



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Gabriela Oliveira da Silva Jerônimo

**Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher:
revisão sistemática com metassíntese**

Rio de Janeiro

2017

Gabriela Oliveira da Silva Jerônimo

**Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher:
revisão sistemática com metassíntese**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

J563 Jerônimo, Gabriela Oliveira da Silva.
Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher
: revisão sistemática com metassíntese / Gabriela Oliveira da Silva
Jerônimo. - 2016.
53 f.
Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Acolhimento. 3. Humanização da
Assistência. 4. Saúde da Mulher. I. Vargens, Octavio Muniz da
Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Gabriela Oliveira da Silva Jerônimo

**Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher: revisão
sistemática com metassíntese**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 23 de fevereiro de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Carla Marins Silva
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus criador de todas as coisas e a minha amada família que sempre me apoiou nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sonhar os meus sonhos, por toda Sua fidelidade sabedoria, paciência e forças para concluir mais esta etapa da minha vida, sem Ele nada teria acontecido.

A meus queridos pais por todo apoio incondicional para que eu tivesse êxito na vida, sem eles eu não teria conseguido mais esta conquista.

Aos meus avós que apesar da pouca instrução sempre foram para mim exemplo de perseverança, luta e trabalho, sem eles eu nunca saberia o valor do conhecimento.

Ao meu marido Matheus e as minhas filhas Maria Clara e Maria Gabriela por tudo apoio incondicional, amor e paciência para que eu permanecesse perseverante na caminhada, sem vocês eu não teria sabedoria para entender os sonhos e as demoras de Deus em minha vida.

Ao meu irmão toda companhia e por todas as viagens realizadas para que eu pudesse continuar a estudar e me aprimorar, sem você minhas idas e vidas ao Rio seriam muito sem graça.

A todos os meus professores, não só da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), mas a todos que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e intelectual.

Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

Aclamai a Deus, toda terra,
Cantai a glória de Seu nome, rendei-lhe glorioso louvor.
Dizei a Deus: “Vossas obras são estupendas!
Tal é o Vosso poder que os próprios inimigos Vos glorificam.
Diante de Vós se prosterne toda terra, e cante em Vossa honra a glória de Vosso nome”
Vinde contemplar as obras de Deus [...]
[...] Eu vos narrarei quão grandes coisas Deus fez à minha alma.
Meus lábios o invocaram, com a minha língua o louvei.
Se eu intentasse no coração o mal, não me teria ouvido o Senhor.
Mas Deus me ouviu; atendeu a voz da minha súplica.
Bendito seja Deus que não rejeitou a minha oração, nem retirou de mim a sua misericórdia.

RESUMO

JERÔNIMO, Gabriela Oliveira da Silva. **Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher: revisão sistemática com metassíntese.** 2017. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O presente estudo teve por objetivo identificar e analisar as concepções de acolhimento, a partir das publicações científicas de enfermagem na atenção à saúde da mulher; e desenvolveu-se a partir das ideias de que as mulheres são a maioria da população e as principais usuárias dos serviços de saúde e ainda, que o acolhimento vem se configurando como estratégia de humanização da assistência. Numa tentativa de superar os erros e limitações do atual modelo assistencial tecnocrático e produzir mudanças positivas nos modos de se gerir e cuidar, o próprio SUS lança em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde. Suas diretrizes e dispositivos, tais como, acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e formação e intervenção, norteiam o trabalho do PNH. Este estudo foi realizado a partir da revisão sistemática de literatura de 24 artigos sobre o acolhimento, buscou-se integrar os diferentes significados do termo, na perspectiva das usuárias e das enfermeiras. As concepções deram origem a 7 núcleos temáticos criados a partir associação de diversas ideias/concepções agrupadas por sua afinidade, semelhança ou função. No 1º núcleo temático acolhimento é concebido pelas enfermeiras como uma técnica de organização do serviço e processo de trabalho que envolve especialmente o enfermeiro. Os demais núcleos temáticos envolvem a concepção de enfermeiros e mulheres/usuárias, sendo acolhimento concebido no 2º núcleo como uma relação de mútuo interesse, uma atitude ou manifestação afetiva de aproximação e inclusão. No 3º núcleo toma a configuração de uma ferramenta ou um elemento para se efetuar uma atenção humanizada. No 4º núcleo acolhimento representa um veículo de comunicação entre profissional e a mulher assistida que envolve a comunicação verbal e não-verbal. No 5º núcleo adquire o valor de um atributo ou qualidade indispensável a prática profissional. No 6º núcleo é visto como o estabelecimento de vínculo na rede e entre profissionais e usuária. No 7º núcleo se manifesta através de sentimentos de confiança e segurança que o profissional transmite durante a assistência. Através da análise concluiu-se que a concepção de acolhimento envolve duas dimensões: uma humanizada associada às percepções das mulheres/usuárias e profissionais, e outra técnica ligada a uma percepção exclusivamente dos profissionais mostrando que a enfermagem agrega um valor a mais ao termo acolhimento, e que eles terão como base para suas ações o significado que associam ao termo acolhimento. Cada ideia/concepção possui um elo de ligação, percebido como uma busca ou como uma expectativa de se promover o empoderamento e o protagonismo da mulher assistida durante seu processo de saúde e doença.

Palavras-chave: Humanização. Acolhimento. Saúde da mulher.

ABSTRACT

JERÔNIMO, Gabriela Oliveira da Silva. **Acolhimento no contexto da assistência de enfermagem à mulher**: revisão sistemática com metassíntese. 2017. 53 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The present study had as objective to identify and to analyse the conceptions of embracement, from the nursing's scientific publications in woman's health care. It was performed based on the ideas that women are the majority of the population and the main users of health services, and that the embracement has been configured as a humanization strategy for care. In an attempt to overcome the errors and limitations of the current technocratic care model and to produce positive changes in ways of managing and caring for oneself, SUS launches in 2003, the National Humanization Policy (PNH), which seeks to put SUS principles into practice. Its directives and devices guide the work of the HNP, such as: reception, participative management and co-management, ambience, extended and shared clinic, valorization of the worker, protection of users' rights and training and intervention. This study was carried out based on the systematic review of the literature of 24 articles about the embracement, we sought to integrate the different meanings of the term, from the perspective of users and nurses. The conceptions lead to 7 themes created from the association of different ideas / conceptions, grouped by their affinity, similarity or function. In the 1st theme embracement is conceived by the nurses as a technique of organization of the service and work process that especially involves the nurse. The other theme involve the conception of nurses and women / users, being conceived in the 2nd nucleus as a relation of mutual interest, an affective attitude or manifestation of approximation and inclusion. In the 3rd theme it takes the configuration of a tool or an element to make a humanized attention. In the 4th theme embracement represents a way of communication between professional and assisted woman that involves verbal and non-verbal communication. In the 5th theme it acquires the value of an attribute or quality indispensable to professional practice. In the 6th theme is seen as the establishment of link in the network and between professionals and user. In the 7th theme it manifests itself through feelings of confidence and security that the professional transmits during the assistance. Through the analysis, it was concluded that the conception of reception involves two dimensions: a humanized one associated with the perceptions of the women / users and professionals, and another technique linked to a perception exclusively of the professionals showing that the nursing adds an extra value to the term embracement, And that they will have as their basis for their actions the meaning they associate with the term embracement. Each idea / conception has a link, perceived as a search or as an expectation of promoting the empowerment and protagonism of women assisted during their health and disease process.

Keywords: Humanization of assistance. User Embracement. Women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro – Modelo do Instrumento de avaliação preliminar (individual) dos artigos.....	22
Figura 1 – Esquema simplificado do processo metodológico.....	23
Figura 2 – Acolhimento x Significados = Ações	27
Figura 3 – Relação entre os núcleos temáticos	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
MS	Ministério da Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	15
1.1	Acolhimento: sua relação com o SUS	15
1.2	Humanização: sua relação com o acolhimento	16
1.3	Acolhimento como cuidado de enfermagem	17
1.4	Percepção de acolhimento na ação humana	19
2	METODOLOGIA	21
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	26
3.1	Núcleo temático: organização do serviço e processo de trabalho	29
3.2	Núcleo temático 2: humanização	33
3.3	Núcleo temático 3: atitudes ou manifestações afetivas de aproximação e inclusão	35
3.4	Núcleo temático 4: comunicação	37
3.5	Núcleo temático 5: atributo, qualidade	40
3.6	Núcleo temático 6: vínculo	41
3.7	Núcleo temático 7: sentimentos	42
	CONCLUSÃO	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE - Concepções de acolhimento.....	49

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto: os significados de acolhimento no contexto do cuidado à mulher, presentes nas publicações científicas de enfermagem. E desenvolveu-se a partir das ideias de que as mulheres são a maioria da população brasileira (51,9%) e as principais usuárias dos serviços de saúde, (PESQUISA, 2015), e ainda, que o acolhimento vem se configurando como estratégia de humanização da assistência.

A enfermagem traz em sua essência a conotação de cuidado, no entanto, está inserida num modelo assistencial tecnocrático baseado na separação entre corpo e mente, na produção de trabalho, imposição e supervalorização das tecnologias duras e procedimentos invasivos desnecessários, além de visarem o lucro, status e hegemonia da classe médica (DAVIS-FLOYD, 2001). Essa ideologia, vivenciada até hoje, não impede o desenvolvimento da enfermagem como ciência, mas fragiliza as bases da assistência e impõe uma forma de pensar ao profissional que o afasta da humanização, tornando o trabalho da enfermagem restrito ao curativo, sendo que, este em sua essência, busca ir além do trivial ao promover a autonomia da usuária e ao fazer uso da empatia para promoção do cuidado.

O conceito de poder simbólico vem trazer o significado de um poder naturalmente reconhecido pelo outro através do capital cultural adquirido, este poder não é imposto pela força física mas torna o outro manipulável e secundário na tomada de decisão como podemos notar nas seguintes falas de BOURDIEU, “é com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”(BOURDIEU, 1989, p.7-8), logo, se aplicarmos este conceito no campo da saúde, observamos que este tipo de violência encontra-se presente nos serviços de saúde, através da forma como o usuário é muitas das vezes subjugado durante todo seu processo de saúde/doença, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições, como pode-se observar nos dizeres a seguir:

O estudo das instituições de saúde sugere que cultura, poder e identidade estão intimamente relacionados, de forma que um desses aspectos pode fornecer significado ao outro. Uma cultura organizacional é capaz de reafirmar os valores e ideologias de um

grupo em relação aos demais, constituindo a base desse grupo. Portanto, a cultura pode conceder poder e, conseqüentemente, alimentar as identidades dos membros de uma organização. Nas instituições de saúde, o poder serve para sustentar a identidade que se torna legitimada pela sociedade. Todavia, o seu propósito é definir a identidade dos sujeitos, embora o seu efeito torne-os subordinados e inseguros quanto ao desempenho. Isso acontece porque há uma rede de interesses camuflados, desejos de confirmar sua subordinação ou os significados e sentimentos de superioridade dos detentores do poder nas organizações de saúde – o domínio do saber médico. (SANTOS, 2007, p.234).

