

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

CECILIA ARRUDA

**AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

CECILIA ARRUDA

**AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro
Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo
De Viver, Ser Saudável e Adoecer.

FLORIANÓPOLIS

2010

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

A779a Arruda, Cecília

Avaliação da humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus [dissertação] / Cecília Arruda ; orientadora, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva. - Florianópolis, SC, 2010.
158 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Diabetes Mellitus. I. Silva, Denise Maria Guerreiro Vieira da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

CECÍLIA ARRUDA

**AVALIAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

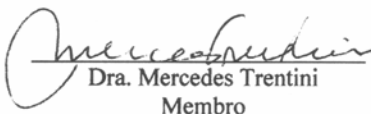
e aprovada em 15 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
Presidente

Dra. Mercedes Trentini
Membro

Dra. Betina H. S. Meirelles
Membro

Dedico esse trabalho aos meus pais por
oferecerem condições para que eu
chegasse onde estou hoje, sempre
incentivando a dedicação e a alegria na
prática dos estudos e a busca por novas
experiências.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento deste estudo foi uma etapa muito especial em minha vida e o fato mais importante para sua concretização foi o apoio daqueles que vivenciaram esse processo ao meu lado. Muitas pessoas foram essenciais nessa caminhada, pelas discussões, aprendizados e motivação para seguir em frente. A todas registro minha gratidão e carinho.

A **Deus**, por guiar-me diante dos caminhos que a vida apresenta, por iluminar meus pensamentos e atitudes, por estar sempre presente e cercar-me de pessoas especiais.

A minha família, especialmente a **meu pai, minha mãe e meus irmãos Fabian e Lílian**, pela educação baseada no caráter e dedicação, pela nossa união, pela confiança que depositam em mim e, principalmente, pelos estímulos que recebi em todas as fases da minha vida. Amo vocês.

A **minha orientadora, Denise**, por atuar na minha iniciação científica, desde a época da graduação no período em que fui bolsista do grupo de pesquisas Nucron, na orientação do trabalho de conclusão de curso da graduação, até os dias de hoje na conclusão do mestrado. Sempre orientando meus passos, abrindo caminhos, trazendo segurança às minhas incertezas, ensinando com suas valiosas contribuições. Obrigada por compreender meus limites e aceitar o meu tempo. Além de ser excelente profissional – enfermeira e professora – rica em sabedoria e competência, é ainda modelo de ser humano, dedicada, bondosa, sempre alegre e extrovertida. Tenho muito orgulho de ter sido sua aluna.

Às docentes da pós-graduação em enfermagem da UFSC, pelas aulas ministradas com criatividade, gerando oportunidades de construção e compartilhamento do projeto de pesquisa junto à turma.

Aos colegas do curso de mestrado, pelos momentos de risadas e diversão intercalados com aprendizados, discussões e reflexões no período em que crescemos juntos compartilhando as mesmas dúvidas e os mesmos objetivos, cada um com sua temática. Em especial, à amiga

Suelen, por ouvir e compreender minhas angústias, medos e desabafos diante dos desafios do desenvolvimento da pesquisa e por sempre ter as palavras certas para o meu conforto e incentivo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento da bolsa de estudo no primeiro ano do curso de mestrado, incentivando a dedicação exclusiva à área acadêmica e à pesquisa científica.

Aos **membros da Banca Examinadora, Betina Meirelles e Mercedes Trentini**, que estiveram presentes desde as primeiras ideias da construção deste estudo ao participarem da banca de qualificação, quando levantaram com competência questionamentos e contribuições que geraram mudanças no foco da pesquisa para melhor adequá-la às possibilidades do seu desenvolvimento. Muito obrigada pelos ensinamentos, pelo carinho, interesse e disponibilidade em auxiliar a minha formação. **A Seloi**, como membro suplente, que atendeu com carinho ao convite, colocando-se à disposição para colaborar. **A Edilaine**, por sua participação como membro em formação que, diante da temática de interesse em comum, compartilhou ideias que refletiram no melhor desenvolvimento do estudo.

Às **amigas Carol, Renata S., Talini, Renata A., Bianca, Laura, Elisa e amigas da turma de graduação**, pela amizade incondicional, por estarem ao meu lado mesmo estando longe e por torcerem sempre pelo meu sucesso. Obrigada pelo carinho. Vocês são muito especiais.

Ao meu namorado **Marcelo**, por fazer parte da minha vida e a cada dia ensinar-me algo novo, por compreender os momentos da minha ausência em função da dedicação ao estudo, por acreditar no meu potencial, por dar força, apoio e motivação em todos os momentos.

Às **enfermeiras** do ambulatório, por serem profissionais exemplares e oportunizarem o acompanhamento da prática assistencial, onde pude aprender, crescer, refletir, aprimorar meus conhecimentos e, com satisfação, pude vivenciar a prática da humanização do cuidado de enfermagem aos pacientes com diabetes mellitus e a qualidade na atenção em saúde do SUS.

Às **pessoas do grupo de pesquisas Nucron**, por

enriquecerem meus conhecimentos através das discussões, apresentações, trabalhos conjuntos e troca de ideias durante as reuniões do grupo.

Aos **colegas de trabalho**, pelo acolhimento ao integrar a equipe de enfermagem, pela parceria e dedicação em busca do cuidado humanizado aos pacientes que atendemos, pelo compartilhamento de conhecimentos, experiências, dificuldades e alegrias em nosso ambiente de trabalho, e, especialmente, às colegas e amigas enfermeiras que compreenderam minhas necessidades relacionadas ao curso de mestrado e colaboraram de diversas formas no decorrer do desenvolvimento da dissertação.

OBRIGADA!

ARRUDA, Cecília. **Avaliação da humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus**. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo objetivo foi avaliar a humanização na prática do cuidado de enfermagem a pessoas com diabetes mellitus (DM), sob a perspectiva dos usuários de um serviço de assistência especializada ambulatorial de uma instituição hospitalar de ensino pública do Sul do país, tendo como referência a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde/Brasil (MS). A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2010, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com vinte pessoas com DM, usuárias do referido ambulatório. A análise dos dados seguiu os processos de apreensão, síntese, teorização e recontextualização dos dados. Obedecemos aos aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 196/96 CNS/MS. Os resultados são apresentados em dois artigos: 1) Acolhimento e Vínculo na Humanização do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus, apontando que os usuários valorizam a escuta e o diálogo, o relacionamento horizontal, amigável e afetivo, o compromisso, a resolutividade e o saber científico das enfermeiras. O acolhimento é reconhecido como parte dos cuidados de enfermagem e há vínculo estabelecido com as enfermeiras, sendo que estes aspectos convergem para o cuidado humanizado; e 2) Clínica ampliada: Construindo a Humanização do Cuidado de Enfermagem às pessoas com Diabetes Mellitus, ressaltando que “o fazer” das enfermeiras está de acordo com o preconizado na clínica ampliada segundo o MS, pois os cuidados técnico-científicos específicos à condição crônica de saúde, encaminhamentos e articulações com a equipe multiprofissional são integrados aos cuidados voltados às subjetividades dos usuários. Os “modos de fazer” o atendimento pautado na clínica ampliada ressaltam o perfil acolhedor do profissional que dá ênfase ao sujeito, sua vida e saúde, sendo essencial dispor de tempo para oferecer tal atenção aos

usuários. Os “resultados da atuação das enfermeiras” baseada na ampliação da clínica evidenciam a promoção de autonomia dos usuários, satisfação pela atenção recebida e reconhecimento por parte dos usuários da qualidade da atenção. Estes resultados contribuem para a prática assistencial em saúde, pois estimulam e orientam a construção da humanização no cuidado de enfermagem às pessoas com DM. São apresentadas indicações de modificação na perspectiva de como vem sendo desenvolvido o cuidado de enfermagem, incentivando a ampliação da visão para além das alterações físicas e tratamento clínico rigoroso e integrando ações voltadas para a valorização das necessidades e subjetividades dos usuários. A humanização intrínseca à integralidade da atenção em saúde ainda é um grande desafio aos novos modelos de atenção e de gestão, merecendo estudos para o aprofundamento e aperfeiçoamento das suas ações. Também são necessários investimentos em estudos sobre a abordagem da clínica ampliada, com vistas aos diversos cenários do setor saúde e aos diferentes profissionais que atuam nesse campo, buscando resultados que tragam benefícios aos usuários e impacto nas políticas e serviços públicos de saúde. O conhecimento acerca desses tópicos contribui para o planejamento de estratégias de assistência humanizada e para o aprimoramento de modelos de pesquisa avaliativa nos serviços de saúde.

Palavras-chave: Avaliação qualitativa, humanização, cuidado, enfermagem, diabetes mellitus.

ARRUDA, Cecilia. **Humanizing Evaluation of Nursing Care for People with Diabetes Mellitus**. 158p. Dissertation (Masters in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Advisor: Dr. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Research Line: The process of living and care, be healthy and sick.

ABSTRACT

Qualitative research which aim was to evaluate the practice of humanization in nursing care for people with diabetes mellitus (DM), from the perspective of specialized outpatient service facility patients in a teaching public education institution in the south of Brazil, having as reference the National Policy of Humanization (HNP) of the Health Department / Brazil. Data was collected between March and May 2010 by means of semi-structured interviews with twenty people with diabetes mellitus who are patients of the outpatient clinic. Data analysis followed the procedures for collection, synthesis, theorizing and re-contextualization of the data. We comply with the ethical aspects in accordance to Resolution No. 196/96 CNS / MS. The results are presented in two articles: 1) User embracement and object attachment towards Humanization of Nursing Care for people with Diabetes Mellitus, noting that patients appreciate the dialogue and listening, the horizontal, friendly and affectionate relationship, commitment, problem solving and nurses scientific knowledge. The user embracement is recognized as part of nursing care and established bond with the nurses, and these aspects converge on humanized care, and 2) Expanded Clinic: Building Humanizing Nursing Care for people with Diabetes Mellitus, emphasizing that the action of nurses is in accordance with the recommendations in the expanded clinic according to the Health Department, for technical-scientific care in specific health chronic condition, referrals and linkages with the multidisciplinary team-oriented care are integrated into the users subjectivity. The "ways of doing" the treatment based on the expanded clinic underscores the warm professional profile emphasizing the subject, the ones life and health, being essential to have time to provide such care to the patients. "The nurses performance results" based on the clinical expansion evidence to promote users autonomy, satisfaction and gratitude for the attention received by the users of the given quality care. Those results contribute

to the health care practice because they stimulate and guide the humanization of nursing care construction for people with diabetes mellitus. There are indications of changes in nursing care perspective that has been developed, encouraging the expansion of vision beyond physical changes and strict medical treatment and integrating actions in favor of the patients subjectivities and needs. The intrinsic humanization to the health care is still a great challenge for new models of care and management, and it deserves further deepening and improvement studies of their actions. It is also necessary investment in the studies about extended general practice approach, look at the several scenarios of the health sector and the various professionals in this field, seeking results that bring benefits to the patients and impact on policy and public health services. The knowledge concerning those topics contributes to planning of humanized care strategies and to the improvement of evaluative research in health services models.

Keywords: Qualitative evaluation, humanization, care, nursing, diabetes mellitus.

