritual, Madeleine Leininger incluiu os aspectos culturais, Virginia Henderson as necessidades básicas e o auto-cuidado, Hildegard Peplau a importância dos relacionamentos interpessoais, Afaf Meleis o conceito das transições, Jean Watson o conceito de um evento crítico e Wanda Horta o conceito das necessidades básicas humanas⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Portanto, na abordagem da promoção da saúde, as teorias de enfermagem e os profissionais da AB apresentam conceitos de saúde e cuidado relacionados às práticas humanizadoras que não são idealizados nem fragmentados. Assim, os enfermeiros são estimulados a reconhecer e reafirmar o papel da enfermagem na promoção da qualidade de vida para aquele que não tem mais a capacidade de cuidar de si mesmo sozinho.

Porém, os profissionais também mencionaram dificultadores ao trabalho de acordo com essas concepções de saúde e cuidado para a prestação das práticas humanizadoras. Nem todas as dificuldades estavam presentes na mesma prática, mas eram comuns em muitos serviços. Representa um verdadeiro desafio às equipes, gestores e usuários modificar essas dificuldades em direção à assistência integral e universal.

Um dos principais desafios éticos atuais no Sistema Único de Saúde é a produção de vínculos terapêuticos para garantir aos usuários, famílias e comunidades a possibilidade da atenção à saúde no

momento adequado⁽²²⁾. As dificuldades de acesso e encaminhamento colocam a cobertura universal em perigo e também influenciam o vínculo dos profissionais com os usuários e a comunidade, especialmente com relação à confiança nos serviços de AB.

Por outro lado, os profissionais citaram muitos facilitadores das práticas humanizadoras. Os facilitadores foram mais comuns nos serviços que realizavam o acolhimento há mais tempo, naqueles com acessibilidade ampliada e que realizavam reuniões com todos os profissionais para avaliar os serviços de atenção à saúde.

A complexidade dos problemas e a organização dos serviços na AB demandam mudanças nas atitudes e valores dos profissionais e usuários⁽²³⁾. Essas mudanças também incluem o oferecimento de condições de trabalho adequadas para permitir o comprometimento das equipes e a responsabilidade perante a comunidade. São necessárias a capacitação específica dos trabalhadores e a gestão participativa, abrangendo os serviços de saúde, o Conselho Municipal da Saúde, organizações de classe e o terceiro setor para estimular a compreensão e promover a coparticipação dos profissionais e usuários.

A complexidade da AB também demanda novos perfis profissionais para responder às necessidades da comunidade. O desafio crescente das instituições educacionais é preparar os profissionais para trabalhar em diferentes níveis do sistema de saúde, especialmente na AB, alinhados com o sistema, o trabalho em equipe, a atenção integral, horizontalizada e mais dirigida ao processo de trabalho⁽¹⁸⁾.

Os profissionais, inclusive os gestores, relataram a necessidade de maior treinamento para a equipe. Os profissionais informaram que não vêm preparados para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, nem para realizar práticas humanizadoras. De acordo com os profissionais, essa falta de preparação estava relacionada à falta desses conteúdos na graduação e educação continuada. Para trabalhar com concepções ampliadas de saúde e cuidado na AB, deve-se reconsiderar as concepções de saúde e cuidado apresentados nos cursos de pós-graduação e capacitação.

Deve-se observar a influência flexneriana na formação dos profissionais da saúde, baseada nos aspectos mecânico, biológico e técnico, e na prática orientada pela queixa⁽²⁴⁾. O ensino das práticas humanizadoras também sofre a influência da biomedicina científica. O modelo racionalista, mecanicista e dualista da racionalidade científica, dominante na saúde, previne o reconhecimento de outras "verdades" sobre a atenção

à saúde, opostas ao reducionismo da patologia clínica e fisiologia mecânica⁽²⁵⁾.

No que diz respeito à educação continuada, uma intervenção pedagógica em dois serviços de saúde tratando de temas relacionadas ao sistema de saúde e práticas humanizadoras mostrou que, após um ano, houve impacto nos processos de gestão e de trabalho de algumas práticas, com melhor acesso e um relacionamento melhor entre os profissionais e a comunidade⁽²⁶⁾.