Ter o conhecimento da existência de mecanismos de cultura, poder e violência permite a compreensão dos conceitos e ideologias que estão por de trás do modelo assistencial tecnocrático atual, e uma forma de romper com essa corrente de dominação gerando a oportunidade de mudança nesse cenário de submissão e opressão ao qual o usuário e profissional estão expostos diariamente - através da medicalização da assistência, da supervalorização das tecnologias invasivas, no desrespeito aos direitos de informação, escolha de procedimentos e acompanhante, na falta de sigilo e na exposição desnecessária dos pacientes a situações constrangedoras - e uma forma de se promover saúde partindo do princípio da humanização e dos direitos do cidadão, ao proporcionar o empoderamento e a autonomia da mulher assistida e dos demais indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje a saúde é um reflexo da forma como o modelo assistencial tecnocrático foi idealizado e implantada no Brasil, baseado no modelo inglês uma medicina que, é *“essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torna-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas”* (RAMMINGER, 2008, p.73). A realidade da concepção desta ideia é completamente antagônica a ideia de humanização proposta pelo SUS através da Política Nacional de Humanização (PNH), que também é uma forma de mudar a essência opressora deste modelo assistencial tecnocrático idealizado, implantado e atualmente usado durante a assistência.

A Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS tem como propósito contagiar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde com seus princípios e diretrizes, que são conceitos que norteiam o trabalho do PNH, tais com: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e

formação e intervenção. Também tem como propósitos fortalecer as iniciativas de humanização, desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento, de estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão, e a implementação de um processo de acompanhamento e avaliação que ressalte os saberes gerados no SUS e as experiências coletivas bem-sucedidas. (REDE HUMANIZA SUS, [2016]).

Dentre as várias diretrizes e dispositivos apresentados o acolhimento toma um destaque especial por vim se configurando como estratégia de humanização da assistência que legitima a singularidade do outro. O que muito chama a atenção para um entendimento mais profundo sobre o significado de seu conceito pelos principais usuários do SUS: as mulheres, e também dos profissionais que as atendem, ou seja como tem se configurado o acolhimento na atenção à saúde da mulher nas publicações científicas de enfermagem dos últimos 5 anos.

Justifica-se conhecer o significado de acolhimento para as usuárias/mulheres e profissionais o importante fato de que nossas ações costumam ser com base no significado que as coisas possuem para nós, como nos diz Herbert Blumer na perspectiva interacionista. Obter a compreensão das ações de acolhimento que a mulher espera receber, e as ações que os profissionais proporcionam durante a atenção se torna uma estratégia essencial para promover uma assistência mais humanizada.

É por estes e outros motivos que, muito mais que uma ferramenta de trabalho, a diretriz do acolhimento para a implementação da PNH deve ser vista como uma postura que busca modificar uma realidade opressora e intimidadora, dando ao usuário o respeito e o direito de ser mais que um mero expectador de sua vida no processo de saúde-doença. No âmbito profissional, de quem o pratica, significa a oportunidade de ser um verdadeiro agente gerador de transformações sociais e provedor de cuidado.

Nesse contexto surgiram alguns questionamentos, juntamente com o desejo de formar um pensamento crítico e consciente da importância do acolhimento como tecnologia de cuidado de enfermagem à mulher, sendo eles:

- a) Quais as concepções de acolhimento apresentam as publicações científicas de enfermagem na atenção à saúde da mulher?

- b) Que análise pode ser feita a partir das concepções de acolhimento apresentada pelas publicações científicas de enfermagem na atenção à saúde da mulher?

A partir das questões levantadas foram traçados os seguintes objetivos:

- a) Identificar as concepções de acolhimento, a partir das publicações científicas de enfermagem na atenção à saúde da mulher;
- b) Analisar as concepções de acolhimento apresentadas nas publicações de enfermagem na atenção à saúde da mulher.

A questão problema que fundamentou o estudo foi: Qual o significado atribuído ao termo acolhimento pelas publicações de enfermagem na atenção à saúde da mulher? E como este, norteia a prática do cuidado de enfermagem?

Esta dissertação busca contribuir com a valorização da Política Nacional de Humanização (PNH), ao enriquecer os conhecimentos voltados para o entendimento do conceito da diretriz do acolhimento para usuárias/mulheres e profissionais, e também, como este conceito tem norteado a prática profissional visando diminuir as lacunas do conhecimento referentes as diferentes percepções do termo acolhimento, e as práticas de cuidado na atenção a mulher, fazendo com que esta estratégia se torne uma tecnologia de cuidado de enfermagem mais eficiente e especializada.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1 Acolhimento: sua relação com o SUS

A saúde é um direito fundamental e social do ser humano garantido pela Constituição Federal de 1988 resguardado através do artigo 6º da carta magna, e assegurado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, instituído como direito de todos e dever do Estado e onde também assegura a implementação de políticas públicas e econômicas como forma de efetivação do direito a saúde e diminuição da injustiças sociais de acesso e cuidado :

Art. 6º “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 2004, p.8).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2004, p.50).

Através da lei nº 8.080/1990 tem-se concretizado a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a garantia da efetivação e proteção da saúde ((DIAS, 2015)

Numa tentativa de superar os erros e limitações do atual modelo assistencial tecnocrático e produzir mudanças positivas nos modos de se gerir e cuidar, o próprio SUS lança em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde através de suas diretrizes e dispositivos (BRASIL, 2017).

Suas diretrizes e dispositivos são conceitos que norteiam o trabalho do PNH, tais com: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e formação e intervenção (REDE HUMANIZA SUS, [2016]).

Sendo que a diretriz do acolhimento ganha um destaque especial por vim se configurando como estratégia de humanização da assistência que legitima a singularidade do outro no processo de saúde/doença, e por se tonar a porta de entrada a todos os princípios do SUS, pois na ausência do acolhimento, como tratar todos os cidadãos usuários do SUS como iguais, de forma integral e participativa, em todos os níveis da assistência ou como dar o direito de voz e de vez?

1.2 Humanização: sua relação com o acolhimento

Barbosa, Bobato e Mariutti (2012) apresentam a Política de Humanização como uma reforma no campo das práticas, que impõe um questionamento do modelo tecnoassistencial e da qualidade dispensada a saúde. Casate e Corrêa (2005), pontuam algumas ideias sobre a necessidade da humanização nos serviços de saúde e no contexto da civilização tecnicista, em ambos por causa de situações “desumanizantes”. Nos serviços de saúde estas situações estão relacionadas com as falhas na organização do atendimento, na relação com o doente, nas condições de trabalho, na racionalização, mecanização e burocratização excessiva do trabalho impedindo a capacidade crítico criativa do profissional. No contexto da civilização técnica, consideram que o que o atual desenvolvimento tecnológico vem dificultando as relações humanas, tornando-as “frias, objetivas, individualistas e calculistas” (CASATE; CORRÊA, 2005).

A humanização do SUS é entendida pelo Ministério da Saúde como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores -, e também no incentivo da autonomia, da corresponsabilidade e do protagonismo dos mesmos. É fundamental no estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva do processo de gestão, defesa de um SUS sem distinção, e de um modelo de atenção e gestão que valorize os trabalhadores e as relações sociais. Do mesmo modo, é essencial no compromisso com uma assistência de qualidade, de serviços bem articulados e na luta por um SUS mais humano comprometido no estabelecimento de suas diretrizes. A compreensão de humanização assim como exposta, traz consigo os pressupostos

básicos para uma assistência pautada nos direitos que cada cidadão possui e na confiança que este órgão deposita nos profissionais e nos usuários do sistema para promoção e a manutenção da saúde coletiva da população (BRASIL, 2010).

Já para Casate e Corrêa (2005) a compreensão de humanização está relacionada a um modo de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, mostrando um enfoque na fragilidade e vulnerabilidade que enfatiza a dependência do paciente, visto até como sentimento de piedade e que, mesmo estando nessa situação de dependência, o paciente deve ser reconhecido em sua individualidade e subjetividade. Mostra assim que a humanização passa pelo reconhecimento do outro nos serviços de saúde, apontando para a importância do acolhimento.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, 2016), traz ainda o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância 'ética', pelo compromisso com o reconhecimento do outro mesmo em suas diferenças; 'estética' por trazer estratégias que dignificam a vida e o viver e 'política' pelo compromisso coletivo de envolver-se, da Política Nacional de Humanização do SUS.

1.3 Acolhimento como cuidado de enfermagem

Ao trazer o significado de acolhimento para o contexto da assistência de enfermagem, percebe-se que este, por não ser um procedimento palpável ou uma tecnologia dura, não é considerado uma tecnologia digna de atenção, mesmo estando intimamente ligado ao ato de cuidar promovido pelo enfermeiro, sendo esta mais uma das características do modelo assistencial tecnocrático, como podemos observar nos seguintes dizeres:

[...], na medicina tecnológica há um empobrecimento da valise das tecnologias leves, deslocando-se o eixo do arranjo tecnológico para uma articulação especial entre as valises das tecnologias leve-duras com a das tecnologias duras, de um jeito a mostrar uma relação cada vez mais focal da competência da ação do médico, a ponto de o mesmo praticamente reduzir-se a uma unidade de produção de procedimentos, como o ato de saúde a ser pretendido. Expressa certos procedimentos bem definidos, reduzidos a meros procedimentos pontuais, sub-especializados no plano da formação da competência profissional, com os quais os profissionais estabelecem seus verdadeiros vínculos, mediante os quais capturam os usuários e o seu mundo (MERHY, 2000, p.111).

Contudo o acolhimento é muito mais que um ato de bondade ou uma gentileza por promover o vínculo e também a autonomia da usuária. É uma ferramenta de trabalho que, aplicada de forma adequada, leva a ações concretas de cuidado no campo da saúde, se tornando um importante momento por imprimir mais qualidade a atenção (FRACOLLI et al., 2003).

Encontramos a definição de tecnologia de cuidado de enfermagem como sendo: *“todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante o processo de cuidado do paciente”* (PROGIANTI; VARGENS, 2004, p.196). Assim sendo, com o acolhimento se configurando como uma estratégia de humanização da assistência podemos situá-lo como uma tecnologia de cuidado de enfermagem.

Com a inserção do acolhimento no campo da saúde temos uma prática que rompe e supera com o modelo assistencial tecnocrático existente e, também, que amplia os conhecimentos do profissional que o desenvolve gerando um diferencial no seu trabalho. Isso tende a permitir não somente a melhoria da posição do profissional no campo da saúde, mas também a do usuário do sistema, alçando-a a condição de partícipe ativo no processo do cuidado.

Essa mudança no comportamento do profissional causada pela inserção do acolhimento no campo da saúde, pode ser compreendida como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações em interação que integram todas as experiências passadas além da constante adaptação aos estímulos do mundo moderno, de modo a gerar um processo de transformação do conhecimento (SETTON, 2002).

Ao buscar colocar em praticar o acolhimento como estratégia de humanização, os enfermeiros, assim como ao demais profissionais da área da saúde que assim se posicionarem, colocam-se a favor das propostas do SUS. Tornam-se seus maiores colaboradores toda vez que se propõem a pesquisar e publicar artigos que garantam a cientificidade das tecnologias de cuidado de enfermagem que valorizem as políticas públicas de saúde.

Assim sendo, acolhimento se configura como uma diretriz da política pública que visa diminuir o “poder” das instituições, exercido sobre os usuários e profissionais ao contribuir para a modificação do atual modelo assistencial tecnocrático para um modelo assistencial humanizado. Mas, para que toda essa

mudança aconteça, toda equipe deve estar comprometida em fazer com que o acolhimento se estabeleça em todos os encontros dos serviços de saúde.