ARRUDA, Cecilia. **Evaluación de la Humanización de los Cuidados de Enfermería a Personas con Diabetes Mellitus**. 158p. Disertación (Maestría en Enfermería) – Programa de Posgraduación en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermar.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa cuyo objetivo fue evaluar la práctica de la humanización del cuidado de enfermería a personas con diabetes mellitus (DM), sobre la perspectiva de los usuarios de un servicio de asistencia especializada ambulatorio en una institución pública hospitalaria de educación del sur del país, teniendo como referencia la Política Nacional de Humanización (PNH) del Ministerio de Salud/Brasil (MS). La recolección de datos ocurrió entre marzo y mayo de 2010 a través de la consulta de entrevistas semiestructuradas a veinte personas con DM, usuarias del referido ambulatorio. El análisis de los datos siguió los procesos de aprehensión, síntesis, teorización y recontextualización de los datos. Obedecemos los aspectos éticos de acuerdo con la Resolución nº 196/96 CNS/MS. Los resultados son presentados en dos artículos: 1) Acogimiento y Vínculo en la Humanización del Cuidado de Enfermería a las Personas con Diabetes Mellitus, apuntando que los usuarios valorizan la escucha y el diálogo, el relacionamiento horizontal, amigable y afectivo, el compromiso, la resolución y el saber científico de las enfermeras. El acogimiento es reconocido como parte de los cuidados de enfermería y hay vínculo establecido con las enfermeras, siendo que estos aspectos convergen para el cuidado humanizado; y 2) Clínica ampliada: Construyendo la Humanización del Cuidado de Enfermería a las personas con Diabetes Mellitus, resaltando que “el hacer” de las enfermeras está de acuerdo con el preconizado y la clínica ampliada según el MS, pues los cuidados técnico-científicos específicos a la condición crónica de salud, referencias y articulaciones con el equipo multiprofesional son integrados a los cuidados volcados a las subjetividades de los usuarios. Los “modos de hacer” la atención pautada en la clínica ampliada resaltan el perfil acogedor del profesional que da énfasis al sujeto, su vida y salud, siendo esencial disponer de tiempo para ofrecer tal atención a los usuarios. Los “resultados de la actuación de las

enfermeras” basada en la ampliación de la clínica evidencian la promoción de autonomía de los usuarios, satisfacción por la atención recibida y reconocimiento por parte de los usuarios de la cualidad de la atención. Estos resultados contribuyen para la práctica asistencial en salud, pues estimulan y orientan la construcción de la humanización en el cuidado de le enfermería a las personas con DM. Son presentadas indicaciones de modificaciones en la perspectiva como viene siendo desarrollado el cuidado de enfermería, incentivando la ampliación de la visión más allá de las alteraciones físicas y tratamiento clínico riguroso e integrando acciones volcadas para la valorización de las necesidades y subjetividades de los usuarios. A humanización intrínseca a la integridad de la atención en salud todavía es un gran desafío a los nuevos modelos de atención y de gestión, mereciendo estudios para la profundización y perfeccionamiento de sus acciones. También son necesarios inversiones en estudios sobre el abordaje de la clínica ampliada, con miras a los diversos escenarios del sector salud e a los diferentes profesionales que actúan en ese campo, buscando resultados que traigan beneficios a los usuarios e impacto en las políticas y servicios públicos de salud. El conocimiento acerca de esos tópicos contribuye para la planeación de estrategias de asistencia humanizada y para el perfeccionamiento de modelos de investigación evaluativa en los servicios de salud.

Palabras clave: Evaluación cualitativa, humanización, cuidado, enfermería, diabetes mellitus.

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho Humanizado
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SISHIPERDIA	Sistema Informatizado para o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	19
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	35
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – HUMANIZASUS E A DIRETRIZ CLÍNICA AMPLIADA	35
3.2 PERSPECTIVAS SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE E NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	45
4 MÉTODO.....	57
4.1 TIPO DE ESTUDO	57
4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	57
4.2.1 A Pesquisa Avaliativa Qualitativa	57
4.3 LOCAL DO ESTUDO	61
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO	62
4.5 COLETA DE DADOS	63
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	63
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	64
5 RESULTADOS.....	65
5.1 MANUSCRITO 1: ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.....	66
5.2 MANUSCRITO 2: CLÍNICA AMPLIADA: CONSTRUINDO A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS.....	88
RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
RESULTADOS DA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	113

APÊNDICES	125
ANEXOS.....	133

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), doença metabólica caracterizada por níveis elevados de glicose sanguínea decorrente de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (SMELTZER; BARE, 2005), apresenta-se como um tema relevante por estar entre os maiores problemas de saúde pública em muitos países. Além de ser um grande problema atual, a preocupação é ainda maior pelo fato de o número de pessoas acometidas por ele estar aumentando em todo o mundo. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF, 2003), a estimativa mundial de pessoas com DM é superior a 283 milhões, sendo que ocorre um novo caso de DM a cada cinco segundos em todo o mundo. A sociedade brasileira faz parte desta alarmante realidade. Contávamos com cerca de seis milhões de portadores em 2006, e as estimativas indicam que alcançaríamos dez milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006a).

O DM pode ocasionar complicações agudas, como por exemplo, a hipoglicemia ou a cetoacidose diabética e complicações a longo prazo, entre elas: infarto do miocárdio, cardiopatia coronariana, doença vascular cerebral, doença arterial periférica, comprometimento na cura de feridas, amputação de membros, comprometimentos microvasculares que geram retinopatias, doenças renais e neuropatias. Essas complicações propiciam consequências físicas, sociais e econômicas. Refletem na menor qualidade de vida, perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce, morte prematura (BRASIL, 2006a) e altas taxas de hospitalização que, para as pessoas com DM, são duas a quatro vezes maiores do que na população adulta em geral. O DM é a terceira causa principal de morte por doença, sobretudo por causa das complicações cardiovasculares (SMELTZER; BARE, 2005).

Frente à crescente incidência e prevalência mundial do DM, as complicações graves, os complexos cuidados e tratamentos referentes ao viver com essa doença e aos custos, mantêm-se constante a necessidade de estudos e atualizações sobre as abordagens para a promoção da saúde e a prevenção de agravos às pessoas acometidas por esta condição crônica. São emergentes os enfoques que geram impactos aos serviços e políticas de saúde, à atuação dos gestores e profissionais de saúde e, direta ou indiretamente, aos usuários. Por tratar-se de uma condição crônica, as pessoas com DM carecem de acompanhamento de saúde ao longo da vida e precisam contar com um sistema de saúde capaz de suprir suas demandas com eficácia. Manter o acompanhamento da saúde do usuário que vivencia a condição crônica é, muitas vezes, um desafio

aos profissionais de saúde, que devem lançar mão de ferramentas ou estratégias que priorizem a atenção de qualidade, humanizada e integral.

Aspectos políticos, gerenciais e estruturais também são responsáveis pelo sucesso da atenção em saúde às pessoas com DM, uma vez que as políticas internas e externas de saúde e a organização formal dos serviços interferem positiva ou negativamente nos cuidados e tratamentos de saúde. No Brasil, as políticas vêm dando cada vez maior atenção às pessoas com DM, especialmente se considerarmos a legislação mais atual. Podemos citar como exemplo o provimento gratuito de medicamentos e equipamentos para a aplicação de insulina e automonitorização da glicemia capilar aos portadores de DM (BRASIL, 2007; BRASIL, 2006b). Contamos com o SISHIPERDIA, programa informatizado de âmbito nacional que cadastra e acompanha as pessoas com DM, através da atuação das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Contudo, não sabemos o quanto ou como esses avanços na legislação têm se efetivado na prática, de modo a desenvolver a assistência de qualidade, integral e humanizada preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Estamos diante de um sistema de saúde em desenvolvimento, que tem crescido em muitos aspectos, na medida em que crescem também seus contratempos e desafios.

O SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem por finalidade a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Abrange os aspectos da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação/cura de agravos. Ele é o único a garantir acesso integral, universal, igualitário, completamente gratuito para a totalidade da população e encontra-se amparado por um conceito ampliado de saúde que a relaciona não somente à ausência de doença, mas a fatores condicionantes e determinantes do bem-estar físico, mental e social como: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer (BRASIL, sem data a).

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema (BRASIL, sem data b).

A atenção básica é a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e caracteriza-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A Estratégia de Saúde da Família, formada por uma equipe multidisciplinar composta minimamente por enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, é a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica (BRASIL, 2009a).

A média complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. A atenção de Média Complexidade foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009a).

A atenção de alta complexidade compreende um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; assistência ao paciente com fibrose cística, entre outros. Também fazem parte os procedimentos ambulatoriais com impacto financeiro extremamente alto, como por exemplo, os procedimentos de diálise (BRASIL, 2009a).

A média complexidade ainda enfrenta problemas em sua organização e articulação com os demais setores. Destaca-se que a situação atual da assistência na média complexidade aponta para uma “rede de assistência fragmentada; com restrição do acesso às ações de saúde; com fluxo de pacientes desordenado: encaminhamentos inadequados, retenção do paciente; financiamento calçado nos procedimentos sem definição de metas a serem alcançadas; estratégia deficiente nas ações - protocolos, parâmetros e cuidado ao paciente”

(NASCIMENTO, 2006). O cenário da média complexidade, portanto, onde se insere a atenção especializada, merece prioridade em estudos e pesquisas que visem à resolução ou minimização destes problemas no intuito de melhor articular os níveis de atenção em saúde do SUS, o oferecimento de subsídios para acabar com a desigualdade no acesso, fluxo e financiamento e incentivo na busca por novas ações estratégicas para a atenção produzida, refletindo na integralidade e humanização do cuidado prestado à população.

A capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados, ao diminuir barreiras de acesso entre níveis assistenciais, oferecendo atenção em saúde mais sincronizada e em tempo oportuno, pode ser otimizada pela implantação de mecanismos e estratégias de integração da rede assistencial. Almeida et al. (2010) referem consenso na avaliação de que, para além da organização dos fluxos e integração da rede, a garantia de atenção integral depende da suficiente oferta de procedimentos especializados. Médicos e enfermeiras participantes do seu estudo avaliaram que os problemas decorrentes das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar é o principal entrave da integração da rede de serviços de saúde. Os autores sugerem a realização de estudos centrados em avaliações da cobertura da média complexidade e integração da rede na perspectiva de trazer novas contribuições e elementos ao debate (ALMEIDA et al., 2010).

A partir disso, optamos, como local de realização do estudo, pelo serviço de enfermagem especializado ambulatorial de atendimento a pessoas com DM vinculado a um hospital de ensino de médio porte localizado no sul do país e que faz parte da rede do SUS, inserindo-se no nível de atenção de média complexidade.

Utilizamos neste estudo o método da abordagem qualitativa, inserindo vertentes da pesquisa avaliativa, pois este vem se configurando como um bom meio para explorar e gerar resultados às demandas teórico-práticas dos serviços e programas de saúde. Temos em vista, como aponta Trentini (2006), que há relação estreita entre a avaliação e a pesquisa, pois a avaliação utiliza os mais diversos métodos, instrumentos e técnicas da pesquisa. Além disso, investigar o que vem ocorrendo nas práticas de enfermagem no cenário de atendimento especializado em relação à atenção às pessoas com doenças crônicas tende a contribuir para a prática do exercício profissional por indicar destaques para a reflexão do cuidado integral e humanizado, uma vez que pesquisas avaliativas nessa temática e no setor de média complexidade de atenção de enfermagem à saúde não foram encontradas

na busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possui as principais bases de dados na área.

Ancoramos o estudo aos conceitos atuais sobre avaliação, para então progredirmos para a perspectiva da pesquisa avaliativa. No entanto, adiantamos que, neste momento, o olhar avaliativo não possui o intuito de gerar a tomada de decisão, negociações e mudanças no local do estudo, e sim estimular o processo crítico-reflexivo dos sujeitos envolvidos no campo da saúde (usuários, profissionais e gestores) diante das inquietações apresentadas na avaliação de um serviço integrante da realidade brasileira de atenção à saúde na média complexidade.

Avaliação é um termo bastante enfatizado no plano dos discursos e das práticas em diferentes campos e também na saúde – termo antigo, que vem se revalorizando face aos desafios e obstáculos que se apresentam nos vários setores ligados ao planejamento de ações de âmbito social, dentre os quais o setor saúde (BOSI; MERCADO, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a avaliação em saúde como:

Um processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos; processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão (MALTA; NETO, 2007).

No documento Avaliação da Atenção Básica (2005), o MS assim define avaliação em saúde:

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005, p. 16).

Bosi e Mercado (2006) destacam que são muitas as noções de avaliação: quer dizer julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou alguma coisa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais tem vários sentidos, sendo o mais nobre o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos. Do ponto de vista da utilidade prática, uma boa avaliação visa a reduzir incertezas, melhorar a efetividade das ações e propiciar subsídios para a tomada de decisões relevantes.

Corroborando com esta ideia, Uchimura e Bosi (2002) acreditam que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes; manifestar-se em relação a alguma coisa com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Há diversas conceituações acerca das metodologias de avaliação. A avaliação tradicional geralmente trabalha com instrumentos quantitativos e analisa as estruturas dos programas ou serviços de saúde (englobando recursos físicos e humanos, materiais, normas e procedimentos, equipamentos tecnológicos disponíveis), como se desenvolvem processualmente e quais os resultados (BOSI, MERCADO, 2006).