Uma equipe de saúde necessita de competências técnicas, assistenciais e gerenciais; demanda além da capacitação básica outras habilidades, incluindo a escuta ampliada, a comunicação e o trabalho em equipe⁽²⁶⁾. É o caso das habilidades relacionadas à enfermagem para a cobertura universal da saúde. Além disso, demanda-se treinamento e educação continuada que vinculam a teoria e a prática, para fins de preparar enfermeiros e obstetras qualificadas para se tornarem líderes e gestores eficazes, de acordo com a proposta das diretrizes estratégicas para a educação, capacitação e desenvolvimento de carreira da enfermagem e obstetrícia⁽²⁷⁾.

No que diz respeito a oferta de práticas humanizadoras, em alguns serviços, a equipe completa, ou apenas alguns profissionais, envolveram-se no acolhimento de modo a aumentar a acessibilidade, o vínculo e a responsabilização perante a comunidade. Em outros serviços, o acolhimento não foi aplicado para reorganizar o processo de trabalho, mas os profissionais buscavam melhorar o processo de cuidado e o relacionamento com os usuários através da atenção integral e universal e a escuta ampliada.

Os profissionais relataram problemas na oferta de práticas humanizadoras. Os resultados indicaram que, muitas vezes, o resultado do acolhimento quando erroneamente confundido com a atenção de emergência foi a consulta médica ou a medicação, afastando-se portanto do objetivo das práticas humanizadoras, que é o aumento do vínculo profissional-paciente e o atendimento das necessidades da comunidade através da prestação de cuidados centrados nas pessoas. O acolhimento demanda o diálogo e a escuta qualificada para resultar em um ambiente de trabalho positivo, no empoderamento e no trabalho em equipe.

Os profissionais relataram que a oferta de práticas humanizadoras, especialmente a implementação do acolhimento, levou a mudanças no trabalho em equipe. Os resultados indicaram que a equipe de enfermagem muitas vezes lidera o acolhimento com a presença dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A equipe de acolhimento também abrange os agentes comunitários de saúde, assistentes sociais e auxiliares odontológicos.

Os enfermeiros participam na equipe de acolhimento e muitas vezes atuam na retaguarda da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários. Também na retaguarda estão os médicos e dentistas, que apoiam e aconselham a equipe de acolhimento, mas sem apresentar maiores alterações nas suas práticas de trabalho.

Os trabalhadores de uma equipe multidisciplinar geralmente consideram que o trabalho na saúde é efetuado por diferentes profissionais de forma compartilhada, mas muitas vezes não se dão conta de que a autonomia absoluta de um profissional com relação aos outros trabalhadores e usuários atrapalha a construção de um trabalho compartilhado⁽²⁸⁾.

Esse foi o caso relatado por alguns profissionais concernente àqueles médicos que sentiam dificuldades para participar no acolhimento e isolavam suas atividades na AB. Mas diferia do que foi descrito sobre alguns membros da equipe de enfermagem e outros profissionais que conseguiram trabalhar em equipe e aumentar sua parte no serviço através do acolhimento.

Os profissionais relataram que a implementação do acolhimento levou a mudanças importantes na prática dos profissionais não-médicos na AB, especialmente para os assistentes sociais e profissionais de enfermagem que ampliaram suas ações de cuidado à saúde. Isso cumpre com uma premissa do acolhimento, que é retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado e ampliar a clínica realizada pelos outros profissionais⁽²⁹⁾.

O contexto da AB demanda a responsabilização mútua e a atenção integrada, além da compreensão de que o acolhimento não corresponde à triagem e que a conduta baseada em queixas não deve ser a meta das equipes de saúde. Os profissionais que têm contato com as práticas de humanização possuíam concepções ampliadas da saúde e cuidado. Mas essa expansão nem sempre tem sido suficiente para alterar a lógica de trabalho nos serviços e alcançar a cobertura universal da saúde.

A cobertura universal da saúde é um conceito ambicioso. Estabelece o que deve ser alcançado mas pouco sobre como alcançá-lo. O primeiro passo é a construção de uma força de trabalho na saúde que é adequado ao objetivo e adequado à prática⁽³⁰⁾.

Algumas das Diretrizes Estratégicas para o Fortalecimento dos Serviços de Enfermagem e Obstetrícia⁽⁴⁾ podem ajudar a alcançar a cobertura universal da saúde. Essas são: estratégias desenvolvidas para estimular os indivíduos, famílias e comunidades a exercerem um papel mais proativo na avaliação das necessidades de saúde e da eficácia da prestação dos serviços; incorporação de padrões de prática para o cuidado centrado nas pessoas na prestação dos

serviços de saúde com qualidade; desenvolvimento e implementação de modelos de AB liderados por enfermeiros e obstetrias; ferramentas e modelos para melhorar a qualidade da prática, especialmente dentro da AB; mudanças baseadas em pesquisas sobre práticas de enfermagem e obstetria para melhorar os serviços e os resultados da saúde; fortalecimento da colaboração interprofissional e multisetorial para maximizar a contribuição dos enfermeiros e obstetrias às metas da saúde e do desenvolvimento⁽⁴⁾.