1.4 Percepção de acolhimento na ação humana

Criamos “nosso mundo” (interior) e nossas “ações no mundo” (exterior) por causa da relação de troca que há em tudo que existe. Ao se estabelecer, esta troca, modificam-se os sujeitos envolvidos nessa relação, pois, ao mesmo tempo que somos agentes formadores de opinião, também somos passíveis de sermos influenciados pelas ideias do outro e pelo ambiente que nos cerca.

Embora no presente estudo não pretendamos desenvolver a análise estrita sob a perspectiva do interacionismo simbólico, adotamos como princípio norteador a ideia de que é com base nos sentidos que se estabelecem as relações entre os indivíduos e os objetos com os quais convivem e interagem. Assim, identificar o significado de algo, para os diferentes grupos sociais, através das relações interpessoais, permite entender como agem esses grupos sociais (BLUMER, 1969).

De um modo geral, o interacionismo simbólico envolve as concepções da sociedade como um processo de inter-relação entre os sujeitos e os objetos, e possibilita a compreensão do modo como estes indivíduos interpretam as coisas com as quais interagem e como isso se traduz no comportamento. Podemos entender melhor este processo de inter-relações entre os sujeitos e os objetos, relembando as 3 premissas básicas do interacionismo simbólico:

1. *o ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontrar na sua vida cotidiana.*
2. *o sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros.*
3. *esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontrar (HAGUETTE, 1997, p.35).*

O que nos leva a entender que os seres humanos interagem com o outro e consigo para dar sentido e significado às suas ações, e que estas ações serão

produzidas com bases naquilo que eles vivenciaram e experimentaram no mundo (HAGUETTE, 1997).

Pensando no acolhimento como de cuidado de enfermagem proporcionado durante a assistência, associado as premissas do interacionismo simbólico, podemos observar que ao interagir com uma mulher/usuária o enfermeiro ou outro profissional de saúde deverá ter como base para suas ações não somente o que significa acolhimento para ele, mas levar em consideração tudo o que for expresso pela mulher/usuária, buscando compreender o que de fato significa acolhimento também para ela, de modo a fazer com que o cuidado se consolide em ações concretas na visão de ambos, e não apenas na sua concepção. Isso permitirá o estabelecimento de vínculos, promoção da autonomia e a administração de situações conflitantes que possam existir, minimizando os efeitos negativos sobre a saúde e a percepção de um cuidado desumano.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, sobre o acolhimento, buscando integrar os diferentes significados do termo na perspectiva das usuárias e das enfermeiras, encontrado nas publicações de enfermagem.

As revisões sistemáticas devem ser abrangentes e não tendenciosas na sua preparação. Os critérios adotados são divulgados de modo que outros pesquisadores possam repetir o procedimento. Revisões sistemáticas de boa qualidade são consideradas o melhor nível de evidência para tomadas de decisão. Por seguir um método científico explícito e apresentar resultado novo, a revisão sistemática é classificada como contribuição original na maioria das revistas de pesquisa clínica (GALVÃO; PEREIRA, 2014, p.183).

Seguindo o rigor metodológico das revisões sistemáticas a pesquisa passou por algumas etapas mencionadas por Galvão e Pereira (2014) como: a elaboração da questão problema que fundamenta o estudo (etapa 1), que foi definida como: “Qual o significado atribuído por enfermeiras e usuárias da assistência ao acolhimento, e como este significado (acolhimento) norteia a prática do cuidado de enfermagem?”.

Uma vez decidida a questão prosseguimos com a busca dos estudos publicados e disponibilizados nas bases de dados/indexadoras, o que direciona a pesquisa para a busca na literatura (etapa 2), essencial no processo das revisões sistemáticas. Realizou-se uma busca de artigos publicados através do gerenciador BVS Enfermagem com o descritor: acolhimento. Esta busca encerrou-se às 12:40h do dia 04/01/2016.

Durante a seleção dos artigos (etapa 3), foram aplicados os seguintes filtros: estudos publicados nos últimos 5 anos por serem estudos mais recentes, ou seja, período de 2011 a 2015. Os documentos selecionados foram “artigos” e estes deveriam constar nas bases de dados BDENF–Enfermagem (Brasil), LILACS e MEDLINE, com os seguintes assuntos principais: Acolhimento, Humanização da Assistência, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem, Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica, Cuidado Pré-natal, Período Pós-Parto, Parto Humanizado, Gestantes. Aplicaram-se os limites de busca ao *Feminino* e *Gravidez* e posteriormente foram selecionados aqueles que possuísem texto completo. Atenderam a esses critérios 65 artigos. Ainda durante o processo de seleção dos

artigos foram empregados critérios de inclusão/exclusão, sendo removidos aqueles que:

- a) Não possuísem pelo menos 1 enfermeiro na composição dos autores;
- b) O público alvo não fossem mulheres, estudantes ou enfermeiros;
- c) Trabalhos específicos de outras áreas profissionais;
- d) Onde o público alvo atendido pelos profissionais era classificado como usuário sendo estes homens e mulheres;
- e) Onde a atuação e o cuidado de enfermagem ou dos demais profissionais da equipe de saúde não envolvessem as mulheres de forma específica;
- f) Profissionais que atuam em serviços que envolvem ambos os sexos, ex.: emergência.

Atenderam estes critérios 31 artigos. Posteriormente foram removidos os artigos repetidos chegando a um total de 24 artigos. Ressaltamos que foi utilizado um filtro de cada vez durante todo o processo de seleção dos artigos.

Os artigos foram separados em pastas/arquivos segundo o ano de publicação. Cada texto selecionado passou pelo processo de extração dos dados (etapa 4), previsto no processo para a elaboração de revisões sistemática (LOPES; FRACOLLI, 2008), através da criação de um documento chamado “instrumento de avaliação dos artigos” gerado a partir do *software Word*, esquematizado no quadro a seguir, para melhor compreensão.

Quadro – Modelo do Instrumento de avaliação preliminar (individual) dos artigos

Referência completa:		
identificação do texto	Incidências/Ocorrências de acolhimento	Síntese: Acolhimento é.../ acolhimento significa...

Nesta fase de extração (etapa 4), buscaram-se nos textos todos os parágrafos em que aparecessem os termos “acolhimento” e/ou “acolher”. Estes eram então copiados diretamente dos artigos e transferidos para a coluna “Incidências/Ocorrências de acolhimento”, do instrumento de avaliação preliminar dos artigos. Caso o texto não apresentasse nenhum dos dois termos, em nenhuma de suas partes, o mesmo era eliminado, restando 23 artigos para extração de dados

e análise. No caso da ocorrência de citação secundária, isto é referência indicada no corpo do texto, esta era separada registrada em instrumento próprio para posterior análise e, se em conformidade com os critérios estabelecidos, integrariam o corpus de análise. Caso contrário, estes textos foram separados e reservados para a etapa de discussão dos dados. Por fim, quando o parágrafo, que fora extraído do texto, apresentasse alguma(s) concepção(ções) de acolhimento, a(s) ideia(s) era(m) extraída(s) e sintetizadas na terceira coluna.

Após a realização destas etapas do processo metodológico realizou-se a avaliação da qualidade metodológica (etapa 5), sendo refeito todo o processo de trabalho realizado até este ponto para garantia de resultados fidedignos e a elaboração de um esquema metodológico de trabalho atualizada, exposta na Figura 1, a seguir:

Figura 1 – Esquema simplificado do processo metodológico (continua)

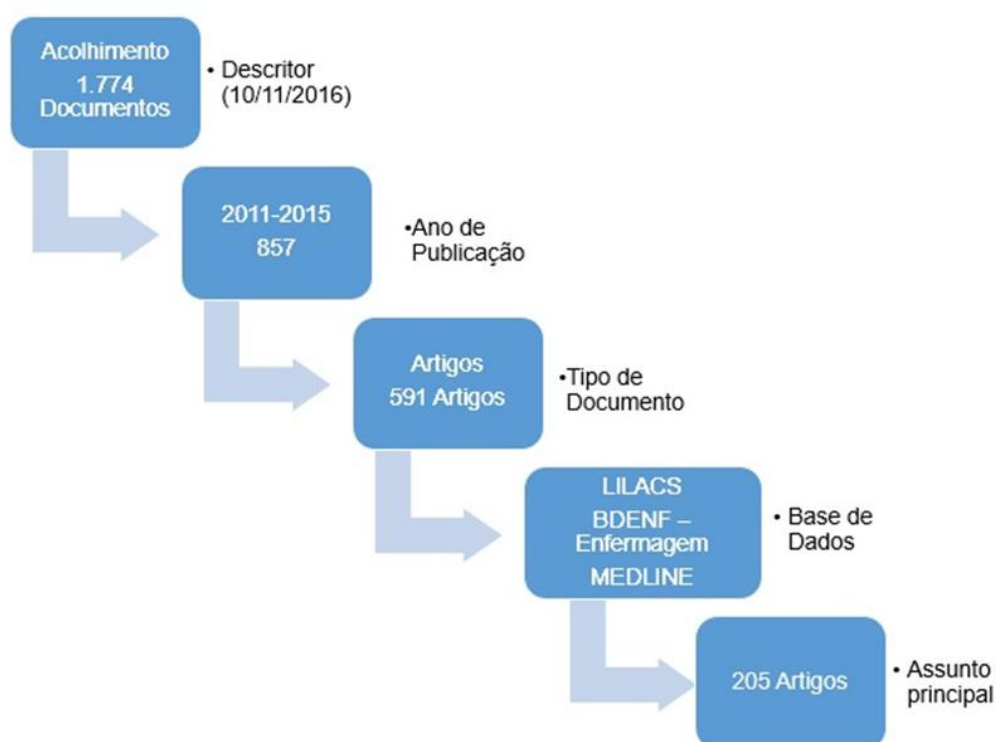
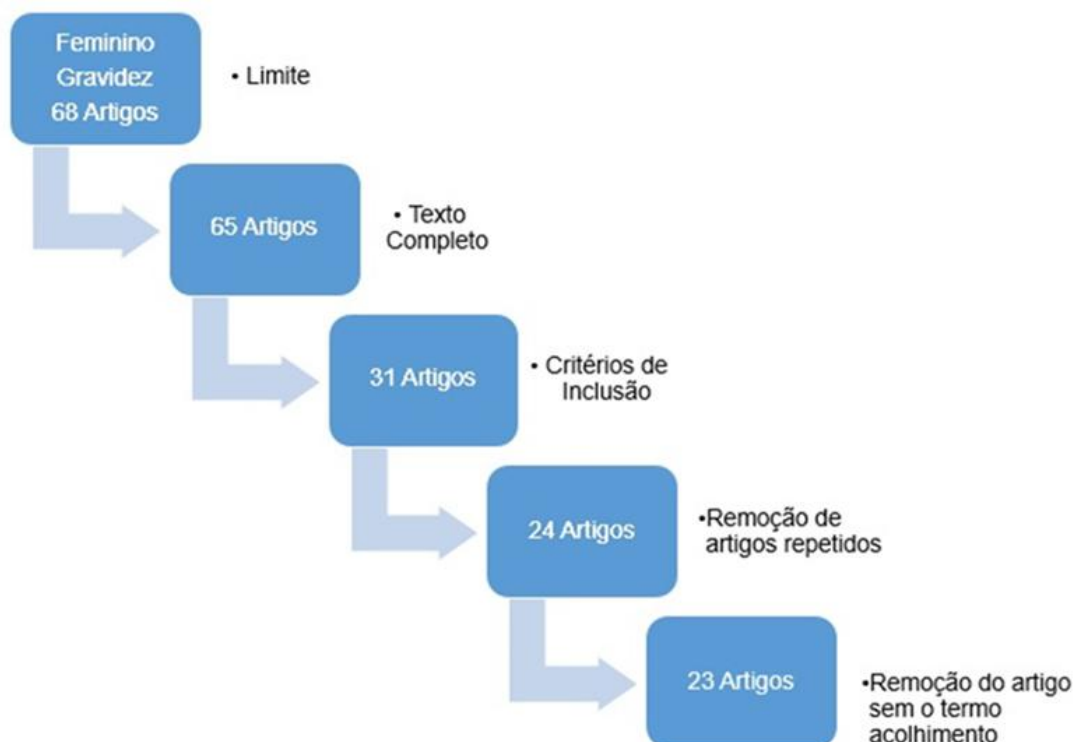