O referencial mais utilizado por estudiosos no processo de avaliação em saúde foi estabelecido por Donabedian, baseado na análise de estrutura, processo e resultado, que aborda estratégias avaliativas nas áreas de estrutura, possibilitando a avaliação do ambiente onde se desenvolvem os cuidados; processo, que disponibiliza avaliação do ponto de vista técnico e científico; e resultado que evidencia o sucesso e a qualidade da assistência oferecida ao paciente, e assim, atingir os objetivos propostos, que seriam os de promoção, proteção e recuperação da saúde (ZANON, 2000; CARTANA, 2002).

Visando a tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vêm se tornando habituais outras formas de abordagem, quebrando-se o modelo quantitativista e positivista predominante. Desde a metade dos anos 1980, começou-se a falar especificamente em avaliação qualitativa (BOSI; MERCADO, 2006).

Dessa forma, remetemo-nos a pensar a importância de uma pesquisa que buscasse contemplar a perspectiva da pessoa portadora de DM no levantamento de aspectos relevantes para a melhoria da qualidade da atenção prestada no nível especializado ambulatorial de atenção à saúde, incluindo a reflexão sobre a dimensão do cuidado de enfermagem humanizado.

A temática ligada à humanização da atenção em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que o atendimento no setor saúde, calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes, que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário (CASATE; CORREA, 2005).

O termo humanização passou a ser amplamente utilizado na atualidade, principalmente na área da saúde, porém encontra-se muitas vezes empregado de forma errônea ou grosseira. Torna-se louvável resgatar e reavaliar a prática da humanização, bem como o verdadeiro sentido deste conceito, uma vez que sua utilização tem sido recorrente e, não raro, banalizada por imprecisões conceituais, sendo empregada como se tivesse um único e claro significado (BOSI; MERCADO, 2006).

No Brasil, a reflexão sobre cuidado e humanização é recente, estando presente especialmente em teses e dissertações que utilizam teorias já consolidadas em outros países, para discutir a prática de enfermagem nas várias áreas do conhecimento. Esses estudos têm contribuído para ampliar as perspectivas e entendimento acerca dos conceitos, bem como para o avanço da prática de enfermagem (PADILHA, 2003).

Trentini e Beltrame (2004) realizaram estudo acerca das relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus, na qual elencaram “sinais de alerta” de que algo no cotidiano dos participantes não estava de acordo com o esperado, por exemplo, dificuldade para aceitar e realizar o tratamento permanente do DM e insegurança em relação aos profissionais de saúde. Esses ruídos abrem possibilidades para construir um novo modelo de assistência/cuidado, baseado em relações humanizadas, tendo como centralidade as ações de acolhimento, de autonomia e de vínculo entre usuários e trabalhadores da saúde.

Acolhimento, vínculo, valorização da escuta e organização dos serviços centrados nos usuários são alguns dos valores defendidos tanto pela humanização quanto pela integralidade. Em muitos pontos, esses conceitos se confundem, sendo que integralidade é um princípio do SUS, e a humanização é uma política. Ambos, porém, estão inter-relacionados (SILVA; SILVEIRA, 2008).

Diversos fatores estão implicados na falta de humanização na atenção em saúde, os quais podem ser agrupados em três categorias, segundo Silva e Silveira (2008): 1) em relação às falhas na organização

do atendimento pelas longas esperas e adiamentos de consultas e exames, ausência de regulamentos, normas e rotinas, deficiência de instalações e equipamentos, bem como falhas na estrutura física; 2) fatores ligados especificamente à relação com o “doente”, que é despersonalizado e sente falta de privacidade, sofre pela aglomeração, pela falta de preparo psicológico e de informação, bem como pela falta de ética por parte de alguns trabalhadores; e 3) no que diz respeito às condições de trabalho, já que recebem baixos salários, têm dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, enfrentam jornada dupla ou tripla, ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço, mantêm contato constante com pessoas sob tensão, o que gera ambiente de trabalho desfavorável (SILVA; SILVEIRA, 2008).

O ressignificar da humanização faz-se necessário no sentido de qualificar o atendimento terapêutico, promover a satisfação do profissional e do usuário, além de conscientizar o profissional da saúde para que reconheça o usuário como um sujeito e não como um simples objeto de sua atenção, deixando de considerar a doença e dedicando-se a cuidar de uma pessoa que circunstancialmente está doente. Cada pessoa deve ser vista de maneira holística, levando-se em consideração vários aspectos de sua vida: contexto social, econômico, cultural, familiar, espiritual, através do compromisso político, técnico e ético para com a comunidade e as pessoas (SILVA; SILVEIRA, 2008).

Em 2003, foi instituída pelo MS/Brasil uma política nacional que cria mudanças no modelo de atenção e gestão na área da saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde – HumanizaSUS. Esta se refere à construção de uma política de qualificação do SUS, tendo a humanização como uma de suas dimensões fundamentais. Essa abordagem é apresentada e discutida mais profundamente a seguir, pois se trata da base teórica deste estudo.

A partir da proposta da humanização da atenção à saúde apontada nesta política, os conceitos de acolhimento e vínculo profissional-usuário tomaram destaque, visto que o cuidado aos usuários dos serviços de saúde, especialmente aos que têm sua condição de saúde alterada, precisa ser oferecido sob o enfoque mais amplo do entendimento sobre o processo de saúde-doença. Assim, teve destaque também a diretriz clínica ampliada (BRASIL, 2008) para incentivar a prática das ações envolvidas no acolhimento e no vínculo, pois traz em sua essência a valorização da subjetividade e singularidade dos usuários e toma a saúde como objeto central de investimento.

Como contribuição para a efetivação do SUS, o acolhimento apresenta-se como uma ação técnico-assistencial que possibilita a

análise do processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e sua rede social, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (BRASIL, 2009b).

O vínculo, por sua vez, é um processo que constrói um elo entre as pessoas, significando estabelecimento de fortes laços interpessoais que refletem a cooperação mútua entre os usuários e os profissionais de saúde através da produção de relações de escuta, de diálogo, de respeito, entre outras (BRASIL, 2008). Assim, chamamos a atenção para os profissionais do campo da saúde, em especial neste estudo, para os enfermeiros, para a implantação permanente dessas atitudes na prática cotidiana de atenção à saúde, tendo em vista a necessidade emergente nos dias atuais de produção de saúde, qualificação e humanização no atendimento e nos cuidados prestados.

Frente à contextualização exposta, elaboramos como pergunta de pesquisa: a humanização da atenção e dos cuidados de enfermagem é percebida pelas pessoas com DM usuárias de um serviço especializado ambulatorial inserido na média complexidade do SUS?

Acreditamos que a utilização do método qualitativo sob a perspectiva avaliativa contempla de forma harmoniosa as pretensões do estudo, pois oferece subsídios para se buscar conhecer a ótica das pessoas com DM, usuárias do serviço de atenção especializada ambulatorial, que poderão expressar suas opiniões e julgamentos acerca da atenção e dos cuidados de enfermagem em saúde, elencando também aspectos para a comparação do que vem ocorrendo na prática face ao que está disposto em nosso referencial teórico.

A realização desse estudo mostra-se pertinente, pois pode contribuir com a prática profissional do enfermeiro na atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas, em especial, aquelas com DM, ao elencar novos subsídios no que tange à humanização dos cuidados de enfermagem e à pesquisa avaliativa e qualitativa da atenção em saúde, indicando possíveis modificações na perspectiva como vem sendo desenvolvido o cuidado às pessoas com essa doença crônica e ampliando a visão para além das alterações físicas e do tratamento clínico rigoroso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prática da humanização na atenção em saúde a pessoas com diabetes mellitus, sob a perspectiva dos usuários de um serviço de assistência de enfermagem especializada ambulatorial, em uma instituição hospitalar de ensino pública do Sul do Brasil, tendo como referência a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde/Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o vínculo e o acolhimento na prática da humanização dos cuidados de enfermagem a pessoas com diabetes mellitus, sob a perspectiva dos usuários de um serviço de atenção especializada em nível ambulatorial vinculado a um hospital geral de ensino público do Sul do Brasil, tendo como referência a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde/Brasil.

- Avaliar a assistência de enfermagem na perspectiva das pessoas com DM, usuárias de um serviço de atenção especializada em nível ambulatorial vinculado a um hospital de ensino público do Sul do Brasil, tendo como referência a diretriz da Clínica Ampliada estabelecida na PNH do MS/Brasil.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – HUMANIZASUS E A DIRETRIZ CLÍNICA AMPLIADA

Como principal referência para a sustentação teórica deste estudo, foram utilizados os preceitos do MS/Brasil, especialmente no que concerne à Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH) (BRASIL, 2008), além de autores que vão ao encontro destes preceitos e serão citados de forma a complementar o embasamento teórico, no intuito de apresentarmos a dimensão do nosso posicionamento quanto ao conceito de humanização.

Realizada em 2000, a 11ª Conferência Nacional de Saúde, com o título “Acesso, Qualidade e Humanização da Atenção à Saúde, com Controle Social”, discutiu pela primeira vez dentre as conferências nacionais de saúde o tema da humanização (BRASIL, 2003). A partir da discussão realizada nesta Conferência sobre a atenção de saúde e a gestão do SUS, foi destacada a prioridade que deve ser conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e à ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, ampliando o acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada tratamento (BRASIL, 2003).

Atualmente, o termo humanização tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde, e seu conceito tem ocupado lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso (AYRES, 2005). É a base de um amplo conjunto de iniciativas, no entanto não possui uma única definição. Pretendemos indicar, a seguir, algumas perspectivas sobre a humanização da assistência à saúde, combinando uma visão das políticas de Estado/MS com a visão teórica, conceitual e empírica de autores que têm se dedicado a estudos acerca da temática.

Em 2001, a humanização do SUS ganhou seu primeiro nome: era o Programa Nacional de Assistência Hospitalar, uma ação do MS/Brasil, que buscava implantar e ordenar as ações no campo da atenção humanizada nos serviços de saúde. Este Programa foi inicialmente operacionalizado através de um projeto piloto em hospitais: o Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). O

PNHAH visava a melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, por meio de ações que davam ênfase à melhora da assistência, focando principalmente as relações entre usuários e profissionais da área da saúde. Desde então, a humanização avançou também em outras instâncias do SUS, e o que era um programa se transforma, ao final de 2003, em uma política: a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção (PNH) (BRASIL, 2001).

Estabelecida há sete anos, a PNH objetiva efetivar os princípios do SUS nas práticas de saúde cotidianas, apontando que a humanização deve ser vista como o eixo básico para reafirmar e legitimar o SUS como política pública, não sendo entendida como um “programa a ser implantado”, mas como uma política que opera de forma transversal em toda a rede do SUS. Tal política apresenta-se como uma tarefa dupla: produção de saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2009). Em uma democracia institucional, a produção de saúde e de sujeitos refere-se à constituição de sujeitos autônomos, protagonistas, implicados na produção de condições de vida saudável (BRASIL, 2006c).

Os valores que norteiam essa política são: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

Ao perceber a necessidade de mudanças no modelo de atenção e no modelo de gestão para continuar enfrentando os desafios da defesa da vida e garantia dos direitos à saúde dos brasileiros, o MS assume a responsabilidade de tornar a humanização um movimento capaz de fortalecer o SUS como política pública de saúde através do fortalecimento dos princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2008).

A humanização é entendida pelo MS/Brasil como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, ou seja, usuários, profissionais de saúde e gestores. O MS ainda elenca diversos focos sob os quais compreende a humanização: fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008).

O MS enfoca também a mudança no modelo de atenção com valorização das necessidades dos cidadãos; o trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo; o compromisso com a qualificação das condições de trabalho e de atendimento; o

compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde; e a luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral (BRASIL, 2008).

A transversalidade, a indissociabilidade (entre atenção e gestão) e o protagonismo dos sujeitos são os princípios que regem a PNH. Já as diretrizes da PNH englobam a clínica ampliada, a cogestão, o acolhimento; a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos dos usuários, o fomento das grupalidades, coletivos e redes e enaltece a construção da memória do “SUS que dá certo” (BRASIL, 2008).