Resultados relacionados às obstetrias não foram identificados nesta revisão sistemática. A prática obstétrica também é discutida na política brasileira de humanização; esse escopo é conhecido como humanização do parto e nascimento e advoga pelo respeito aos direitos (sexuais e reprodutivos, ao acesso universal, à tecnologia disponível) das mulheres; tratamento respeitoso dos profissionais; alívio da dor e prevenção da dor iatrogênica⁽³¹⁾.

Em um estudo controlado randomizado⁽³²⁾ sobre o impacto da atenção de pré-natal suplementar ofertado por enfermeiros em uma comunidade, relacionou esta prática a resultados positivos para a saúde das grávidas. Com base nesse estudo⁽³²⁾, pôde-se identificar as habilidades gerais, exigências de capacitação e educação para a cobertura universal da saúde. As habilidades

gerais foram: uma abordagem holística e universal que reconhece os elementos físicos, emocionais e espirituais da gravidez; o oferecimento de apoio e a discussão de temas relacionados à nutrição, estilo de vida, segurança alimentar, saúde psicossocial e abuso, possíveis complicações médicas e exercícios, atenção multilíngue e culturalmente apropriada. As demandas de treinamento e educação foram relacionadas à saúde comunitária, treinamento na atenção pré-natal e seguimento pós-natal, abordagem à pessoa total, perspectiva humanista da aprendizagem, atenção integral ao parto e nascimento, abordagem de aconselhamento com foco na solução, abordagem à comunidade como parceira, rastreamento para abusos e encaminhamento.

Uma ampla gama de serviços de enfermagem foi apresentada nos resultados desta revisão sistemática, tais como consultas de enfermagem, gestão dos serviços, orientação dos técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsabilidades relacionadas à vacinação, visitas domésticas, organização de grupos terapêuticos, participação em conselhos de saúde comunitária. Para prestar esses serviços e alcançar a cobertura universal da saúde, apresenta-se uma lista de demandas na Figura 3.

Demandas	Descrição
Habilidades gerais	Escuta qualificada, diálogo, respeito, responsabilidade, empatia, vínculo, afeição, atenção, abordagem centrada no paciente, promoção do empoderamento e da autonomia, compreensão da organização do sistema de saúde e dos serviços de AB, trabalho em equipe, adesão da comunidade, liderança e gestão, compreensão do acolhimento, uso de tecnologias leves, valorização dos usuários e colegas de trabalho, confiança, solidariedade, dignidade e respeito pelos princípios éticos.
Abordagem interdisciplinar e interprofissional	Promoção de ambientes de trabalho positivos, qualidade da atenção, comunicação, comprometimento da equipe e responsabilidade perante a comunidade, gestão participativa, discussão continuada sobre o processo de trabalho, trabalho em equipe, avaliação de desempenho e divisão adequada das atividades entre os profissionais, uso de protocolos e registro de dados do acolhimento, flexibilidade para as consultas, agendamentos e prática menos burocrática
Educação e treinamento	Tecnologias leves e organização do sistema de saúde, com foco na AB, como temas específicos a serem aprendidos nos cursos de graduação, pós-graduação, educação continuada, para novos trabalhadores e para profissionais com maior experiência
Recrutamento, distribuição e retenção	Condições de trabalho adequadas, tais como mais tempo, menos pessoas a serem atendidas, melhor espaço físico, mais recursos, envolvimento comunitário e reconhecimento verbalizado pelos usuários, vínculo profissional-comunidade, condições sociais apropriadas da comunidade (acesso à água, saneamento básico, coleta de lixo, realização de concursos públicos (longo prazo) contribuindo à retenção dos profissionais nas áreas cobertas

Figura 3 – Demandas de enfermagem para a cobertura universal da saúde

Os desafios de enfermagem para a cobertura universal da saúde, com base nas demandas apresentadas, dizem respeito à educação e treinamento, condições de trabalho adequadas na AB e definição clara de papéis. Esses desafios são intrinsecamente relacionados, considerando que a combinação da

educação e treinamento com as condições de trabalho ajudam a definir o papel da enfermagem na AB.