Figura 1 – Esquema simplificado do processo metodológico (conclusão)



Para análise trabalhou-se as diferentes perspectivas de acolhimento de forma articulada, através da criação dos núcleos temáticos, chegando a etapa chamada de síntese dos dados (etapa 6). Nesta fase de análise de resultados, foram retirados dos parágrafos contidos no “instrumento de avaliação dos artigos”, os diversos significados atribuídos ao termo *acolhimento*, estes foram expostos no quadro “Concepções de Acolhimento”, localizado no apêndice. Em uma análise preliminar estas ideias foram integradas e separadas por cores, para a formação de categorias de análise a serem aprofundadas. Cada cor representava a associação de diversas ideias/concepções agrupadas por sua afinidade, semelhança ou função, para posterior elaboração da metassíntese, desenvolvida dentro de cada núcleo temático, que receberam as seguintes denominações:

- a) Atitudes ou manifestações afetivas de aproximação (Rosa)
- b) Organização do serviço e processo de trabalho (Azul turquesa)
- c) Humanização (Verde brilhante)
- d) Comunicação (Amarelo)
- e) Sentimentos (Cinza 25%)

- f) Atributo, qualidade (Verde musgo)
- g) Vínculo (Azul-petróleo)

A escolha da metassíntese seu deu pelo fato de que sua validade está na lógica integradora encontrada no produto final, e no oferecimento de uma descrição coerente sobre o evento ou experiência, sendo necessário para isso captar a síntese das pesquisas individuais unidas para sua criação e desenvolvimento (LOPES; FRACOLLI, 2008) O que auxilia no desenvolvimento de uma revisão sistemática, para a apresentação de um novo resultado e uma contribuição original de estudo.

Após uma revisão sistemática de toda a pesquisa para avaliação da qualidade das evidências (etapa 7), foi redigido e elaborado todo o texto que compõe o resultado da pesquisa e sua discussão (etapa 8).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento da pesquisa foi nítida a quantidade de sentidos, atribuídos ao termo acolhimento. Em cada texto analisado pode-se perceber como esses sentidos podem ser ambivalentes, contraditórios e complementares ao mesmo tempo. No campo destas concepções, buscando entender ou fazer uma ponte de ligação que não exclua nenhuma das ideias, mas sim, algo que as tornem complementares, para que fosse possível entender o conceito que norteia a prática profissional atual visando diminuir as lacunas do conhecimento referentes as diferentes percepções do acolhimento, para sua melhor aplicabilidade nos serviços de saúde, foi preciso descrever o caminho percorrido e as percepções encontradas durante a análise dos textos/artigos.

O estudo realizado a partir do enlace das ideias contidas nos artigos permitiu o desenvolvimento de núcleos temáticos que englobaram diversas ideias/concepções de acolhimento manifestadas por profissionais e usuárias/mulheres. Possibilitando a observação de duas dimensões da concepção de acolhimento: uma humanizada, envolvendo ações e qualidades relacionais, que valoriza o sujeito e a subjetividade, que faz uso da empatia para a promoção de um cuidado com base na humanização, associada as percepções das usuárias/mulheres e profissionais. E outra tecnicista ligada a uma prática de acolhimento que agiliza o processo de trabalho para prestar o atendimento, uma percepção exclusiva dos profissionais, de modo que concebe o acolhimento como uma parte ou um tipo de processo de trabalho, mostrando que a enfermagem agrega um valor a mais ao acolhimento.

Visões completamente divergentes que se convergem apenas no objeto que desejam representar, neste caso o acolhimento. Sendo observado dois pontos de vista que se convergem quando falam de humanização, comunicação, sentimentos, atributo ou qualidade e uma totalmente específica e técnica mais voltada para um parecer profissional quando vinculada a organização e processo de trabalho, percebida muita das vezes como triagem ou classificação de risco pelos profissionais.

Como neste estudo, partiu-se da premissa de que os enfermeiros têm como base para suas ações o significado que é atribuído (BLUMER, 1969) ao acolhimento

na figura 2, observamos de forma simplificada as percepções de acolhimento apresentadas por profissionais e usuárias/mulheres.

Figura 2 – Acolhimento x Significados = Ações



De modo geral, o interacionismo simbólico envolve as concepções da sociedade como um processo de inter-relação entre os sujeitos e os objetos, e possibilita a compreensão do modo como estes indivíduos interpretam as coisas com as quais interagem e como isso se traduz no comportamento. (HAGUETTE, 1999).

Observou-se que acolhimento no campo tecnicista envolve ideologias institucionais que limitam a capacidade crítico-criativa dos profissionais, pois o sistema que conduz o cuidado e a saúde do outro com base no modelo tecnocrático hegemônico (DAVIS- FLOYD, 2001).

Quando observado no campo da humanização, um leque de opções configura e caracteriza o acolhimento de forma relacional, subjetiva e pessoal para cada indivíduo, ampliando o olhar do enfermeiro para além do essencial durante o cuidado prestado, como pode-se observar na esquematização (figura 3) a seguir existe um vínculo existente em cada núcleo temático que toma a humanização como princípio para o desenvolvimento dos demais núcleos temáticos.

Figura 3 – Relação entre os núcleos temáticos



Cada concepção possui um elo de ligação, percebida como uma busca ou como uma expectativa de se promover o empoderamento e o protagonismo da mulher assistida durante seu processo de saúde e doença.

Observa-se que os todos os núcleos temáticos desenvolvidos a partir valores atribuídos ao termo acolhimento por enfermeiras e mulheres/usuárias complementam as ações ou aspectos que se configuram numa forma de implementar a humanização, mostrando a uma forte ligação entre os diferentes valores ao acolhimento e este a humanização.

A riqueza de concepções que permeiam a humanização quando direcionada ao acolhimento é indiscutivelmente fantástica. A humanização torna esta pratica satisfatória e prazerosa a ambos os lados, permitindo ir muito além do trivial através da pratica da empatia.

Observou-se que acolhimento é uma tecnologia de cuidado de enfermagem quando assumida uma ação realizada pelos enfermeiros durante a assistência e que está postura pode norteia a pratica profissional em direção a efetivação da humanização.

Observou-se que há certa desproporcionalidade de conteúdos encontrados, relacionados à quantidade de informações encontradas para formação de cada núcleo temático. Evidenciou-se maior quantidade de reconhecimento e conhecimentos referentes ao núcleo temático 1: Organização do serviço e processo

de trabalho. Tal situação possibilitou um bom desenvolvimento e exploração do núcleo. Acredita-se que se deva ao fato de representar um reflexo da realidade muito presente na vida dos profissionais e nos serviços de saúde. Houve certa dificuldade no desenvolvimento dos demais núcleos temáticos. Talvez por estarem mais presentes no campo das intenções do que numa realidade constante dos profissionais e dos serviços de saúde. Apontado para a necessidade de estudos mais profundos da aplicabilidade destes conceitos para melhor desenvolvimento, e apropriação teórica e prática.

3.1 Núcleo temático 1: organização do serviço e processo de trabalho

Neste primeiro núcleo temático acolhimento é concebido pelas enfermeiras como uma técnica de organização do serviço e processo de trabalho que envolve especialmente o enfermeiro, mas que, quando vinculado à humanização, toma para si as necessidades do outro durante este processo.

Apenas do ponto de vista técnico o acolhimento é concebido por alguns como um modo de produção de cuidado fragmentado em uma série de operações parciais e classificada como triagem ou classificação de risco. Contudo ao tornarmos este “procedimento” uma ação técnica assistencial subjetiva e com foco nas relações, mesmo quando visto como uma tecnologia leve materializada no processo de trabalho, o transformamos em um instrumento de promoção da saúde resultante do esforço multiprofissional e de construção social que visa aperfeiçoar a humanização (CARVALHO; PAES, 2014; LIMA et al., 2014; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

Estas ideias aqui sintetizadas foram abordadas de diferentes maneiras por diferentes autores.

Silva, Padoin e Vianna (2013), trataram do assunto dizendo que o acolhimento se apresenta em três dimensões: postura, ao acontecer em qualquer local e momento da prática através da demonstração de interesse pelo problema do usuário; técnica, com estratégias que facilitem a entrada e a reorientação nos serviços através repasse de conhecimento e trabalho multidisciplinar.

Lima et al. (2014), analisando o acolhimento sob a perspectiva de estudantes de enfermagem, chama a atenção para o fato de que esses estudantes configuram o acolhimento como uma triagem, tendo como característica avaliar se há ou não necessidade de consulta com o médico. O que se nota aqui é claramente a influência do modelo tecnocrático de atenção à saúde, hegemônico em nosso meio, que prioriza a técnica, o serviço e o profissional, em detrimento do usuário (DAVIS-FLOYD, 2001). Não é estranho, portanto, que esses estudantes percebam e definam dessa maneira o acolhimento, uma vez que são formados num ambiente tecnocrático.

Existe a percepção de que acolhimento é uma estratégia de organização, um modo de operar ou uma tecnologia leve que otimiza, organiza, que introduz ações diferenciadas e mudanças positivas do processo de trabalho e cuidado nas unidades e serviços de saúde. Este dispositivo potente ou ação gerencial para a reorganização do processo de trabalho ou das práticas vigentes, visa intervir a lógica da organização e do funcionamento do serviço, através da possibilidade de organização e direcionamento das ações pautadas na integralidade e continuidade do cuidado, ao atender e priorizar as complexas necessidades dos usuários em todos os diversos níveis da assistência (BRASIL; QUEIROZ; CUNHA, 2012; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; SOUZA et al., 2012).

Mendonça et al. (2011) reconhece o acolhimento um modo de operar os processos de trabalho de maneira adequada a cada usuário, sendo uma etapa indispensável no atendimento e a efetivação do SUS. Já Lima et al. (2014) configuram o acolhimento como um atendimento que se opõe ao descaso e ao descuido sendo alicerce para integralidade. Percebe-se aqui uma dualidade: enquanto para Mendonça et al. (2011) o acolhimento se restringe a organizar o processo de trabalho, Lima et al. (2014) acrescentam a essa perspectiva a ideia de que assim é possível alcançar a integralidade no cuidado, numa clara alusão ao cunho humanizador que está por trás dessa organização do serviço. Essa perspectiva humanizadora está contida na proposta de humanização do SUS (MS, 2016)

Assumir uma postura para qualidade em saúde é fazer do acolhimento uma tecnologia e uma importante ferramenta para se ter um atendimento satisfatório e para a medida desta satisfação, a partir da melhoria na qualidade de vida das

usuárias. Pois ele é apontado como um dispositivo potente e que imprime mais qualidade a atenção, sendo critério, requisito ou quesito de avaliação da qualidade e de qualidade do atendimento ou cuidado recebido na atenção básica (BARBOSA et al., 2012; GUERREIRO et al., 2012).