A PNH elenca ainda dispositivos postos a funcionar nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando a promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão. São eles: o Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH), colegiado gestor; contrato de gestão, sistema de escuta qualificada para os usuários e trabalhadores, ouvidorias e pesquisas de satisfação; visita aberta e direito ao acompanhante; programa de formação em saúde do trabalhador e comunidade ampliada de pesquisa; equipe transdisciplinar de referência e apoio matricial; projetos de ambiência, acolhimento com classificação de riscos, projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projeto Memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

A PNH apresenta e explana sete eixos de ação que objetivam a institucionalização, difusão e apropriação dos resultados pela sociedade. São eles: eixo das instituições do SUS; eixo da gestão do trabalho; eixo do financiamento; eixo da atenção; eixo da educação; eixo da informação e comunicação e eixo da gestão da PNH (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, percebemos que a PNH apresenta-se teoricamente complexa e, portanto, também a sua prática na realidade do SUS tende a ser intrincada. Possui um olhar ampliado sobre a dimensão da saúde e da vida não apenas dos usuários do SUS, pois inclui também seus trabalhadores e gestores. Encontra-se bem estruturada através da concepção de humanização, dos modos de operar, princípios, método, diretrizes, dispositivos e eixos bem detalhados e intimamente correlacionados.

Dentre as orientações de implementação das ações de humanização que reafirmam os princípios da PNH, destacamos, pela relevância para o nosso estudo, a realização da Clínica Ampliada. A PNH reforça a ideia de clínica ampliada como sendo um compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e

corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2008).

Para o MS (2008), o conceito de clínica ampliada faz alusão à mudança no modelo de atenção e gestão atual, encontrando-se assim disposto:

O conceito de clínica ampliada deve ser entendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. A universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade das ofertas em saúde obrigam a modificação dos modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. A modificação das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma clínica ainda hegemônica que: 1) toma a doença e o sintoma como seu objeto; 2) toma a remissão de sintoma e a cura como seu objetivo; 3) realiza a avaliação diagnóstica reduzindo-a à objetividade positivista clínica ou epidemiológica; 4) define a intervenção terapêutica considerando predominantemente ou exclusivamente os aspectos orgânicos (BRASIL, 2008, p. 55)

Ampliar a clínica sugere como ações na atenção aos usuários: 1) tomar a saúde como objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde (BRASIL, 2008).

Desse modo, as propostas da clínica ampliada incluem: 1) compromisso com o sujeito e não só com a doença; 2) reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos; 3) afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que se coproduzem na relação que estabelecem; 4) busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde; 5) aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares; 6) fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde

(trabalhadores de saúde, usuários e rede social); 7) defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008).

Em 2009, o MS divulga diversas cartilhas com os temas dos dispositivos e das diretrizes da PNH. Dentre elas, apresenta a cartilha da Clínica Ampliada e Compartilhada, em que elucida a necessidade de trazer essa ideia para a prática de atenção em saúde no SUS.

Dentre as muitas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde visando à clínica ampliada distinguem-se três enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. Cada uma destas três abordagens é composta de várias facetas; no entanto, pode-se dizer que existe em cada uma delas uma tendência para valorizar mais um tipo de problema e alguns tipos de solução, muitas vezes de uma forma excludente. Neste contexto, a proposta da clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A clínica ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009c).

Outro aspecto diz respeito à urgente necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente. Quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico, maior será o desafio de lidar com o usuário enquanto sujeito, buscando sua participação e autonomia (BRASIL, 2009c).

As pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas, como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias, os pacientes refratários e a dependência dos usuários aos serviços e profissionais de saúde evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. O diagnóstico pressupõe certa regularidade, uma repetição, em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular (BRASIL, 2009c).

Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda excessiva ao papel de profissional. A clínica ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar, mas, sim, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e multiprofissional. Entra em

discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isto, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença (BRASIL, 2009c).

A proposta da clínica ampliada engloba cinco eixos fundamentais. O primeiro, “Compreensão ampliada do processo saúde-doença”, objetiva ampliar o olhar dos profissionais da saúde de forma a valorizar igualmente as patologias orgânicas, as correlações de forças na sociedade (econômicas, culturais, étnicas), relação afetiva, entre outros aspectos. Este eixo traduz-se ao mesmo tempo em um modo diferente de fazer a clínica, numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes (BRASIL, 2009c).

O segundo eixo, “Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticos”, traz o reconhecimento da complexidade dos sujeitos e estimula o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução. Este compartilhamento vai em direção à equipe de saúde, aos serviços de saúde, à ação intersetorial, e também aos usuários. Assim, aposta que fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual (BRASIL, 2009c).

A “Ampliação do ‘objeto de trabalho’”, título do terceiro eixo, explana que as doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou especialidade seja bem delimitado. Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”. Assim, incita-se a ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas (BRASIL, 2009c).

Para Campos e Amaral (2007), em geral, o objeto de trabalho indica o cargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria a necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde, situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. A ampliação mais importante citada pelos autores seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, pessoas (CAMPOS; AMARAL, 2007).

O quarto eixo da Clínica Ampliada, “A transformação dos instrumentos de trabalho”, privilegia a comunicação transversal na

equipe e entre equipes por meio de técnicas relacionais. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade deve fazer parte da atenção em saúde desenvolvida pelos profissionais e gestores.

Intitulado “Suporte para os profissionais de saúde”, o quinto eixo explora a necessidade da criação de instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, identificações positivas e negativas com os diversos tipos de situação. A ideia é combater o “não envolvimento” com os usuários, situação que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade.

Diante do exposto, percebe-se que a cartilha da Clínica Ampliada e Compartilhada apresenta modos de transformação da prática hegemônica de atuação do profissional da saúde, com destaque à valorização dos usuários dos serviços de saúde. Estes modos precisam ser divulgados e estimulados a fim de produzir mudanças significativas no setor saúde da sociedade brasileira. Ao finalizar, a clínica ampliada lança como sugestões práticas os atos de escuta, vínculo, afeto, diálogo e informação e recomenda evitar os tratamentos inadequados, dar ordens diante das orientações, ter a doença como preocupação central da vida do usuário.

Em 2005, Cunha apresenta ideias e estímulos ao modelo de ampliação da clínica em saúde, tendo em vista que a qualificação e a superação dos desafios do SUS carecem do enfrentamento da questão da clínica do médico e de outros profissionais. Em sua obra, apresenta a proposta da clínica ampliada e o compromisso com a construção do SUS numa ideologia que vai de acordo com os aspectos abrangidos nas cartilhas da PNH e da Clínica Ampliada e Compartilhada (CUNHA, 2005; BRASIL, 2008; BRASIL 2009c).

Cunha (2005) fundamenta grande parte dos seus pensamentos sobre a construção da clínica ampliada nas obras de Campos. Especialmente, ao indicar os caminhos para a clínica ampliada e superação da clínica tradicional, Campos (1997) é lembrado por referir que os tratados sobre a doença ou sobre a fisiologia padrão dos seres humanos ajudam a clínica. Mais do que ajudar, torna-a possível. O desafio estaria em passar deste campo de certezas, de regularidade, ao campo da imprevisibilidade da vida cotidiana. O saber seguro e preso às estruturas ou a imprevisibilidade caótica das situações sempre distintas. Como realizar este percurso com segurança? O reconhecimento explícito dos limites de qualquer saber estruturado já seria uma primeira

solução, pois obrigaria todo especialista a reconsiderar seus saberes quando diante de qualquer caso concreto (CUNHA, 2005; CAMPOS, 1997).

Para Cunha (2005), essa superação se daria pelo reconhecimento dos limites ontológicos dos saberes, em relação à singularidade dos sujeitos (usuários). Ou seja, todo saber, também o biomédico, trabalha com uma generalização que está condenada a ser parcial em toda situação singular. Este nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja. Atrelado a isso, com base no reconhecimento dos limites para se compreender o singular, a clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do sujeito doente. O que inicialmente é um limite do saber pode ser transformado em possibilidade prática de intervenção (CUNHA, 2005).

De forma sintética, Cunha (2005) sugere para a ampliação da clínica: evitar recomendações pastorais e culpabilizadoras; trabalhar com ofertas e não apenas com restrições aos usuários; evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos; solicitar retorno ao usuário sobre o que ele compreendeu a respeito da doença e do tratamento; o profissional deve equilibrar o controle da doença com a produção de vida dos usuários; atuar com o máximo de apoio ao usuário e valorizar a qualidade de vida.

Campos e Amaral (2007) realizam um estudo onde apresentam sugestões para a reorganização da clínica e da gestão em hospitais, baseadas na concepção Paidéia – envolvimento de trabalhadores e usuários no processo de reforma e de reorganização, considerando que mudanças estruturais e organizacionais têm maior eficácia quando são acompanhadas por processos de mudança no modo de ser dos sujeitos envolvidos, com reforma da estrutura e mudança cultural (CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS, 2003).

O método Paidéia mostra a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a formação e constituição integrais dos sujeitos, seres humanos. A gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o sujeito e os padrões dominantes de subjetividade, têm potencial pedagógico e terapêutico seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia, ampliando a capacidade de análise, envolvimento e cogestão das pessoas (CAMPOS, 2003).

Assim, Campos e Amaral (2007) identificam que a clínica ampliada pode contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, sendo a autonomia entendida por eles como a capacidade do usuário em lidar com sua própria rede ou sistema de dependências, onde

a idade, condição de saúde debilitante, contexto social e cultural, a própria subjetividade e a relação de afetos estão envolvidos. Portanto, todo o esforço de síntese de saberes não vinculados à biomedicina e a incorporação de crítica a ela não significam abrir mão dos recursos de intervenção biomédica, mas constatar que o conhecimento hegemônico na clínica de diversos profissionais é profundamente insuficiente quando utilizado de forma excludente. Quando há vínculo e acompanhamento terapêutico longitudinal, não existe preponderância de um elemento, mas alternância de relevâncias (CUNHA, 2005).

Corroborando com os autores supracitados, Zaboli (2009) expressa que o olhar clínico tem que se ampliar para propiciar o entendimento do sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e para pactuar os acordos no projeto e processo de cuidado. Desafio para os profissionais que seguem tendo o hospital como seu lócus privilegiado de formação, na lógica médico-centrada e hospitalocêntrica que marca a produção em saúde. A clínica ampliada implica assim corresponsabilização pela saúde das pessoas, buscando para isso articulação com outros setores; também requer que os profissionais reconheçam os limites de seus conhecimentos e das tecnologias empregadas, integrando constantemente novos saberes, isso tudo com compromisso ético profundo (ZABOLI, 2009).

Considerando-se a complexidade do movimento de ampliação e reformulação da clínica, é importante reconhecer que realizá-lo dependerá também de uma reforma cultural; da criação de ambiente de trabalho propício à abertura das estruturas disciplinares em que especialistas e profissionais vêm se encerrando (CAMPOS; AMARAL, 2007). Campos e Amaral (2007) também referenciam a PNH do MS por tornar a clínica ampliada uma diretriz que é favorável à abertura cultural dos profissionais que atuam no campo da saúde.

Artmann e Rivera (2006) dizem que a visão de clínica ampliada poderia representar uma chave interpretativa importante que nos permitiria fugir de uma visão absolutista do determinismo cultural que nega a comunicação. Segundo esse enfoque, traços de uma cultura da comunicação pertinentes a um tipo de clínica da variabilidade, que está envolvida na realidade cultural global da instituição médica, sobrevivem essencialmente. O valor cultural da autonomia profissional carrega dentro de si a possibilidade da comunicação, do acolhimento.

Como resultados dos esforços estimulados pela PNH e pela clínica ampliada, há a expectativa de redução de filas e tempo de espera para os usuários, com a ampliação do acesso, atendimento acolhedor e

resolutivo; atenção integral garantida pelo profissional e pela equipe de referência do usuário; garantia dos direitos dos usuários, garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários com investimentos na educação permanente de trabalhadores, adequação da ambiência e implementação de atividades de valorização e cuidados aos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2008).

A PNH prevê alguns parâmetros para a implementação de ações nos três níveis de atenção do SUS: atenção básica, atenção especializada e atenção pré-hospitalar e hospitalar. Referente à atenção especializada – cenário do nosso estudo – os principais parâmetros dispostos referem-se à garantia de agenda de atendimento em função das necessidades do usuário; uso de critérios de acesso identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência; otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional; organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão (BRASIL, 2008).

Reconhecemos que esses parâmetros traduzem uma parte importante das ações a serem redefinidas, realizadas e aperfeiçoadas na atenção especializada em saúde. São necessárias ainda outras ações mais ampliadas e mais detalhadas na busca do cuidado humanizado que tende a reafirmar a ideologia do SUS, como por exemplo, ações priorizando o acolhimento e o vínculo, pautados na escuta sensível pelo profissional de saúde e visando à subjetividade dos usuários.