A educação e o treinamento considerando as concepções ampliadas de saúde e cuidado, condições de trabalho adequadas na AB, com trabalho em equipe e um ambiente positivo, são fundamentais para reconhecer e reafirmar o papel da enfermagem na

promoção da qualidade de vida e do cuidado centrado nas pessoas. O papel da enfermagem na AB vai além do tratamento de usuários doentes. A demanda de cuidado pode estar relacionada à orientação, autonomia pessoal e empoderamento, ao autocuidado dos pacientes e ao cuidado dos familiares.

Entre os estudos incluídos na revisão sistemática, uma enfermeira em um serviço de saúde sem práticas humanizadoras relatou que não havia mais nada a fazer para um paciente terminal (A26). Isso demonstra a incompatibilidade de uma enfermeira com seu papel profissional. A enfermagem vai além do diagnóstico, ser enfermeiro significa cuidar de alguém que não tem capacidade para fazê-lo em qualquer fase do processo de vida e morte.

Porém, compreende-se que as concepções ampliadas de saúde e cuidado são opostas ao conceito fragmentado com enfoque médico atualmente presente em muitos locais de trabalho, apresentado na mídia e ensinado em vários cursos de saúde. Portanto, são necessários investimentos no trabalho em equipe multidisciplinar, na oferta do acolhimento pelos serviços, tanto para os usuários como para os profissionais, privilegiando áreas terapêuticas e o uso de tecnologias leves, para promover momentos de encontro que criam vínculos e melhoram o reconhecimento da enfermagem pelos usuários, pela comunidade e por outros profissionais.

Em geral, os resultados desta revisão sistemática estão de acordo com algumas das estratégias para a Cobertura Universal da Saúde propostas pelo 6º Fórum Global de Enfermagem e Obstetrícia. Essas são: políticas que abrangem a visão da CUS para garantir os serviços integrados centrados nas pessoas; abordagem educacional à qualidade e relevância da força de trabalho de enfermagem e obstetrícia para atender às demandas de saúde locais e nacionais em evolução; intervenções que melhorem a acessibilidade dos serviços e estratégias de apoio a parcerias colaborativas para minimizar as barreiras aos serviços de saúde⁽³³⁾.

Uma limitação neste estudo é que a maioria dos estudos incluídos na revisão são brasileiros. Apesar disso, os resultados podem ser aplicados a diferentes realidades, especialmente aos países de baixa e média renda e aos sistemas de saúde que enfrentam desafios sanitários e sociais críticos, uma vez que estes são os desafios da AB brasileira. As práticas humanizadoras podem otimizar a atenção de enfermagem e sua capacidade de resposta à implementação da cobertura universal da saúde.

A enfermagem como prática social demanda reflexões sobre a complexidade das questões sociais e da saúde, de acordo com a pluralidade da sociedade

contemporânea. No trabalho diário, os enfermeiros devem conjugar princípios e valores com competência, em um ambiente de corresponsabilidade e atenção⁽³⁴⁾.

Conclusões

Os desafios da enfermagem para a cobertura universal de saúde dizem respeito à educação e treinamento, condições de trabalho adequados na AB e uma definição clara dos papéis na AB. Dificuldades devem ser superadas, tais como conceitos fragmentados de saúde e cuidado, e deve-se investir em equipes de trabalho multidisciplinares, empoderamento da comunidade, vínculo entre profissional e usuário, acolhimento, uso de tecnologias leves, com vistas a promover qualidade de vida, cuidado holístico e melhorar o reconhecimento da enfermagem pelos usuários e outros profissionais.

A qualidade dos resultados nesta revisão sistemática pode ser classificada como baixo nível de evidência, já que a maioria dos estudos utilizaram entrevistas e grupos focais como principal método de coleta de dados. Apesar disso, com base nos benefícios percebidos e apresentados pelos profissionais com relação às práticas humanizadoras na AB, essa prática pode ser fortemente recomendada. As evidências sugerem que o papel da enfermagem na linha de frente da AB para fins da CUS pode beneficiar-se das práticas humanizadoras e de concepções ampliadas de saúde e cuidado.

Agradecimentos

Ao Departamento de Profissionais da Saúde, particularmente Ms. Annette Mwansa Nkowane, Oficial Técnica de Enfermagem e Obstetrícia da Organização Mundial da Saúde em Genebra, Suíça, pela leitura da versão preliminar deste artigo e pelas sugestões que melhoraram a qualidade da discussão, realizadas durante um estágio de doutorado.