Em Barbosa et al (2012), encontramos o acolhimento como elemento fundamental para uma atenção de qualidade e humanizada. Já para Guerreiro et al (2012) a satisfação e qualidade da assistência está em se ter um acolhimento que dure durante todo atendimento, que possua recursos tecnológicos, onde o cuidado seja integral e que a assiduidade e pontualidade façam parte do compromisso do enfermeiro. Essas são características que evidenciam a preocupação com a organização do serviço e do processo de trabalho. Mostra mais uma vez que a visão tecnicista se destaca para os profissionais. Essa perspectiva é compartilhada por Davis-Floyd (2001), que aponta como característica do modelo tecnocrático.

O Acolhimento como instrumento ou estratégia é uma das diversas ações/dispositivos de cuidado de enfermagem que amplia e garante a universalidade do acesso à atenção, com responsabilização e a resolubilidade da assistência prestada aos usuários, o que proporciona uma diminuição da demanda e intervenções resolutivas, através de um atendimento com identificação das necessidades de ações e serviços para cada sujeito (AGUIAR, 2013; CARVALHO; PAES, 2014; FIGUEIREDO et al., 2015; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA et al., 2013; SOUZA et al., 2013).

Para Aguiar (2013), o acolhimento, assim como outras ações de humanização, faz parte das ações de cuidado de enfermagem que devem ser prestadas à mulher. No entanto, a alta demanda de ações de enfermagem nos serviços dificulta esse modo de cuidar. Esse aspecto foi ressaltado por Mendonça et al. (2011), quando apontou a diminuição da demanda como uma solução para a melhoria do acolhimento e da comunicação com o paciente, pois a alta demanda não permite que o profissional passa dispensar tempo para ouvir cada usuária.

Lima, et al. (2014) possuem uma concepção de acolher como forma de se obter resolutividade dos problemas e necessidades, de modo individualizado e não tecnicista. Em Pereira, F. et al. (2015), além da responsabilidade e resolutividade, acolhimento é um compromisso coletivo que não pressupõe hora, local ou profissional específico para fazê-lo.

Essas ideias são reforçadas pelo MS (BRASIL, 2006, 2010, 2016) como ações positivas para implementação da humanização através da diretriz do acolhimento. Constituem uma tentativa superar o olhar tecnicista da assistência que aponta para a necessidade de se ter um ambiente mais atrativo e acolhedor que proporcione conforto e privacidade, receber assistência farmacêutica, dar informações necessárias, ter uma estrutura física adequada, obter ajuda e encaminhamentos, como modos de se conceber o acolhimento (LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, V. et al., 2012). Nesse sentido ao considerar um serviço organizado e ágil como um serviço acolhedor estes autores o colocam como estratégia humanizadora. No entanto, isso acontece apenas no campo das intenções e diretrizes institucionais. Sua operacionalização evidencia a maior preocupação com a redução do estresse e da carga de trabalho dos profissionais. Por isso o acolhimento é praticado como uma rotina institucional.

Para autores que abordam a humanização como paradigma de atenção, o simples fato de tratá-lo como uma rotina ou um protocolo institucional, coloca-o como uma prática em total consonância com o modelo tecnocrático, hegemônico entre nós (BOFF, 2004; DAVIS- FLOYD, 2001; SEIBERT et al., 2005).

Como observado nos dizeres de Mendonça et al (2011), há certa dificuldade em promover um acolhimento por meio da ambiência alegando que a falta de privacidade deixa de proporcionar individualidade e liberdade durante o diálogo. Também manifesta a assistência farmacêutica como um aliado no acolhimento, que evita perda de tempo e burocracia, quando a usuária já sai da consulta com a medicação.

A percepção de que acolhimento é uma política pública, valor e compromisso institucional relacionado à humanização (o cuidado centrado no usuário) e de que este deve nortear a prática, torna esta estratégia um processo em construção no SUS onde as ações expressão a racionalidade implícita nos modelos assistenciais. Sendo o acolhimento considerado uma das diretrizes de maior relevância ética e estética da Política Nacional de Humanização do SUS esta estratégia deve representar uma garantia de direitos dos usuários, e algo extremamente necessário para se produzir saúde (LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SANTANA; MADEIRA, 2013).

Santana e Madeira (2013) reconhecem a importância de as instituições possuírem valores relacionados à humanização, como o acolhimento, para que este

se torne um compromisso ligado à cultura institucional. Para Progianti, Pereira e Sé (2014), o acolhimento é um processo em construção no SUS que torna sua prática ligada à racionalidade do modelo assistencial da época em que se encontra. Essa percepção reafirma as ideias que cultura pode conceder poder, e que no caso das instituições de saúde a cultura organizacional é capaz de reafirmar os valores e ideologias de um grupo em relação aos demais, como a hegemonia da classe médica, no modelo tecnocrático (SANTOS, 2007). Por isso fazer da humanização um valor institucional seria uma forma de mudar o modelo assistencial existente.

Já Progianti, Pereira e Sé (2014) e Lima et al., (2014) corroboram com a afirmação do MS (BRASIL, 2006; 2016) quando concebem que o acolhimento acaba por constituir uma das diretrizes de maior relevância estética/ética/política da PNH, ao se fazer presente na postura profissional através de uma ação técnico assistencial, porém com foco nas relações individuais e subjetivas de usuário.

Retomando aqui a premissa de que os enfermeiros têm como base para suas ações o significado atribuído ao acolhimento, uma vez que este é concebido como uma rotina institucional entende-se que os enfermeiros agirão de forma protocolar, o que representa uma prática tecnicista. Assim, as propostas de implementação da humanização, no âmbito SUS, ficam prejudicadas. Materializa-se assim uma das limitações para a plena implementação da PNH.

3.2 Núcleo temático 2: humanização

Neste núcleo temático, acolhimento se configura como uma ferramenta ou um elemento para se efetuar uma atenção humanizada.

Em Lima, et al (2014), observa-se a humanização e o acolhimento como conceitos interligados, sendo acolhimento uma ferramenta essencial para se efetuar a humanização.

Uma forma de se promover a humanização da assistência hoje, é através da implementação de protocolos de procedimentos que garantam com que estas ações aconteçam. Tudo isso com o intuito de tornar os profissionais e as instituições mais humanizadas, contudo essa visão faz parte da influência do modelo biomédico hegemônico, indo de encontro com o que realmente é a humanização em si. A partir

do momento que se obriga a tratar todas as mulheres da mesma maneira, a realizarem procedimentos que teoricamente são melhores para ela, mas em caráter obrigatório, rompe-se o elo de ligação que une o acolhimento a humanização, que seriam o reconhecimento da singularidade de cada mulher, sua corresponsabilidade, autonomia e protagonismo durante seu processo de saúde e doença (PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SOUZA et al., 2013;).

Os autores Souza, et al (2013), alagam que a enfermagem por meio do seu saber e fazer diferenciados, apresentam ações como a do acolhimento, visando a mudança do modelo assistencial tecnocrático existente e a implementação da humanização nos serviços de saúde.

O acolhimento busca não somente humanizar as ações de enfermagem, mas também as relações entre trabalhadores e, trabalhadores e usuários, sendo este um processo em construção no SUS e em cada indivíduo que busca fazer uso deste dispositivo importante na condução da integralidade da atenção em saúde. Há uma percepção de que o acolhimento é um ponto de partida que leva, profissional e usuária a irem além da superficialidade e da discriminação, para melhor conduzir todo o processo de cuidado. Esta assistência diferenciada promovida pela enfermagem faz do acolhimento um aspecto essencial da política de humanização de atenção a mulher (SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; SOUZA et al., 2013.).

Spindola, Progianti e Penna (2012), afirmam que o acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização do parto e nascimento, pressupondo ações que gerem mudança na relação profissional/usuária, recomendadas pelo MS.

Já os autores Silva, Padoin e Vianna (2013), mencionam a noção de humanização nas relações entre trabalhadores e usuárias como uma quarta dimensão do acolhimento junto com as demais dimensões já existentes como: postura, técnica e de reorientação dos serviços.

Sendo vista como uma forma ou elemento de humanização do atendimento, o acolhimento vem ser esta ferramenta transformadora da realidade opressora e biomedicalizada para uma assistência que promove o protagonismo da mulher no que diz respeito a sua saúde (LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; SOUZA et al., 2013).

Para os autores Lima et al. (2014), acolher é uma forma de humanizar ou envolve aspectos que levam a humanização do atendimento manifestado pelos

enfermeiros como pilar da humanização, que pode acontecer em qualquer hora e lugar, um ambiente mais atrativo ou uma escuta ativa e qualificada.

3.3 Núcleo temático 3: atitudes ou manifestações afetivas de aproximação e inclusão

Neste segundo núcleo temático acolhimento foi percebido, pelas usuárias e pelos profissionais como uma relação de mútuo interesse, uma atitude ou manifestação afetiva de aproximação e inclusão.

Os autores CALDAS et al. (2015), observaram que as equipes de enfermagem apontam a necessidade da compreensão da gravidez no plano das necessidades e desejos de pessoas com HIV/aids, para que o acolhimento e a assistência não sejam limitados a condutas e procedimentos técnicos para redução da transmissão vertical do HIV.

Observa-se que partir de uma assistência biomedicalizada, onde o ser humano é visto por sua doença que necessita de tratamento, oferecer um cuidado baseado na humanização é romper com esse paradigma. O indivíduo não é a doença que carrega, mas sim um ser que precisa de cuidados físicos e emocionais, que necessita ser visto na sua integralidade e acompanhado por toda equipe, bem como nos afirma o MS ao propor a PNH (BRASIL, 2006; 2010).

Nessa perspectiva acolhimento vem fazer esta aproximação entre profissionais e usuários, desempenhando o papel de “estar com” e “estar perto de” numa atitude de inclusão, constituída de pequenos gestos que demonstram uma atenção qualificada e interesse durante o atendimento, saber o nome do paciente e trata-lo bem, informar, manter contato físico, presença constante, afeto, carinho, dar força, compreensão, ser solidário ao problema e paciente, tudo isso dentro de uma assistência livre de julgamentos torna o cuidado uma via de mão dupla, permitindo que ambos, profissional e usuária, vivenciem este momento de troca com mais satisfação (BRASIL; QUEIROZ; CUNHA, 2012; DUARTE; ALMEIDA, 2014; FIGUEIREDO et al., 2015; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; NASCIMENTO et al., 2015; PEREIRA, F. et al., 2015; PEREIRA, V. et al., 2012; SOUZA et al., 2013; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012).

Alguns autores corroboram com ideias expressas anteriormente, como é o caso de Spindola, Progianti e Penna (2012), ao mostrarem a visão que a mulher/gestante possui sobre o acolhimento prestado pela enfermeira, como atencioso e paciente ao terem a oportunidade de conversarem abertamente, permitindo que expressem dúvidas e o contato visual “olho no olho”. As mulheres expressam que estas atitudes tornam o atendimento especial e diferenciado ao de outros profissionais.