Pasche e Passos (2008) discutem a PNH após cinco anos de sua formulação e ressaltam que, para a qualificação do SUS, é necessário implantar elementos macro-políticos que definem responsabilidades sanitárias entre gestores e serviços e ações micro-políticas, de qualificação dos serviços e práticas de saúde, sendo a PNH uma oferta para a qualificação do SUS nessa dupla dimensão.

Trazer à realidade a PNH e desenvolvê-la de forma efetivamente transversal às demais políticas e programas de saúde necessita, portanto, da combinação da atuação dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação de toda a rede de ação do MS agindo em sinergia para a evolução e consolidação do atendimento humanizado em saúde.

O SUS é ainda uma reforma incompleta na saúde e encontra-se em pleno curso de mudanças, experimentando vitórias, conquistas, frustrações e desafios. Portanto, devemos seguir em debate sobre as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que orientam, entre outros aspectos, os modos de produzir saúde ou

onde investir recursos para a construção do SUS mais humanizado.

3.2 PERSPECTIVAS SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO EM SAÚDE E NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A partir dos anos 1990, a ideia de humanização passa a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como um conjunto de princípios que criticavam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e mais tarde traduzido em diferentes propostas visando a modificar as práticas assistenciais (JUNGES; DODE, 2008), como por exemplo, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000), o Programa Mãe Canguru (2000) ou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (2001).

O MS, no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, mais especificamente no glossário, define humanização/Política Nacional de Humanização nos seguintes termos:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2008, p. 62).

No momento em que se assume a humanização como aspecto fundamental nas políticas de saúde, urge que o conceito de humanização seja reavaliado e criticado para que possa efetuar-se como mudança nos modelos de atenção e de gestão do SUS. Tal urgência justifica-se pela banalização com que o tema tem sido tratado, assim como pela fragmentação das práticas ligadas a programas de humanização

(BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

O termo “humanização” vem sendo utilizado a cada dia com maior frequência no âmbito da saúde. Deparamo-nos hoje com a polissemia deste termo que merece estudos aprofundados, filosóficos e com atualização permanente tendo em vista sua influência nos modos de relação entre sujeitos implicados no campo da saúde. Para subsidiar as interfaces do termo humanização e incitar reflexões acerca do seu papel nos serviços de saúde, utilizaremos alguns autores que discutem tal temática, em especial, Benevides e Passos (2005a; 2005b), Deslandes (2004), Backes et al. (2005), Silva e Silveira (2008), Ayres (2005), Teixeira (2005), Brasil (2008), Alves et al. (2009), entre outros.

Geralmente emprega-se a noção de humanização para a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos dos usuários, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda na valorização do profissional e do diálogo interdisciplinar (DESLANDES, 2004).

A humanização surge como um desafio no novo século para os trabalhadores de saúde, pois há a preocupação com a complexidade tecnológica, fragmentação do cuidado em visões isoladas, especialização dos saberes, considerando também que nos serviços de saúde há situações “desumanizantes”, como a racionalização, a mecanização e a burocratização excessiva do trabalho, impedindo que o trabalhador desenvolva sua capacidade crítico-criativa (SILVA; SILVEIRA, 2008). Assim, esse modelo de atenção exige mudanças para o alcance de uma atenção mais humanizada.

O debate sobre a cultura assistencial e sobre a práxis trazida na proposta de humanização do discurso oficial do MS, analisado pela autora, supõe importante contribuição para a reflexão mais crítica dos modelos e ações de saúde, sendo destacado também um olhar sobre as condições estruturais de trabalho dos profissionais, afirmando que humanizar a assistência é humanizar a produção dessa assistência (DESLANDES, 2004).

Considerando-se que a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores interferem na qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde, há necessidade de seus gestores voltarem sua atenção e investirem em questões fundamentais como adequação dos recursos humanos e do ambiente de trabalho, equipamentos, tecnologias empregadas e principalmente na saúde de seus trabalhadores (SILVA; MARZIALE, 2006).

Oliveira e Kruse (2006) colocam a humanização como a busca da

atenção, além da técnica e preocupação com a doença. Observam a humanização como a necessidade de avaliar o ser humano levando em consideração suas características pessoais. Aliado a isso, enfatizam a necessidade de modificação de determinadas práticas, principalmente quanto à melhoria da qualificação da assistência através da atenção ao profissional de saúde, com o objetivo de torná-la humanizada, corroborando com as considerações dos demais autores citados.

No estudo de Goulart e Chiara (2006), são apresentados subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à saúde, discutindo questões ligadas à humanização da saúde a partir da concepção da humanização como política de saúde e como prática profissional, assim como possibilidades de ampliação da discussão da necessidade de incorporar tais premissas nas diversas etapas da formação dos alunos de graduação no que concerne ao tema. Ainda nesse trabalho, aparecem algumas proposições que contribuem para a formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão sobre as propostas curriculares e as oportunidades oferecidas pelos professores universitários, os quais podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde.

Destacamos, portanto, a importância da procura constante pelo aprimoramento dos espaços e ambientes de toda a rede dos serviços de saúde somada à busca pelo desenvolvimento de um inter-relacionamento espontâneo entre os diferentes sujeitos envolvidos com vistas à qualificação dos recursos e condições para os trabalhadores da saúde, gerando a qualidade da assistência ao usuário e o desenvolvimento de relações mais humanizadas (MARTINS, 2008).

A humanização pode também ser compreendida como a democratização das relações entre os trabalhadores, gestores e usuários, como um modelo de produção do cuidado mais resolutivo, centrado na comunicação, na troca de informações e saberes, no diálogo, na escuta, na partilha das decisões centradas nos trabalhadores, gestores e usuários. Humanizar significa buscar um processo de subjetivação para produzir cuidados em saúde, combatendo a despersonalização desse cuidado (MARTINS, 2008).

Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo-se uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de respeito ao usuário, o mesmo passando a ser entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde

(FORTES, 2004).

A humanização, expressa em ações fragmentadas, numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo, ou mesmo ao tecnicismo. Para ganhar a força necessária na direção de um processo de mudança que possa responder aos anseios dos usuários e trabalhadores de saúde, a humanização impõe dois desafios: conceitual e metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005b). Benevides e Passos (2005b) discutem se a humanização em saúde seria um novo modismo por trazer um desafio conceitual relacionado à reprodução do seu sentido mais estabilizado ou instituído, perdendo o movimento pela mudança nas práticas de saúde. Destacam ainda nesse discurso o desafio metodológico relacionado aos modos de fazer, tendo em vista uma política (PNH) que não deve se configurar apenas como proposta, mas como ações engajadas nas práticas de saúde.

Teixeira (2005) nos faz refletir acerca dos sentidos da humanização na produção de cuidados à saúde desde os sentidos mais evidentes na literatura, ressaltando o discurso de Deslandes (2004) e as questões que ligam a humanização às relações, aos diálogos, ao reconhecimento dos direitos dos pacientes, ao atendimento de qualidade, até a perspectiva mais filosófica em torno da definição de humano. Ayres (2005) também elucida a humanização sob a ótica filosófica, traduzindo-a como um ideal de construção de uma livre e inconclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações simétricas que permitam a compreensão mútua dos seus participantes e a construção consensual dos seus valores, chamando atenção assim para a perspectiva hermenêutica dos discursos científicos.

O desafio envolve alterar as práticas dos serviços de saúde, aumentar a qualidade de vida dos usuários e melhorar as condições de trabalho das equipes de saúde, por meio da harmonia entre “o que fazer” e “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade, valorizando os processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, reconhecendo a inseparabilidade entre as práticas do cuidado e a gestão do cuidado, uma vez que não há como transformar os modos de atender à população num serviço de saúde sem que se alterem, também, a organização dos processos de trabalho, os mecanismos de planejamento, decisão, avaliação e de participação; a dinâmica de interação da equipe, com mudança na forma de relacionamento nas práticas de saúde, aumentando o grau de comunicação, conectividade e intercessão intra e intergrupos nos

serviços e em outras esferas do sistema (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

Falar de saúde como processo de produção é falar de uma experiência que não se reduz ao binômio queixa-conduta já que aponta para a multiplicidade de determinantes da saúde e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde. O que se produz nesse processo é a saúde e os sujeitos implicados. Por isso, fala-se da humanização do SUS como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e gestão em saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Exploramos a seguir as perspectiva sobre o acolhimento e o vínculo como elementos essenciais à humanização da atenção em saúde e enfermagem, por fazerem parte importante do panorama deste estudo.

O acolhimento envolve a observação da escuta atenta, capaz de perceber as diversas demandas. Como conceito norteador da PNH, pode ser entendido como princípio voltado para uma reflexão das práticas de saúde, pois reconhece o outro em suas diferenças a partir de um compromisso de responsabilização no encontro terapêutico (ALVES et al., 2009). Além disso, a PNH toma-o como dispositivo que opera mudanças concretas nos processos de trabalho e na gestão dos serviços em saúde (BRASIL, 2008).

O acolhimento como prática de produção de saúde destaca-se na PNH. Assim, foi elaborada uma cartilha específica sobre o tema (BRASIL, 2009c), a qual traz como conceito: ato ou efeito de acolher, que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, afirmando o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância para a PNH do SUS.

Acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas, identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Nesse funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações, partindo do complexo encontro entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito demandante (BRASIL, 2009c).

A capacidade de escuta e diálogo tem sido relacionada ao acolhimento, que se apresenta atualmente como dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde. Fazer acolhimento, no entanto, não equivale a uma preocupação ativa com a escuta somente, mas especialmente com o tipo de escuta que se oferece, a qualidade da escuta. E não qualidade no sentido de boa ou ruim, mas da natureza mesma da escuta, daquilo que se quer escutar (AYRES, 2004; AYRES, 2006).

O acolhimento coletivo é pensado por Cavalcanti Filho et al. (2009) como proposta inovadora de organização do processo de trabalho da equipe de saúde, por ser um espaço de integração do outro, usuários e trabalhadores, além dos saberes. O diálogo horizontal com os usuários e a relevância dada às suas opiniões e desejos trazem à unidade um perfil de espaço terapêutico e cuidado integral à saúde, proporcionando, também, maior aproximação do profissional ao modo de viver e sentir as necessidades trazidas ao espaço pela população.

O acolhimento destina-se a garantir a universalidade com escuta qualificada de todos que chegam à unidade de saúde. Que a necessidade defina a configuração das ofertas, e não o contrário. Que a responsabilização com o usuário oriente o processo de trabalho, e não interesses outros, como os corporativos. Garantir o acolhimento individual durante e após a realização do acolhimento coletivo obedece a esse preceito, pois nem todos os problemas devem ser partilhados, independentemente dos motivos. Além desse papel, o acolhimento individual dentro do processo de trabalho da equipe tem a perspectiva de vínculo com os usuários (CAVALCANTI FILHO et al., 2009).

Para Alves et al. (2009), o acolhimento reacende a capacidade de alteração das práticas, pois convoca à análise e à revisão cotidiana das mesmas no âmbito do sistema de saúde, provocando incômodo ao salientar que promover saúde e cuidar são atos de corresponsabilidade entre os sujeitos. Em seu estudo, realizado no contexto da média e alta complexidade, Alves et al. (2009) salientam que, comparativamente aos demais princípios da humanização, o acolhimento foi o princípio que mais facilmente foi observado nas relações entre enfermagem, pacientes e acompanhantes, bem como o seu inverso, ou seja, situações de não acolhimento.

Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam a dupla face do acolhimento que, por um lado, se configura como produção de relações de escutas e responsabilizações, constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção. Por outro, conforma o encontro entre necessidades e processos de intervenção

tecnologicamente orientados, implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver a vida. Ambos os sentidos remetem a processos de produção em saúde nos quais o acolhimento adquire uma expressão significativa.

Trad (2006) lembra que a questão das filas e a dificuldade de acesso à atenção especializada e hospitalar por parte da população figuram entre os indicadores de desumanização da assistência. Por meio da avaliação do acolhimento é possível apreender tanto a qualidade da recepção das demandas expressas pelo usuário como os critérios e condições de acesso a diferentes pontos do sistema de saúde (FRANCO et al., 1999). E ressaltado, porém, o acolhimento como dispositivo que perpassa os diferentes espaços e momentos do trabalho de um serviço de saúde, não se restringindo à ocasião da recepção do usuário ao serviço de saúde ou do fluxograma assistencial (TEIXEIRA, 2003).