Referências

1. Campbell J. The route to effective coverage is through the health worker: there are no shortcuts. *Lancet*. 2013;381:725.
2. UN. United Nations. Health in the post-2015 UN development agenda. Thematic Think Piece. Geneva: UNAIDS, UNICEF, UNFPA, WHO; 2012.
3. Cometto G, Witter S. Tackling health workforce challenges to universal health coverage: setting targets and measuring progress. *Bull World Health Organ*. 2013;91:881-85.

4. World Health Organization. Strategic directions for Strengthening Nursing and midwifery services 2011–2015. Geneva: WHO; 2010.
5. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Della Nora C, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1-15.
7. Lopes ALM, Fracoli LA. Systematic Review of Literature and Qualitative metasynthesis: considerations about their application in nursing research. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):771-8.
8. Sandelowski M, Voils CI, Barroso J. Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies. *Res Sch*. 2006;13(1):29.
9. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
10. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2011 edition. Adelaide: Institute Joanna Briggs; 2011.
11. Knafl K, Sandelowski M, [Jamie Crandell](#), [Jennifer Leeman](#), Julia S-K. Mixed-methods synthesis of research on childhood chronic conditions and family [Internet]. Chapel Hill (NC): School of Nursing at University of North Carolina, National Institute of Nursing Research, National Institutes of Health, R01NR012445; 2015. [Acesso 30 jun 2016]. Disponível em: <http://nursing.unc.edu/research/developing-innovative-approaches-to-enhance-science-its-translation-to-practice/mixed-method-synthesis-of-research-on-childhood-chronic-conditions-and-family/>
12. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using Qualitative Metasummary to Synthesize Qualitative and Quantitative. *Res Nurs Health*. 2007;30:99-111.
13. Voils CI, Sandelowski M, Barroso J, Hasselblad V. Making Sense of Qualitative and Quantitative Findings in Mixed Research Synthesis Studies. *Field Method*. 2008;20(1):3-25.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(6):e1000097.
16. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Health workforce and universal health coverage: a systematic review about humanization practices. *Hum Resources Health*. In press 2015.
17. Ayres JRCM. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):43-62.
18. Chiesa AM, Nascimento DDG, Bracciali LAD, Oliveir MAC, Ciampone MHT. A Formação de Profissionais da Saúde: Aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*. 2007;12(2):236-40.
19. Mckenna H. Nursing theories and models. New York: Routledge; 2005.
20. Meleis AI. Theoretical nursing: Development and progress. 5.ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
21. Oliveira MAC. Re(thinking) Nursing carative projects through the light of population health needs. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):401-5.
22. Pasche DF. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria. Palhoça: Ed Unisul; 2010. p. 381-9.
23. Zoboli ELCP. Desafios éticos para a consolidação do SUS. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F. Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria. Palhoça: Ed Unisul; 2010. p. 373-80.
24. Pereira DQ, Pereira JCM, Assis MMA. The odontological practice in the Basic Health Units in Feira de Santana, Bahia, in the health municipalization process: individual, autonomous, curative and technical activities. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):599-609.
25. Luz MT. Natural, Racional, Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna. São Paulo: HUCITEC; 2012.
26. Rimoli J. Análise de uma intervenção pedagógica em Centros e Saúde e seu impacto na Assitência e na gestão. In: Merhy EE, Junior HMM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 199-296.
27. World Health Organization. Nursing and midwifery progress report 2008–2012. Geneva: WHO; 2013.
28. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potencia do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA. Razões públicas para a integridade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 29-40.
29. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. User embracement and social (de)medicalization: a challenge for the family health teams. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl.3):3615-24.
30. Campbell J. Towards universal health coverage: a health workforce fit for purpose and practice. *Bull World Health Organ*. 2013;91:881-5.
31. Diniz CSG. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meanings of a movement. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.

32. Tough SC, Johnston DW, Siever JE, Jorgenson G, Slocombe L, Lane C, et al. Does Supplementary Prenatal Nursing and Home Visitation Support Improve Resource Use in a Universal Health Care System? A Randomized Controlled Trial in Canada. *Birth*. 2006;33:3.
33. World Health Organization. 6th Global Forum for Government and Midwifery Officers. Geneva: WHO; 2014.
34. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(3):695-703.

Recebido: 20.5.2015

Aceito: 4.7.2015

Correspondência:

Mariana Cabral Schweitzer
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César
CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: marycabral101@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.