Já alguns autores tratam das concepções que as enfermeiras possuem sobre acolhimento como observamos em Mendonça et al., (2011), onde acolhimento é visto pelas enfermeiras como “tratar bem, dar informações necessárias”.

Assim também podemos observar em Souza et al., (2013), para quem as enfermeiras demonstram pactuar com as opiniões das mulheres expressas anteriores ao conceberem o acolhimento como um dispositivo de cuidado exposto por meio do toque, do diálogo, da presença constante, da promoção da autonomia, do encorajamento, da compreensão, da delicadeza, da sensibilidade, do respeito aos sentimentos e a subjetividade, ações fundamentais que configuram a humanização por meio da equipe de enfermagem a mulher/parturiente.

Em seus resultados Duarte e Almeida (2014), mostram que as ações de enfermagem promovidas durante as consultas contribuem para o acolhimento e a autonomia do cuidado.

O acolhimento se torna uma postura ou atitude profissional comprometida em receber bem e de maneira acolhedora à mulher, quando este se coloca no lugar da usuária numa relação empática, e busca prestar uma atenção qualificada e receptiva (BRASIL; QUEIROZ; CUNHA, 2012; DUARTE; ALMEIDA, 2014; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA et al., 2013; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012).

As concepções apresentadas pelas enfermeiras e usuárias encontram-se de acordo com as propostas de inclusão pelo acolhimento do PNH, como a postura ética e política, estar presente em todos os momentos e processos e de trabalho e ser uma ocupação de todos os trabalhadores e gestores. Afastam assim este dispositivo das formas de exclusão existentes, como possuir apenas uma porta de entrada, local, horário e responsáveis definidos e ocupação de pessoal não qualificado para exercê-lo (MS, 2016).

Assim sendo introduzir o acolhimento na assistência à mulher é mais do que imprimir qualidade ao cuidado por meio de uma relação emocional. É tratar com dignidade e respeito todos os indivíduos, é ter o compromisso e o dever de zelar pela saúde do outro independente do outro, dando conhecimento dos direitos e deveres de cada usuária do SUS e autonomia à mulher para que sejam corresponsáveis pela sua saúde. A lei pode garantir que se tenha a assistência, contudo, o acolhimento vai além do que a burocracia pode garantir, pois depende da atitude que cada um de nós decide assumir durante o cuidado prestado.

3.4 Núcleo temático 4: comunicação

Neste núcleo temático a perspectiva que se tem de acolhimento, é de este representa um veículo de comunicação entre profissional e a mulher assistida, onde evidenciam-se 2 dimensões: uma técnica e objetiva e outra subjetiva e relacional, ambas relacionada a atitude profissional durante o estabelecimento da comunicação na assistência prestada.

Dentro de uma visão técnica partimos do princípio de que o profissional deve fazer uso de algumas ferramentas de comunicação, que promovam uma percepção atenta do contexto de vida a qual a mulher está inserida, de modo a detectar as suas necessidades com o objetivo de tentar ajudar a resolver o problema. Esta escuta é tratada como uma técnica de conversa, com a finalidade de buscar informações, para a resolutividade do caso (BRASIL; QUEIROZ; CUNHA, 2012; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014).

Estas concepções que surgem podem ser observadas por alguns autores como Mendonça et al, (2011), que pressupõe a atividade de escuta para a identificação de problemas e intervenções resolutivas, que ampliam a resposta as demandas.

Para os autores Brasil, Queiroz e Cunha (2012), o acolhimento também é visto como uma técnica que instrumentaliza a geração de procedimentos que facilitam a escuta, análise, discriminação de risco, oferta de soluções e demanda.

Já para os autores Progianti, Pereira e Sé (2014), a concepção de acolhimento exposto pelas enfermeiras como uma escuta de queixas atuais das

mulheres para a resolução de problemas emergenciais, sofre influência do modelo biomédico hegemônico, que tendem a transformar todas as queixas em doenças dependentes de tecnologias biomédicas.

Essas concepções apresentadas corroboram as ideias de Davis-Floyd (2001), onde a visão destacada pelos profissionais direciona o cuidado e ações de enfermagem como sendo tecnicistas e característicos do modelo tecnocrático. Assim, o acolher precisa superar mais um obstáculo para o desenvolvimento de ações de humanização no âmbito do SUS: a comunicação como atitude de cuidado e não como prescrição de comportamentos e condutas para as usuárias.

Ao inserir o acolhimento como uma atitude que se manifesta durante uma escuta ativa e qualificada buscamos atingir a subjetividade de forma a promover uma recepção das demandas pessoais, através de uma escuta que vai além do “escutar por escutar”, onde valorizamos a fala da mulher, ouvimos suas queixas e permitimos que estas expressem seus sentimentos, suas preocupações e angústias, sendo um cuidado que vê o além da doença em si. A postura de escuta acolhedora assumida pelo profissional na hora da assistência lhe permite conhecer aspectos da vida da mulher que só se faram presentes a partir desta abertura ao diálogo acolhedor (ANGELO; BRITO, 2012; BRASIL; QUEIROZ, CUNHA, 2012; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA et al., 2013; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012).

Podemos observar algumas destas ideias nos textos de Mendonça et al., (2011), que concebem o acolhimento como algo que vai além de uma recepção cordial, onde a comunicação no acolhimento é vista como uma estratégia de produzir saúde, que inclui a escuta ativa e acolhedora da usuária, pois é preciso atingir a subjetividade para se promover sensibilização e mobilização dos indivíduos envolvidos.

Alguns autores trabalham com a concepção das mulheres/usuárias como os autores Spindola, Progianti e Penna (2012), que relatam a percepção de acolhimento como um bom atendimento, estabelecido pela atenção, diálogo e privacidade com que foram atendidas pelas enfermeiras.

Assim como os autores Angelo e Brito (2012), afirmam que a escuta com valorização da fala é uma estratégia de acolhimento diferenciado, que visa maior regularidade, frequência e permanência da mulher no ambulatório, ao perceberem que as mulheres retornam com maior frequência ao expressarem seu retorno por

terem aprendido muito durante as consultas, por acharem importante terem mais esclarecimentos e conhecer melhor.

O estabelecimento do diálogo permitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos e de experiências torna o acolhimento esta ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta e uma habilidade de comunicação interpessoal a ser alcançada por toda equipe para excelência do cuidado com base na humanização (ANGELO; BRITO, 2012; CARVALHO; PAES, 2014; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al, 2015; PEREIRA, V. et al., 2012; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012).

Mendonça et al. (2011), nos falam da importância de o profissional possuir habilidades de comunicação interpessoal e conhecimentos fundamentos básicos como a ética para promoção do acolhimento.

Os autores Angelo e Brito (2012), reconhecem a consulta de enfermagem como um espaço para se promover o acolhimento que favorece o diálogo.

Para os autores Pereira, V. et al., (2012), a escuta e o acolhimento são práticas de saúde independente de opiniões pessoais, mesmo em relação ao aborto, e uma maneira de evitar sentimento que permeia a opção de abortar, diminuindo malefícios a saúde mental da mulher.

Carvalho e Paes (2014), apresentam o acolhimento como uma das dimensões da integralidade pelo uso da dialógica no atendimento, sendo o que confere as pratica de saúde um caráter de pratica de conversação, que identifica através do uso do conhecimento profissional as necessidades de ações e serviços para cada sujeito.

Ao escolher atuar de forma acolhedora o profissional assume o compromisso de ofertar respostas às necessidades de saúde da usuária e se propõe a tornar esta mulher protagonista no seu processo saúde-doença. A forma e a manutenção da estratégia do acolhimento na comunicação e na abordagem psicossocial serão individuais para cada contexto de vida que se apresentar ao enfermeiro, por isso a necessidade de uma escuta atenta do outro, valorizando a comunicação verbal e compreendendo a não-verbal. (MENDONÇA et al., 2011; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012)

Para Mendonça et al., (2011), a manutenção da comunicação, valorizando a comunicação verbal e compreendendo a não-verbal, e a abordagem psicossocial são elementos essenciais para a garantia do acolhimento.

Já para Spindola, Proganti e Penna (2012), o atendimento humanizado e o acolhimento das mulheres respeitam seus direitos como cidadã e auxiliam no processo de educação em saúde, valorizando a escuta atenta que é um diferencial no atendimento da enfermeira obstétrica.

3.5 Núcleo temático 5: atributo, qualidade

Neste núcleo temático acolhimento ganha o valor de atributo ou qualidade indispensável à prática profissional. Onde a sensibilidade profissional é um atributo extremamente necessária para o desenvolvimento de um trabalho que lida com a vida do outro. Pois simples fato de estar numa posição de ser cuidada, remete muitas das vezes, à mulher, a um papel de adjuvante durante a assistência, cabendo ao enfermeiro o dever e a responsabilidade de empoderar esta mulher, através de estratégias como a do acolhimento, que mais do que uma política de humanização, ganha o valor de atributo/qualidade do profissional que o desenvolve na prática.

Acolhimento vem ser uma das diversas habilidades especiais para se trabalhar com a comunidade, que proporciona credibilidade na política do SUS e no profissional que o põe em prática, sendo alcançada gradativamente com o passar do tempo através das condutas assumidas e do conhecimento e atualização profissional que o enfermeiro demonstra durante a assistência. (MENDONÇA et al., 2011)

Mendonça et al., (2011), apontam, que para as enfermeiras, credibilidade e comunicação como segmentos do acolhimento para motivação e capacitação das mulheres para atuarem como agente de sua própria saúde. Ainda mencionam que para melhoria do acolhimento se faz necessário a integração dos conhecimentos em saúde.

O que diferencia o trabalho de enfermagem dos demais profissionais é essa determinação e vontade de fazer diferente e gerar no outro a capacidade de mudança. Ao assumir uma postura acolhedora na relação de ajuda o enfermeiro busca através cordialidade, compreensão, delicadeza, educação e respeito aos sentimentos e a subjetividade do outro quebrando as barreiras entre profissional e

usuária e promovendo a autonomia (LIMA et al., 2014; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013; SOUZA et al., 2013).

Para Silva, Padoin e Vianna (2013), a empatia evidencia a dimensão do acolhimento como postura na relação de ajuda e como uma capacidade profissional que facilita o diálogo. Destacando-se que o acolhimento não pode ser visto como uma recepção e bondade

Porém alguns autores como Lima et al., (2014), ainda encontram nas falas das enfermeiras a percepção do acolhimento como uma tentativa de receber a paciente da forma mais cordial possível.

3.6 Núcleo temático 6: vínculo

Nesta categoria acolhimento é visto como o estabelecimento de vínculo na rede e entre profissionais e usuária.

Durante a análise dos textos pode-se observar o acolhimento como uma interface na construção do vínculo que se estende a esses dois tipos de realidades: uma na qual se estabelece na rede entre profissionais para a prestação de um cuidado que contemple todo o indivíduo, e outro que envolve quem cuida e quem é cuidado numa relação de apoio emocional com a possibilidade de criação autonomia, responsabilização e interação, tornando o sujeito agente no tratamento. Este acolhimento visto como vínculo positivo, também permite maior interação e continuidade do serviço entre os profissionais, contudo atualmente a assistência prestada possui limitações claras com relação feedback profissional e da usuária quando esta passa de uma assistência primária para uma secundária ou terciária, algumas vezes a mulher só irá retornar novamente quando precisar, o que atrapalha em muito a continuidade e a qualidade do serviço prestado. Esta falta de retorno prejudica o vínculo entre profissionais, e entre estes e as usuárias (ANGELO; BRITO, 2012; LIMA et al., 2014; MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, F. et al., 2015; PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014;).