Quanto à questão do vínculo, colocam-se em evidência dois elementos relacionados à concepção humanizada da atenção em saúde, segundo Trad (2006): longitudinalidade e confiança, sendo que a primeira expressa o reconhecimento por parte dos usuários da disponibilidade da fonte de atenção independentemente da presença ou ausência de problemas relacionados à saúde, a qual se pode contar e na qual se pode confiar. O autor destaca, como exemplo, a territorialização e a adscrição de usuários que ocorrem no desenvolvimento da ESF e favorece especialmente o processo de criação de vínculo.

Na PNH (2008), o MS traz como concepção de vínculo:

A aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativa diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2008, p. 70).

Ramos e Lima (2003), no estudo focando a visão dos usuários sobre os fatores que influenciam a qualidade de atendimento em um

serviço de saúde, mostram que a competência dos profissionais e o acolhimento geram a satisfação dos usuários. A forma como o serviço se organiza, facilitando o acesso dos usuários antigos, independentemente do local de sua residência, favorece a manutenção do vínculo usuário-serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

A relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário. O desempenho profissional é expresso pelo interesse demonstrado no exame físico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolutividade das condutas adotadas (RAMOS; LIMA, 2003). As autoras evidenciaram através das falas dos usuários participantes da pesquisa e pela observação do local de estudo que é valorizada a relação usuário-profissional de saúde estabelecida, favorecendo o encorajamento do usuário a realizar perguntas. A boa postura do profissional diante das respostas, seus esclarecimentos e orientações, levando em conta o modo de vida dos usuários, confere segurança usuário para enfrentar as eventuais dificuldades do tratamento e aumenta a relação de confiança já existente.

Gomes e Sá (2009), ao explorar a visão dos profissionais de saúde que atuam no controle da tuberculose, observam que estes associam o vínculo às relações que envolvem confiança, afinidade, compromisso, responsabilidade, chamando atenção especial à relação que fizeram com o conceito de cuidado e integralidade. As concepções expressas sugerem a ampliação e desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos cuidados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde, e também mais sensíveis à compreensão do processo saúde-doença (GOMES; SÁ, 2009).

O vínculo significa estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde através da produção de relações de escuta, de diálogo, de respeito, no qual o usuário passa a entender o significado do cuidado a ele prestado e sua corresponsabilidade nesse processo (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Desse modo, o vínculo permite que os profissionais de saúde supram necessidades, intervenham, aconselhem, partilhem opiniões, promovam suporte espaço psicológico, ou seja, impulsiona o desenvolvimento de ações voltadas para o alívio das ansiedades e necessidades dos usuários (GOMES; SÁ, 2009).

Para que exista um compromisso efetivo e consciente com a humanização, a realidade não pode ser percebida pelos profissionais de saúde sobre partes isoladas, mas em sua totalidade e dinamicidade.

Assim, estimula-se a criação de grupos ou equipes de humanização com o objetivo de auxiliar na mobilização de recursos subjetivos para melhor lidar com o cotidiano de trabalho, sendo favorecidas a comunicação e a reflexão acerca do que vem ocorrendo na prática assistencial (BACKES et al., 2005).

O avanço da tecnologia médica, principalmente a partir da segunda metade do século XX, fez com que, por muitas vezes, o cuidado se tornasse a aplicação de um procedimento técnico, a fim de cumprir com um objetivo mecanicista, como puncionar um acesso venoso, aplicar uma medicação ou realizar determinado exame; a fragilização do ser humano na posição de paciente ou usuário desfavorece o exercício da autonomia quando ocorre a visão paternalista de que a equipe de saúde detém o poder e o conhecimento, subestimando assim a capacidade do doente em fazer julgamentos com relação a si e a sua saúde (MIRANDA, 2000). Perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas como um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental para caminharmos em direção à humanização dos cuidados de saúde (BARBOSA; SILVA, 2007).

Oliveira e Kruse (2006) dedicam-se sobre os significados da humanização da assistência à saúde e suas transformações ao longo do tempo, através de pesquisa bibliográfica e expõem que, mantendo um fio cronológico de reflexão, foi percebida a inserção de outros valores e considerações na prática assistencial que, sutilmente, transformam o significado da humanização à assistência em saúde. Mesmo persistindo a afirmação de que a principal característica da humanização é o relacionamento pessoa a pessoa e que humanizar pressupõe o desenvolvimento da sensibilidade, respeito e solidariedade para com os semelhantes, já não há mais, nos artigos analisados, publicados nas décadas de 1980 e 1990, uma oposição aos princípios científicos e tecnológicos. Pelo contrário, a enfermagem tenta munir-se de ferramentas com respaldo científico para comprovar sua prática e tem no Processo de Enfermagem o instrumento de humanização do paciente (OLIVEIRA; KRUSE, 2006).

O profissional da saúde, destacando-se o enfermeiro, que traz intrínseco à profissão o amor pelo ato de cuidar, inserido no contexto histórico-social-institucional, constrói o seu ser e o seu agir através de relações interdisciplinares, construindo-se efetivamente como sujeito na relação com os demais e compartilhando os diversos saberes a fim de encontrar estratégias de ação e enfrentamentos para a resolução de

problemas e, conseqüentemente, o desencadeamento de um cuidado mais humanizado (BACKES et al., 2005).

Zaboli (2009) lembra que a palavra cuidado deriva do latim *cura* ou, em sua forma mais antiga, *coera*. Era usada em um contexto de relações de apreço e amizade para expressar atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação por uma pessoa querida ou por um objeto de estimação. Outra origem da palavra cuidado é *cogitare-cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e preocupação. Ou seja, em seus primórdios “cuidado” já trazia dois sentidos: atitude de atenção para com o outro e preocupação que advém do envolvimento, da ligação afetiva, do sentir-se responsável pelo outro e da necessidade de acolhê-lo, pois nos reconhecemos inseridos, partícipes e codependentes de uma rede de vida, entrelaçados em um complexo (ZABOLI, 2009).

Humanizar o cuidado em saúde é valorizar a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e de vida; é usar a razão e tê-la como ferramenta terapêutica nas relações. Humanização do cuidado em saúde é um processo complexo, pois envolve a necessidade de compreender todo o contexto do outro, ou seja, sua cultura, seus valores, a organização dos serviços de saúde, as políticas, entre outros. Humanizar é fazer uso de todos os mecanismos existentes para garantir a saúde (MARTINS, 2008).

A comunicação ou diálogo exerce um papel fundamental no cuidado humanizado e na demonstração de respeito por parte do enfermeiro ao usuário. Considerando que respeitar envolve agir com respeito, não se deve desconsiderar que estas ações estão ancoradas na maneira como ocorrem as relações interpessoais entre o enfermeiro e o usuário e, portanto, a forma como o enfermeiro se comunica com ele é um fator primordial quando o componente “respeito” é analisado nesta relação (BARBOSA; SILVA, 2007).

Através do estabelecimento da comunicação ocorre a interação entre enfermeiro e cliente, propiciando identificar e compreender os fatores causadores de ansiedade, desconforto e medo, sentimentos presentes por exemplo, em situação de pré-operatório do cliente, e, conseqüentemente, haverá a redução desses sentimentos, tornando a assistência adequada, isto é, humanizada (MEDINA, 2002).

A qualificação da equipe de enfermagem é buscada através da valorização da interação entre enfermeira e paciente, promovida pela comunicação e empatia. Aponta-se a necessidade de assunção de responsabilidade compartilhada entre os enfermeiros no sentido de buscarem continuamente o resgate do valor da arte da enfermagem

entendida em sua configuração mais plena, de modo que a humanização seja prestigiada e demonstrada através das competências em comunicação como uma das maneiras para o alcance de maior eficiência e de melhor qualidade do cuidado prestado, redundando em satisfação no trabalho através do exercício da empatia e da solidariedade (MENDES et al., 2000).

Em sintonia com as abordagens levantadas em nosso referencial teórico, compreendemos a humanização da atenção e cuidado de enfermagem à saúde como uma prática de atenção integral que incentiva a autonomia dos sujeitos, a corresponsabilização e compromisso na produção de vida e saúde, estabelecendo especialmente o acolhimento, o vínculo e a resolutividade; que busca as necessidades sociais e de saúde para a satisfação dos usuários, incluindo a melhoria constante dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos trabalhadores; que apoia a gestão e o controle social participativo; que necessita da ciência e da tecnologia e que precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas (usuários, trabalhadores e gestores) onde predomina a intersubjetividade e o diálogo no desenvolvimento do processo de atenção e cuidado em saúde.

Podemos afirmar que contribui para a excelência da prática profissional do enfermeiro tecer reflexões permanentes e profundas sobre a essência da profissão – o cuidado, buscando resgatar contradições ou conflitos do cotidiano nesse processo visando a transformá-las em problematização, vinculado à reflexão sobre a humanização dos cuidados como valor para a busca por mudanças no modelo de atenção.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.2.1 A Pesquisa Avaliativa Qualitativa

A pesquisa qualitativa está tendo espaço cada vez maior na área da saúde, contribuindo na compreensão de diferentes aspectos. É caracterizada pelo paradigma fenomenológico, por uma atitude científica que busca a compreensão do homem e das ações sociais, apreensão e interpretação dos fenômenos e de significados. O método, refere Minayo (2007), é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo da pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados, e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva, e os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (LAKATOS et al., 1986).

Tendo em vista que pretendemos avaliar como a humanização se expressa na assistência em saúde de pessoas com diabetes mellitus, sob a perspectiva dos usuários de um serviço de assistência de enfermagem especializada em nível ambulatorial, acreditamos que a metodologia da pesquisa qualitativa contempla de forma harmoniosa nossos objetivos, pois oferece subsídios para a busca do conhecer as perspectivas dos sujeitos e analisar os processos de relação entre profissional-usuário, permitindo compreensões e interpretações compartilhadas, questões que não poderiam ser exploradas de forma numérica ou objetiva.

A avaliação da qualidade dos programas e serviços de saúde é tratada, quase que exclusivamente, de maneira objetiva, quantitativa. Predominam, na literatura científica, os estudos que consideram a qualidade da saúde unicamente com base em sua dimensão formal, ou seja, em seus componentes ou elementos, terminando-se, desta forma, por conferir um tratamento reducionista ou unidimensional à qualidade (UCHIMURA; BOSI, 2002).

As autoras também observam que análises voltadas ao estudo dos componentes, seja do cuidado médico ou de um programa de promoção da saúde, constituiriam estudos da qualidade na sua dimensão objetiva, ou seja, avaliações da qualidade formal de um programa, o que sugerem os estudos quantitativos. Já os estudos centrados na análise da dimensão subjetiva da qualidade, que buscam apreender a experiência vivencial de atores sociais que interagem com o programa ou serviço, sejam eles usuários, técnicos, gestores ou políticos, caracterizariam estudos de avaliação qualitativa de programas (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A avaliação pode assumir inúmeros matizes em consonância com diferentes perspectivas, onde muitas vezes não se evidencia uma diferença de objetivos ou propostas, mas uma diferença de métodos entre acepções, segundo Bosi e Mercado (2007). Eles também afirmam, grosso modo, que significaria revestir com cientificidade a avaliação concebida no sentido lato para dar origem à pesquisa avaliativa, que se utiliza de métodos e técnicas da pesquisa social com a finalidade de possibilitar a emissão de um juízo com diligência, ou ainda, a realização de uma avaliação consequente.

Convém destacar que o paradigma positivista, em que predomina a mensuração estatística, tradicionalmente hegemônico em se tratando de avaliação de serviços, já começa a ser questionado (FURTADO, 2001), e, de acordo com Deslandes (1997, p. 104): “é possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde ao longo dos últimos anos deixou de ser considerada um processo exclusivamente técnico”, ou seja, já se admite a subjetividade inerente a qualquer avaliação, seja ela de um fato do cotidiano, seja de um serviço ou programa em especial (UCHIMURA; BOSI, 2002).

A avaliação qualitativa, segundo Uchimura e Bosi (2006):

corresponde à análise das dimensões que escapam aos indicadores e expressões numéricas. Essa análise se volta para a produção subjetiva que permeia as práticas em saúde inscritas nos programas e serviços, repercutindo diretamente na natureza do material a ser levantado e produzido,

o qual não pode se restringir a instrumentos estruturados que conduzam a respostas exclusivamente numéricas (UCHIMURA; BOSI, 2006, p. 93-94).