Os autores Mendonça et al., (2011), evidenciam nas falas das enfermeiras que o vínculo na atenção secundária entre usuária e profissional perduram enquanto houver doença, que a falta de comunicação entre os enfermeiros da unidade com os

profissionais que encaminharam dificuldade na construção do acolhimento e do vínculo ideais, e que o cuidado preventivo deve ser realizado na atenção primária.

Essa percepção evidencia algumas características que compõem a organização do processo de trabalho, como a fragmentação do trabalho e a falta de articulação dos diversos saberes, ligada a prática de um acolhimento em dimensões ainda muito restritivas a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e de produção de vínculo (MS, 2016). O que torna o cuidado mais frágil e fragmentado dificultando a continuidade da assistência prestada para os profissionais que acompanham as mulheres. Torna-se este um obstáculo a ser superado para efetivação da humanização no âmbito do SUS.

Já de acordo com os autores Angelo e Brito (2012), as mulheres citam ações como o bom tratamento, o cuidado e a atenção desenvolvidos pelos profissionais, ligadas intimamente a percepção de acolhimento, sendo estes fatores essenciais para o seu retorno às unidades de saúde.

Observa-se então uma percepção ambivalente direcionada ao acolhimento como vínculo, quando vista sob a percepção da enfermeira há um vínculo com valores objetivos e relevantes à continuidade do cuidado, enquanto que para as mulheres esse vínculo está ligado à forma de se relacionar com o outro, ao tipo de tratamento recebido e à subjetividade. Porém nota-se que as percepções de ambas constituem o estabelecimento do vínculo como um meio eficaz e necessário para a continuidade da assistência e o acolhimento.

3.7 Núcleo temático 7: sentimentos

A percepção que se tem de acolhimento neste último núcleo temático, é de que este se manifesta através de sentimentos de confiança (MENDONÇA et al., 2011; PEREIRA, V. et al., 2012; SOUZA et al., 2013; SPINDOLA; PROGIANTI; PENNA, 2012) e segurança (PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014; SOUZA et al., 2013).

Pereira, V. et al. (2012), afirmam que a assistência de enfermagem deve ser livre de julgamentos, permeada pela empatia e o acolhimento, e levar em conta os aspectos emocionais a fim de estabelecer uma relação de confiança.

Os autores Souza et al., (2013), demonstram que na visão da equipe de enfermagem a presença do acompanhante durante o trabalho de parto é indispensável para o acolhimento sendo um importante dispositivo de cuidado na condução da integralidade que proporciona tranquilidade, confiança e segurança a mulher/parturiente.

Progianti, Pereira e Sé (2014), revelam que algumas enfermeiras concebem o acolhimento como sendo uma recepção, escuta atenciosa, e segurança que é dispensada ao paciente durante todo o processo de atendimento.

Existe certa expectativa criada pela usuária em torno da consulta de enfermagem, por apresentar uma dinâmica diferente da biomedicalizada, à qual está acostumada. A promoção do autocuidado, da valorização do outro, sua coparticipação, responsabilização, demonstra algumas das várias diferenças introduzidas por este outro olhar. Isso leva a mudanças no cenário e quebra da hegemonia de uma única classe, abrindo espaço para novas formas de cuidar.

O acolhimento vem ser essa estratégia de mudança positiva, que estreita os laços profissionais e rompe as barreiras existentes entre a equipe e a mulher. Sendo percebido como um sentimento de confiança e segurança que se estabelecem durante a assistência prestada a usuária a partir das posturas e condutas assumidas pelo profissional e pela equipe, estas perpassam os diferentes significados de acolhimento expressos nos núcleos anteriores, e quando executadas culminam nesses sentidos de confiança e segurança, o que também demonstra a forte ligação existente entre todos os diferentes sentidos de acolhimento expostos até agora.

CONCLUSÃO

Os objetivos do estudo foram alcançados e seus resultados permitiram identificar e inter-relacionar diversas ideias/concepções de acolhimento em dois tipos de fontes de informação: usuárias e profissionais da assistência.

Com maior ênfase sob a perspectiva de profissionais, o acolhimento se configura como uma prática tecnicista que organiza e agiliza o serviço, tornando-o parte do processo de trabalho. Em contrapartida, evidenciou-se o olhar humanizado, que valoriza o sujeito e a subjetividade, que faz uso da empatia para a promoção de um cuidado com base na humanização que, embora também presente na perspectiva de profissionais, foi mais enfático na percepção de usuárias. São visões completamente distintas, mas que se convergem apenas no objeto que desejam representar, neste caso o acolhimento.

O estudo mostrou que esta diferença entre concepções de acolhimento evidenciam as muitas limitações em sua efetiva implementação como política pública. Estas precisam ser superadas e, para tanto, há necessidade de novos estudos que aprofundem a temática.

A partir da premissa estabelecida neste estudo (ação com base nos significados atribuídos aos fatos, eventos e objetos), conclui-se que ainda há uma dicotomia entre a maneira como se cuida (perspectiva profissional/institucional) e a maneira como se deseja ser cuidada (perspectiva usuária). Tal fato decorre, certamente, da forte influência do paradigma medicalizado, mesmo nos espaços onde há nítida opção pelo franco incentivo à humanização.

A discussão deste tema, contrapondo as perspectivas aqui apontadas, deve ser parte integrante dos currículos de formação dos profissionais de saúde, não apenas por representar política nacional, mas principalmente, por oportunizar uma mudança de atitude frente ao cuidado para as novas gerações de profissionais.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R.S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Divinópolis, v.3, n.2, p.723-731, 2013.
- ANGELO, B.H.B.; BRITO, R.S. Consulta puerperal: o que leva as mulheres a buscarem essa assistência? **Rev Rene.**, v.13, n.5, p.1163-70, 2012.
- ARAÚJO, J.A.; HALBOTH, N.V.; ARAÚJO, A. Humanização e Integralidade na Atenção à Família: a percepção de mães sobre a gravidez de suas filhas adolescentes. **O Mundo da Saúde.**, v.36, n.3, p.475-481, 2012.
- BARBOSA, A.S.S.F.; BOBATO, J.A.C.; MARIUTTI, M.G. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. **Revista da SPAGESP.**, v.13, n.2, p. 44-55, 2012.
- BLUMER, H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. **Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.**1969.
- BOFF, L. Saber cuidar: Ética do humano - compaixão pela terra. **Ed. Vozes.** 2004. 200p.
- BOURDIEU, P. O poder simbólico. Memória e Sociedade. **Ed.Bertrand.** 1989. 313p.
- BRASIL, E.G.M.; QUEIROZ, M.V.O.; CUNHA, J.M.H. Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem – estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v.11, n.2, 2012. Disponível em:<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/3752/html_2 >. Acesso em 15 jan.2016.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com alterações nas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 43, de 2004, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 6, de 1994. 23.ed. – Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2004. p. 8, 50. (Série textos básicos; n.34)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasília, DF, 2017 Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizassus>> Acesso em 13 jan 2017.
- BRASIL. MS. Secretaria de atenção à saúde. Acolhimento na gestão e o trabalho em saúde. 30p. Tiragem: 1ª edição – 2016.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. 44 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://telessaude.saude.ms.gov.br/ava/file.php/1/Cartilhas_da_PNH/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf> Acesso em 01 fev 2017

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2010. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>

CALDAS, M.A.G. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV. **Rev Rene.**, v.16, n.1, p.29-37, 2015.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Esc Anna Nery Revista de Enfermagem.**, v.18, n.1, p.130-135, 2014.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.13, n.1, p.105-11, jan/fev, 2005.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75, p.5-23, 2001.

DIAS, H. Políticas públicas de saúde no Brasil. 2015. Disponível em <<https://helenadmab.jusbrasil.com.br/artigos/190097706/politicas-publicas-de-saude-no-brasil>> Acesso em: 17 nov 2016.

DUARTE, S.J.H.; ALMEIDA, E.P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.4, n.1, p.1029-1035, 2014.

FIGUEIREDO, M.S. et al. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública. **J. res.: fundam. care. online.**, v.7, n.3, p. 2697-2706, 2015.

FRACOLLI, L.A. et al. A visita domiciliar sob o enfoque do acolhimento e a sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa saúde da família: um relato de experiência. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p.68-72, 2003. Disponível em <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/778/868>> Acesso em 01 fev 2017

GALVÃO, T.F.; PEREIRA M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Systematic reviews of the literature: steps for preparation. Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília., v. 23, n.1, p.183-184, jan-mar, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00183.pdf>> Acesso em: 01 fev 2017.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v.16, n. 3, p. 315-323, 2012.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: **Ed. Vozes**, p. 27-47, 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134263>> <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4263/pdf_15> Acesso em 25 maio 2016.

LIMA, K.Y.N. et al. Humanização e acolhimento na concepção e prática dos alunos de enfermagem. **J. res.: fundam. care. online.**, v.6, n.2, p. 735-746, 2014.
LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.771-8, 2008.

MENDONÇA, F.A.C.et al. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de Enfermeiras. **Rev Rene**. Fortaleza, v.12, n.1, p.57-64, 2011.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Debates. **Interface – Comunic, Saúde , Educ** 6. p.109-116. Fevereiro, 2000.

NASCIMENTO, K.T.S.; et al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Rev enferm UERJ.**, Rio de Janeiro. v.23, n.1,p. 108-14, 2015.

PEREIRA, F.W.et al. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana. **J. res.: fundam. care. online.**, v.7, n.3, p. 2796-2804, 2015.

PEREIRA, V.N. et al. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde Soc.** São Paulo. v.21, n.4, p.1056-1062, 2012.

PESQUISA nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p. Saúde da Mulher.

PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F; SÉ, C.C.S. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Rev enferm UERJ.**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.742-7, 2014.

PROGIANTI, J.M., VARGENS, O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery R Enferm.* v.8, n.2, p. 194-7, 2004.

REDE HUMANIZA SUS. Portal colaborativo da comunidade Política Nacional de Humanização (PNH) [2016] Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/36080-area-da-pnh#sthash.zrxctL6D.dpuf>> Acesso em: 21 nov.2016

RAMMINGER, T. Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde. **Mnemosine** v.4, n.2, p.68-97, 2008.p.73.

SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.3, n.1, p.475-487, 2013.

SANTOS, SR. Cultura nas instituições de saúde e suas relações com a identidade individual. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 229-235, 2007.

SEIBERT, S.L. et al. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro.v.13, n.2, p.245-51, 2005

SETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**., n. 20, p. 60-70. 2002.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**.,v.19, n.3, p.424-431, 2015.

SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.; VIANNA, L.A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm.**, v.26, n.6, p.608-13, 2013.

SILVA, T.J.P.et al. Cuidado à adolescente em parturição: acesso e acolhimento – estudo descritivo. **Online braz j nurs.**, v.12, n.4, p.872-81, 2013. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4263>.

SOUZA, C.M.; FERREIRA, C.B.; BARBOSA, N.R. et al. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. **J. res.: fundam. care. online**., v.5, n.4, p.743-54, 2013.

SOUZA, K.V. et al. Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**., v.11, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/3730/html_2> Acesso em:13 jan 2017

SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J.M.; PENNA, L.H.G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. **Ciencia y Enfermerla**., v.18, n.2, p.65-73, 2012.