De forma alguma pretendemos criticar ou desvalorizar os estudos de avaliação quantitativa, afinal acreditamos que estes possuem extrema importância no meio científico por revelarem dados e estatísticas que auxiliam na construção de conhecimento e tomada de ações perante os elementos estudados. Acreditamos que as avaliações nas perspectivas quantitativa ou qualitativa devem ser observadas como complementares e jamais como concorrentes, uma vez que cada uma possui interesses e métodos diferenciados, porém buscando muitas vezes objetivos convergentes.

A abordagem qualitativa na avaliação de programas de saúde é fundamental para o desvelamento de questões que julgamos fundamentais para a efetiva incorporação, na assistência à saúde, de princípios tão caros ao campo sanitário, tais como a equidade, a integralidade e a humanização, como referem Bosi e Mercado (2006).

Acreditamos, assim como Uchimura e Bosi (2007), que esta forma de pensar aplica-se não apenas ao campo de avaliação de programas de saúde, mas também, na perspectiva da avaliação das políticas e dos serviços de saúde em geral, onde o enfoque qualitativo pode contribuir no processo de construção do desvelamento e compreensão das múltiplas e complexas faces do processo saúde/doença e reconhecimento da subjetividade envolvida.

A pesquisa avaliativa é apreendida por Arreaza e Moraes (2010) como a aplicação sistemática de procedimentos oriundos das ciências sociais para fazer julgamentos sobre os programas de intervenção, analisando bases teóricas, o processo operacional, e a implantação dos mesmos em sua interface com o contexto no qual se constituem. O escopo da avaliação sobrepuja a dimensão objetivada da ação, tomando por objeto essencial as ações programáticas em saúde, as intervenções sociais planejadas, como também as representações articuladas pelos atores na atuação dos serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

O campo da avaliação comporta uma multiplicidade de possibilidades de recortes do real, formas de definir abordagens, dimensões e atributos para as práticas avaliativas, que refletem, em alguma medida, as escolhas teóricas e pontos de vista dos diferentes atores implicados que correspondem às suas posições no campo e

espaços a que pertencem, como à sua formação intelectual, visão crítica e trajetória social (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Posto isto, inferimos que as necessidades de saúde podem ser objeto de graus distintos de controle de causas, riscos ou danos, dependendo da fase de desenvolvimento da história de um agravo à saúde e das características do modelo assistencial implementado. Para cada um desses níveis de controle, existem diversas possibilidades de intervenção cujos atributos têm sido considerados como instrumentos indispensáveis para a avaliação das práticas e serviços de saúde (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Arreaza e Moraes (2010), procurando construir um modelo de avaliação pautado na pesquisa avaliativa, ressaltam que, dentre os principais desafios e debates presentes no campo da avaliação em saúde, um dos primeiros a ser reconhecidos é que as ações e práticas de saúde têm natureza social e histórica, o que não pode e nem deve ser negligenciado por quem pretende avaliá-las. Sendo fato que o objeto da avaliação se modifica em função do tempo e do seu contexto, também o é que a própria pesquisa transforma o objeto avaliado naquilo que faz parte da sua essência, tomado e problematizado no processo de avaliação. Outro desafio a ser considerado é a dimensão subjetiva da avaliação a despeito de um julgamento sobre uma dada intervenção, devendo-se ter em mente que qualquer juízo de valor está orientado pela visão de mundo do sujeito da pesquisa. Não obstante, Arreaza e Moraes (2010) entendem a avaliação como um instrumento de mudanças da gestão que, ao incorporar as questões e representações dos principais grupos de interesse, amplia tanto a inclusão dos diferentes pontos de vista como as possibilidades de utilização dos resultados pelos envolvidos na recomposição de suas práticas e ações em saúde.

Ramos (2006) refere que a avaliação hoje é um processo dinâmico, sistemático e contínuo. Não se avalia apenas para diagnosticar uma determinada situação, mas também e principalmente para rever o que está sendo realizado e propor a readequação de atividades. Segundo a autora, a avaliação é para a qualidade em saúde condição para reunir, contextualizar, globalizar, reconhecer o singular, o individual, e o concreto, sem reduzir a pragmática do dia-a-dia. Assim, ao esclarecer os problemas organizacionais, sociais e políticos pelo caminho da ética e da solidariedade, não se reduz nem a ciência, nem a filosofia, mas, como eixo sinérgico, une possibilidades em ações efetivas e reais.

Trentini (2006), baseada em Contandriopoulos et al. (1997), apresenta a pesquisa avaliativa como a aplicação de métodos empíricos ou de pesquisa científica à avaliação de programas. Cohen, Franco

(2002) e Vasconcelos (2002) apresentam dois tipos de avaliação: Avaliação normativa, que não se caracteriza como pesquisa científica e tem a intencionalidade de julgar um programa ou intervenção, comparando estrutura, processo e resultado, utilizando critérios bem estabelecidos; e Pesquisa avaliativa, a qual aplica métodos e técnicas de pesquisa científica, tendo condições de produzir uma ou mais análises do conjunto (por exemplo, análise estratégica, de intervenção, de produtividade, entre outros).

Trentini (2006) lembra que Cohen e Franco (2002) referem existir uma estreita relação entre pesquisa avaliativa, pesquisa básica e pesquisa aplicada, salientando que a avaliativa pretende buscar informação que sustente a tomada de decisão mais adequada possível e cria instrumentos para o processo de implementação da decisão. Como já mencionado, utilizamos a vertente da pesquisa avaliativa nesse estudo no intuito de gerar conhecimento científico e indicar sinais e orientações em relação às possíveis mudanças relacionadas à humanização da atenção em saúde e dos cuidados de enfermagem no local do estudo e no setor saúde de maneira geral, sem o compromisso, neste momento, de tecermos negociações e implementarmos mudanças locais.

A pesquisa avaliativa nos programas e serviços de saúde, objetiva a progressão do conhecimento conceitual em relação ao desenvolvimento do contexto de saúde em análise e em relação a metodologias de avaliação dirigidas à tomada de decisão e à implementação de alternativas para a reformulação das ações e das instituições de saúde (TRENTINI, 2006).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de um hospital geral de ensino, público e de médio porte, localizado no Sul do Brasil. A escolha do local relaciona-se ao fato deste atender uma elevada demanda de pessoas com DM, que provêm de diversos municípios do Estado.

O serviço de saúde específico responsável pela atenção às pessoas com DM do estudo refere-se à “atenção especializada ambulatorial” de um hospital geral do Sul do Brasil, e este será o termo utilizado ao longo do estudo, caracterizando uma “unidade ambulatorial de referência, composta por uma equipe multidisciplinar que acompanha os pacientes com DM tipo 1 e 2, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares” (BRASIL, 2006c).

A instituição hospitalar tem como proposta a filosofia do atendimento humanizado e possui formalizada a Comissão de Humanização e um Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) que trabalha sob um regimento interno em prol de ações humanizadoras voltadas para o usuário do sistema de saúde e aos profissionais. O serviço tem ainda amplo reconhecimento na área acadêmica pela qualidade da atenção que desenvolve, integrado também por profissionais com vasta experiência e formação na área. Esses aspectos foram decisivos na escolha, uma vez que permitiriam mostrar uma realidade que, a princípio, atenderia o que está proposto na política de saúde.

A área ambulatorial de atenção a pessoas com DM foi constituída há 30 anos, logo no início da fundação da instituição. Atualmente, é composta por equipe multiprofissional integrada por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Mantém um alto fluxo de assistência a usuários/dia que dispõe de consultas especializadas, serviços de educação em saúde, exames e acompanhamento em saúde.

A equipe de enfermagem é composta por duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem, que prestam cuidados diversos aos usuários do ambulatório, participam da equipe de saúde multidisciplinar e coordenam a dinâmica de funcionamento do ambulatório.

O ambulatório abrange a atenção em saúde no nível de Média Complexidade, denominado na prática como “atenção especializada”. No entanto, esta condição é recente, pois atualmente a instituição hospitalar passa por um momento de transição referente ao modelo de gestão. O hospital, que integrava a rede estadual de atenção pública à saúde, passou, a partir de 2009, a integrar a rede municipal de acordo com o pacto de gestão firmado entre a instituição e a prefeitura municipal.

A enfermagem vem gradualmente se inserindo nesta nova condição, uma vez que atuava de forma semelhante à atenção básica, com atendimento sistemático e de longo prazo às pessoas com DM. A escassez de trabalhos em torno do cuidado de enfermagem à saúde na atenção especializada ambulatorial justificou a escolha deste campo para o estudo.

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram do estudo 20 homens e mulheres maiores de 18 anos, com o diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 estabelecido há pelo

menos um ano, usuários do ambulatório e tendo realizado pelo menos uma consulta de enfermagem.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas no período de março a maio de 2010, orientadas por um roteiro que buscou levantar diferentes perspectivas das pessoas com DM acerca da atenção recebida das enfermeiras no local de estudo. Assim, tentamos apreender como as pessoas com DM vêm sendo atendidas na atenção especializada ambulatorial em relação à humanização do cuidado de enfermagem. O roteiro foi composto por duas partes: I. Dados de Identificação do Usuário e II. Perspectivas sobre a Humanização do Cuidado às Pessoas com DM (Apêndice A). A construção deste roteiro foi baseada nas considerações da PNH do MS e em leituras prévias da literatura que abordavam os temas humanização e serviços de saúde.

As pessoas com DM que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo imediatamente após realizarem as consultas de enfermagem ou procedimentos no ambulatório. Diante da aceitação e disponibilidade de tempo do usuário, a entrevista era realizada em algum consultório do ambulatório, propiciando um ambiente de privacidade, confortável, com boa luminosidade e sem ruídos ou interrupções. Nos casos em que o usuário demonstrava interesse em participar da pesquisa, porém não dispunha de tempo para responder à entrevista, foram agendados data, horário e local de preferência do usuário para o novo encontro. Geralmente o local escolhido era o próprio domicílio do usuário. Nestes casos, foi efetuado contato telefônico na véspera da entrevista para confirmar a disponibilidade do usuário e o endereço residencial.

Os registros dessas informações foram efetuados através de gravação em aparelho eletrônico, com a devida autorização dos usuários entrevistados, sendo realizada a posterior transcrição das entrevistas.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu paralelamente à sua coleta. A análise

e a interpretação dos dados obtidos nas entrevistas foram orientadas pela proposta de Trentini e Paim (2004), tendo como referência Morse & Field, a qual consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

O processo de apreensão envolveu a organização dos dados através de identificação, codificação e criação de categorias. A codificação deu-se após leitura e destaque na transcrição das entrevistas, das palavras, frases ou temas relacionados à temática em estudo. As categorias foram compostas pelo conjunto de códigos semelhantes ou expressões com características similares que tinham relação de complementaridade entre os dados.

Durante a fase de síntese, houve a releitura atenta das categorias que sintetizam o conteúdo das falas dos entrevistados, demandando um profundo trabalho intelectual. Na teorização buscou-se desenvolver um esquema, o que implicou num trabalho de especulação, de verificação, de seleção, de descarte.

A interpretação foi feita à luz da fundamentação teórica utilizada e com a revisão de literatura. Na recontextualização, buscou-se dar significado aos dados da pesquisa, contextualizando os achados das entrevistas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A inclusão dos sujeitos no estudo obedeceu a Resolução nº 196/96 CNS/MS. O projeto foi aprovado em dezembro de 2009 pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, respaldado pelo parecer com protocolo número 535 (Anexo A). A autorização da realização das entrevistas e gravações foi obtida através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e datado pelos sujeitos do estudo e pela pesquisadora (Apêndice B). As enfermeiras foram identificadas com as letras X e Y para mantermos o anonimato. As vinte pessoas com DM incluídas no estudo foram identificadas como U1 até U20, mantendo o sigilo sobre suas identidades, sendo que a vogal U relaciona-se à condição de “usuários” do serviço público de saúde.

5 RESULTADOS

Na análise de dados que focou a perspectiva dos usuários sobre a atenção em saúde recebida no ambiente ambulatorial de atenção especializada às pessoas com DM e praticada por enfermeiras, emergiram como principais resultados a prática do acolhimento e a manutenção do vínculo entre profissional de saúde e usuário como ações intrínsecas e convergentes ao fomento da humanização do cuidado e da atenção em saúde.

Os usuários valorizam a escuta e o diálogo, o relacionamento horizontal, amigável e afetivo, o compromisso e a resolutividade, a confiança e o saber científico das enfermeiras. Ao refletir junto a PNH do MS, constatamos que a humanização dos cuidados de enfermagem e da atenção em saúde se expressa, especialmente, no exercício destes aspectos. Essa temática é discutida e apresentada de forma mais profunda no primeiro manuscrito, intitulado “Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus”. Estes resultados contemplam o objetivo geral do estudo e respondem ao primeiro objetivo específico.