APÊNDICE – Concepções de Acolhimento

Concepções de Acolhimento		
Ano de Publicação	Referência	SÍNTESE: Acolhimento é... / Acolhimento Significa...
2011	ARTIGO 1: MENDONÇA, F.A.C.; SAMPAIO, L.R.L.; LINARD, A.G.; SILVA, R.M.; SAMPAIO, L.L. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de Enfermeiras.	• Modo de operar os Processo de trabalho; • um atendimento com resolutividade e responsabilização; • ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho; • Escuta ativa; • habilidade de comunicação interpessoal; • Escuta; • Vínculo; • conhecimentos científicos, direcionada para as necessidades de atenção à saúde da cliente; • Tornar o sujeito agente no tratamento. • escuta ativa. • tratar bem; • dar informações necessárias; • ouvir; • Credibilidade; • Comunicação; • Confiança; • A integração dos conhecimento – (se atualizar); • Diminuição da demanda; • manutenção da comunicação e a abordagem psicossocial; • Ter um ambiente que proporcione conforto e privacidade; • Receber assistência farmacêutica; • Vínculo entre profissionais (atenção primária e secundária); • compreensão de ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços • ato de receber a paciente • escuta e compromisso em ofertar respostas às necessidades de saúde da usuária; • postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário; • Atividades de escuta; • identificação de problemas • intervenções resolutivas; • Escuta acolhedora; • Escuta que deve atingir a subjetividade; • uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde; • Ponto de partida para o cuidado integral e longitudinal; • Atender as complexas necessidades; • Ouvir o outro valorizando a comunicação verbal e compreendendo a não-verbal; • Interface na construção do vínculo; • relacionamento interpessoal; • relação empática e de confiança, • escuta atenta
2012	ARTIGO 2: BRASIL, E.G.M.; QUEIROZ, M.V.O.; CUNHA, J.M.H. Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem – estudo descritivo.	• escuta, receptividade e inclui as formas de organização do serviço que envolve o enfermeiro; • uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão; • Escutar para tentar ajudar; • Tentar escutar atentamente para tentara resolver o problema; • Postura ou atitude profissional em receber;

	• Qualidade da escuta; • a escuta é uma ferramenta que o enfermeiro utiliza para realizar o acolhimento, promovendo uma percepção atenta do contexto de vida, de modo a detectar as suas necessidades
ARTIGO 3: SOUZA, K.V.; CARVALHO, P.R.Q.; DEPINOTE, A.G.M.; ALVES, V.H.; VIEIRA, B.D.G.; CABRITA, B.A.C. Consulta puerperal: demandas das mulheres sob a perspectiva da enfermeira estudo exploratório.	• Tecnologia leve produtora de cuidado
ARTIGO 4: GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros.	• Caracterizado como um dos requisitos para um atendimento pré-natal de qualidade; • Apontado como um requisito para um pré-natal de qualidade; • Importante para um pré-natal satisfatório; • Quesito de qualidade no cuidado pré-natal na atenção básica de saúde.
Artigo 05: ARAÚJO, J.A.; HALBOTH, N.V.; ARAÚJO, A. Humanização e Integralidade na Atenção à Família: a percepção de mães sobre a gravidez de suas filhas adolescentes.	Eixo norteador da humanização; Atitude essencial para melhoria do atendimento; efetivado por meio da postura ética é implicado num compartilhamento de saberes, angústias e invenções, do comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade por meio da escuta, postura e intervenções;
ARTIGO 6: SPINDOLA, T.; PROGIANTI, J.M.; PENNA, L.H.G. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário	• Atendimento atencioso e paciente; • Bom atendimento; • Diálogo estabelecido; • Privacidade no atendimento; • Ter uma relação de confiança e empática; • O acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização do parto e nascimento e compreende a recepção da mulher na unidade de saúde, ouvindo suas queixas e permitindo que expresse suas preocupações e angústias. É uma ação que pressupõe a mudança de relação profissional/usuário sendo recomendada pelo Ministério da Saúde; • Respeito ao direito como cidadã; • Escuta atenta;
ARTIGO 07: BARBOSA, A.S.S.F.; BOBATO, J.A.C.; MARIUTTI, M.G. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento.	Atenção de qualidade e humanizada; Trata-se de tratamento digno e respeitoso, escuta direcionada, aceitação das diferenças e respeito à decisão do paciente.; Então, nosso acolhimento é com carinho, com respeito. ato de proferir palavras de conforto; dispor de uma escuta ativa dirigida à urgência subjetiva da mulher, questões que vão além do conhecimento científico e de procedimentos técnicos, envolvendo percepções, sentimentos, ética
ARTIGO 8: ANGELO, B.H.B.; BRITO, R.S. Consulta puerperal: o	• Vínculo estabelecido entre o cuidador e quem é cuidado; • Diálogo permitindo a livre expressão de dúvidas, sentimentos e de experiências;

	que leva as mulheres a buscarem essa assistência?	• Escuta; • Valorização da fala; • Estabelecimento de vínculo;
	ARTIGO 9: PEREIRA, V.N.; OLIVEIRA, F.A.; GOMES, N.P.; COUTO, T.M.; PAIXÃO, G.P.N. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas.	• Expressar sentimentos; • Obter ajuda e encaminhamentos adequados; • Uma assistência livre de julgamentos; • Centrada em aspectos físicos e emocionais; • Relação de confiança;
2013	ARTIGO 10: SILVA, E.B.; PADOIN, S.M.; VIANNA, L.A. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial.	• Postura e prática; • Postura, técnica e de reorientação dos serviços; • humanização nas relações entre trabalhadores e usuários; • Postura na relação de ajuda;
	ARTIGO 11: SILVA, T.J.P.; QUEIROZ, M.V.O.; CAMPOS-NETO, F.H.; PENNAFORT, V.P.S. Cuidado à adolescente em parturição: acesso e acolhimento – estudo descritivo.	• atitude dos profissionais em manifestar comprometimento em receber a gestante, escutá-la e tratá-la, considerando suas necessidades, ensejando, assim, uma relação de interesse mútuo em prol da resolução da demanda. • PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE • Acesso, porta de entrada
	ARTIGO 12: SOUZA, C.M.; FERREIRA, C.B.; BARBOSA, N.R.; ET AL. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização.	• Nova prática não farmacológica e mais humanizada; • dispositivos de cuidado que proporcionam segurança; • Dispositivo de cuidado; • Ações como a presença constante, a atenção dispensada, o diálogo e mesmo pequenos atos, como o contato físico, são fatores de acolhimento, pois ultrapassam as barreiras entre o profissional e a parturiente, estabelecendo uma relação de confiança e trocas, ou seja, uma relação de apoio emocional. A compreensão, a delicadeza, a sensibilidade, o respeito aos sentimentos e a subjetividade são elementos-chaves para a configuração de uma atenção humanizada por meio da equipe de enfermagem. • Dispositivo importante na condução da integralidade da atenção em saúde.
	ARTIGO 13: SANTANA, E.F.M.; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial.	• Valor e compromisso institucional relacionado à humanização (o cuidado centrado no usuário)
	ARTIGO 14: AGUIAR, R.S. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica	• Ação de cuidado de enfermagem
2014	ARTIGO 15: CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro.	• Instrumento a promoção da saúde; • Integralidade do cuidado; • Cuidado de enfermagem; • Uma das dimensões da integralidade; • Prática dialógica; • Prática de conversação; • Identificar as necessidades de ações e serviços para cada sujeito.
	ARTIGO 16: DUARTE, S.J.H.; ALMEIDA,	• Atenção qualificada

	E.P. O papel do enfermeiro do programa saúde da família no atendimento pré-natal.	
	ARTIGO 17 PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F; SÉ, C.C.S. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca.	• Prática ambivalente; • Uma práxis reiterativa e que apesar de pautada na humanização, sofre influência do modelo biomédico hegemônico; • Intenta reorganizar e qualificar as emergências obstétricas; • Um processo em construção no SUS onde as ações expressão a racionalidade implícita nos modelos assistenciais; • Escuta sobre os problemas da mulher; • Recepção; • Segurança; • Realizado durante todo o processo de atendimento; • Escuta; • Recepcionar; • Ouvir; • Dar segurança; • se sentir acolhida, se sentir bem para expor seus problemas; • Acontece o tempo todo, desde a entrada dela (usuária) até o momento da saída; • Norteia a prática; • Postura profissional; • ação técnico assistencial com foco nas relações; • modo de operar os processos de trabalho em saúde, como a escuta, a construção de vínculo, a garantia do acesso com responsabilização e a resolubilidade da assistência prestada; • pode ser considerado uma das diretrizes de maior relevância ética e estética da Política Nacional de Humanização do SUS; • Escuta das queixas atuais das mulheres para a resolução de problemas emergenciais; • Escuta; • Um procedimento; • Um modo de produção de cuidado fragmentado em uma série de operações parciais; • Introduziu ações diferenciadas; • Estratégia de continuidade da linha de cuidado entre os serviços de atenção básica e maternidade; • Estratégia para garantia de direitos; • Escutar; • O acolhimento é ambivalente, ora é entendido como uma recepção, ora perpassa todo atendimento. Essa prática é influenciada pela falta de infraestrutura física de algumas unidades e pela lógica protocolar instituída.
	ARTIGO 18: LIMA, K.Y.N.; MONTEIRO, A.I.; SANTOS, A.D.B.; ET AL. Humanização e acolhimento na concepção e prática dos alunos de enfermagem.	Política pública, Diretriz DE Maior relevância ética ... - uma ação de aproximação - uma atitude de inclusão - ferramentas para se efetuar a humanização - Forma de humanizar - uma escuta ativa e qualificada; - ambiente mais atrativo e acolhedor para humanizar; - triagem - postura de escuta e compromisso; - Acesso; - Responsabilização; - alicerce para a integralidade; -saber o nome do paciente e tratá-lo bem; -respeito ao usuário e criação de vínculos; -dar autonomia ao paciente; -procurar saber o “problema” do usuário e tentar resolvê-lo; -Tratar bem;

2015		integralidade e resolutividade
	ARTIGO 19: NASCIMENTO, K.T.S.; ET AL. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola.	- Atenção; - Compreensão - Dar força; (acolhimento familiar)
	ARTIGO 20: CALDAS, M.A.G.; PORANGABA, S.C.F.; MELO, E.S.; GIR, E.; REIS, R.K. Percepção da equipe de enfermagem sobre a gravidez no contexto da infecção pelo HIV.	compreensão da gravidez no plano das necessidades e desejos
	ARTIGO 21 FIGUEIREDO, M.S.; SILVA, R.A.R.; ARAÚJO, D.K.M.A.; ET AL. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública.	Demonstração de interesse atenção resolutiva e humana
	ARTIGO 22: PEREIRA, F.W.; KLEINUBING, R.E.; ILHA, S.; ET AL. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana.	Inclusão; Aproximação; Empatia; Responsabilidade; Resolutividade; RESPONSABILIDADE Compartilhamento de saberes; Estratégia de comunicação Escuta; Diálogo; Vínculo
	ARTIGO 23: SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal.	princípios da humanização da assistência; implica no protagonismo dos sujeitos envolvidos; na reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho; em mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde; e em uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde; comunicação faz parte do processo de acolhimento e é uma ação dignificante de enfermagem; prática dignificante