Ao comparar a atenção em saúde desenvolvida pelas enfermeiras no cenário ambulatorial às pessoas com DM à diretriz Clínica Ampliada, referenciada na PNH e descrita pelo MS, encontramos como resultados que “o fazer” das enfermeiras neste serviço está de acordo com o preconizado na ampliação da clínica, pois são integrados os cuidados técnico-científicos específicos à condição crônica de saúde, encaminhamentos e articulações com a equipe multiprofissional aos cuidados voltados às subjetividades dos usuários. Os “modos de fazer” o atendimento pautado na clínica ampliada ressaltam o perfil acolhedor do profissional que dá ênfase ao sujeito, sua vida e saúde, sendo essencial dispor de tempo para oferecer tal atenção aos usuários. Os “resultados da atuação das enfermeiras” baseada na ampliação da clínica evidenciam a promoção de autonomia dos usuários, satisfação pela atenção recebida e reconhecimento por parte dos usuários da qualidade da atenção prestada.

Estes resultados contribuem para a prática assistencial em saúde, pois incentivam e orientam a construção da humanização no cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. O olhar sobre estas questões está apresentado de maneira mais abrangente no segundo manuscrito, o qual possui como título: “Clínica ampliada: construindo a humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes

mellitus”. Estes resultados também convergem ao objetivo geral do estudo e respondem ao segundo objetivo específico.

Devido à riqueza das declarações das pessoas com DM obtidas nas entrevistas, foi possível construir um arsenal de dados que contemplam temas ligados ao SUS e à atenção em saúde, especialmente relacionados aos cuidados com o DM.

Como exemplo, podemos citar: as dificuldades e facilidades no autocuidado e controle do DM; hábitos de vida diante da condição crônica de saúde; resultados da prática de educação em saúde; sugestões e críticas ao sistema de marcação de consultas do SUS, e à rede de apoio e suporte para os cuidados com o DM.

Tais dados e informações possuem potencial para a produção científica, podendo gerar artigos com destaque às implicações teóricas e práticas para os usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde. Neste momento foram selecionados os dois temas mais relevantes e convergentes com a proposta do estudo, que serão apresentados a seguir em dois manuscritos, escritos de acordo com as normas e instruções aos autores dos respectivos periódicos aos quais foram submetidos.

5.1 MANUSCRITO 1: ACOLHIMENTO E VÍNCULO NA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Manuscrito para submissão ao periódico: Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn, redigido conforme as normas da revista (Anexo B) para a seção Pesquisa.

Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus^a

User embracement and object attachment towards humanization of nursing care for people with diabetes mellitus

Acogimiento y vínculo en la humanización del cuidado de enfermería a personas com diabetes mellitus

Cecilia Arruda^b

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva^c

RESUMO: Pesquisa qualitativa que objetivou avaliar o acolhimento e o vínculo na prática da humanização dos cuidados de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus (DM) em um serviço ambulatorial público. O suporte teórico foi a Política Nacional da Humanização do Ministério da Saúde/Brasil. A coleta de dados empregou realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com 20 pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2, entre março e maio de 2010. A análise resultou em quatro categorias que exploram a escuta e o diálogo, o relacionamento, a resolutividade e o acesso aos serviços de saúde. As pessoas com DM reconhecem acolhimento e vínculo como partes da atenção humanizada recebida, a qual se destaca pela valorização da dimensão subjetiva dos usuários.

Palavras-chave: Acolhimento, humanização da assistência, enfermagem, diabetes mellitus.

ABSTRACT: Qualitative research wich aim was to evaluate the user embracement and object attachment in nursing care humanization practice for people with Diabetes Mellitus (DM) in a public specialized outpatient service. The theoretical support was the National Policy of

^a Este estudo é fruto do projeto de pesquisa do mestrado acadêmico desenvolvido no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e contempla parte da dissertação intitulada “Avaliação da Humanização do Cuidado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus”, elaborado entre 2009 e 2010.

^b Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Integrante do Grupo de Pesquisas NUCRON. Florianópolis, Santa Catarina. Email: cecillia_arruda@hotmail.com.

^c Prof. Dra. do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NUCRON e Bolsista de Produtividade do CNPq. Florianópolis, Santa Catarina. Email: denise_guerreiro@hotmail.com.

Humanization of the Health Department/Brazil. Data was collected through semi-structured interviews with twenty people with type 1 or type 2 diabetes, between March and May 2010. The Analysis has resulted in four categories that explore listening and dialogue, relationships, problem solving and access. People with diabetes recognize the user embracement and object attachment as part of humanized attention given, which is highlighted by the appreciation of the patients subjective dimension.

Keywords: user embracement, humanization of assistance, nursing, diabetes mellitus.

RESUMEN: Investigación cualitativa que objetivó evaluar el acogimiento y el vínculo en los cuidados de enfermería a las personas con diabetes mellitus (DM) en un servicio ambulatorio público. El soporte teórico fue la Política Nacional de Humanización del Ministerio de Salud/Brasil. La recolección de los datos empleó entrevistas semiestructuradas realizadas con 20 personas con DM tipo 1 o tipo 2, entre marzo y mayo de 2010. Análisis resultó cuatro categorías que exploran: Escucha y diálogo, relación, resolución y acceso. Las personas con DM reconocen acogimiento y vínculo como partes de la atención humanizada recibida, la cual se destaca por la valorización de la dimensión subjetiva de los usuarios.

Palabras clave: Acogimiento, humanización de la atención, enfermería, diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) apresenta-se como um tema relevante por estar entre os maiores problemas de saúde pública, afetando em torno de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões⁽¹⁾. A sociedade brasileira faz parte dessa alarmante realidade. Em 2006, contávamos com cerca de seis milhões de portadores, e as estimativas indicavam o alcance de dez milhões de pessoas em 2010⁽²⁾.

Para fazer frente a esta situação, as políticas em saúde no Brasil vêm dando cada vez maior atenção às pessoas com DM, especialmente se considerarmos a legislação mais atual. Como exemplo, podemos citar o provimento gratuito de medicamentos e equipamentos para aplicação de insulina e automonitoração da glicemia capilar aos portadores de DM inscritos em programas de educação para pessoas com DM e o SISHIPERDIA – programa informatizado de âmbito nacional para o cadastro e acompanhamento das pessoas com DM⁽³⁻⁴⁾.

Aliado a estes programas específicos, o sistema de saúde brasileiro propõe de maneira global, a assistência integral e humanizada, voltada não somente para o controle das doenças, mas também para a promoção da saúde e da cidadania das pessoas. Contudo, pouco sabemos a respeito de quanto ou de como esses avanços na legislação e nas políticas públicas vêm se efetivando na prática de modo a desenvolver a atenção em saúde de qualidade, que considere a pessoa em sua integralidade e em contextos específicos.

A realidade mostra-nos números desfavoráveis. São quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações. Ocorre grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. No Brasil, o DM associado à hipertensão arterial sistêmica representa 62,1 % dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise⁽¹⁾. Diante deste contexto, ocorre também considerável impacto social com redução da expectativa e da qualidade de vida.

Estudos realizados em diferentes locais evidenciam o baixo controle glicêmico. Numa amostra com quase 600 pessoas com DM, a maioria encontrava-se fora dos alvos desejados de controle glicêmico, no qual apenas 22% atingiram níveis de HbA1c abaixo de 7,0%, gerando elevada prevalência de complicações crônicas vasculares⁽⁵⁾. Aponta-se que a adesão do paciente com DM ao tratamento medicamentoso encontra-se abaixo do recomendado pela literatura, evidenciando a vigência do mau controle glicêmico⁽⁶⁾. Apesar de possuímos recomendações, protocolos e diretrizes bem estabelecidas quanto ao manejo do DM, há muito ainda para avançarmos no atendimento à saúde de pessoas com esta condição crônica.

Algumas reflexões sobre estas circunstâncias e sobre como a enfermagem vem contribuindo para modificar essa situação na prática cotidiana dos serviços de saúde, suscitaram-nos o interesse em realizar um estudo que mostrasse um retrato dessa realidade em um serviço especializado de atenção às pessoas com DM. O estudo avaliativo qualitativo foi a opção, focalizando dois conceitos que consideramos relevantes na atenção à saúde, como parte de um olhar para além do controle clínico da doença: acolhimento e vínculo. Esses dois conceitos integram a Política Nacional de Humanização.

Embora autores digam que a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, manifestar-se

em relação a alguma coisa com o objetivo de ajudar na tomada de decisões⁽⁷⁾, a pesquisa avaliativa nos programas e serviços de saúde, objetiva também a progressão do conhecimento conceitual em relação ao desenvolvimento do contexto de saúde em análise⁽⁸⁾.

No campo da saúde, a humanização diz respeito à atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, acarretando um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades e refere-se ainda à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão⁽⁹⁾. Neste sentido, parece-nos que é a base sobre a qual toda atenção realizada pela enfermagem deve estar assentada.

Compreende-se, portanto, que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço, de objeto passivo a sujeito; de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. O enfoque à saúde apresenta-se numa dimensão ampliada relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico⁽¹⁰⁾.

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do profissional pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessária⁽⁹⁾.

A aproximação entre usuário e profissional de saúde promove um encontro, o “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo, cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e

respeito mútuos⁽⁹⁾.

Assim, compreendemos que tanto o acolhimento quanto o vínculo são processos que se retroalimentam nas práticas de atenção à saúde, fomentando o cuidado humanizado. O acolhimento caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do usuário dos serviços de saúde em qualquer situação – tanto na chegada do usuário ao serviço de saúde quanto ao longo do seu acompanhamento pelos profissionais. O vínculo, por sua vez, se expressa na atenção humanizada com o compartilhamento de saberes, na convivência, ajuda e respeito recíprocos entre profissional e usuário.

Dessa forma, o estudo teve como **objetivo** avaliar o vínculo e o acolhimento na prática da humanização dos cuidados de enfermagem a pessoas com diabetes mellitus, sob a perspectiva dos usuários de um serviço de atenção especializada em nível ambulatorial vinculado a um hospital geral de ensino público do Sul do Brasil, tendo como referência a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde/Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa. O estudo foi desenvolvido no ambulatório de um hospital geral público de médio porte localizado no Sul do Brasil. A escolha do local relaciona-se ao fato deste atender uma elevada demanda de pessoas com DM, que provêm de diversos municípios do Estado. A instituição hospitalar tem como proposta a filosofia do atendimento humanizado e possui formalizada a Comissão de Humanização e um Grupo de Trabalho Humanizado (GTH) que trabalha sob um regimento interno em prol de ações humanizadoras voltadas para o usuário do sistema de saúde e aos profissionais. O serviço tem, ainda, amplo reconhecimento na área acadêmica pela qualidade da atenção que desenvolve, integrado também por profissionais com vasta experiência e formação na área. Esses aspectos foram decisivos na escolha, uma vez que permitiriam mostrar uma realidade que, a princípio, atenderia o que está proposto na política de saúde.

A área ambulatorial de atenção a pessoas com DM foi constituída há 30 anos, logo no início da fundação da instituição. Atualmente, conta com uma equipe multiprofissional integrada por enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Mantém um alto fluxo de assistência a usuários/dia, que dispõem de consultas especializadas, serviços de educação em saúde, exames e acompanhamento em saúde. A equipe de enfermagem é composta por duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem que

prestam cuidados diversos aos usuários do ambulatório, participam da equipe de saúde multidisciplinar e coordenam a dinâmica de funcionamento do ambulatório.

O ambulatório abrange a atenção em saúde no nível de Média Complexidade, denominado na prática como “atenção especializada”. No entanto, esta condição é recente, pois atualmente a instituição hospitalar passa por um momento de transição referente ao modelo de gestão. O hospital, que era integrado à rede estadual de atenção pública à saúde, passou, a partir de 2009, a integrar a rede municipal de acordo com o pacto de gestão firmado entre a instituição e a prefeitura local.

A enfermagem vem gradualmente se inserindo nesta nova condição, uma vez que atuava de forma semelhante à atenção básica, com atendimento sistemático e de longo prazo às pessoas com DM. Agora, como serviço de atenção especializada, caracteriza-se como uma “unidade ambulatorial de referência, composta por uma equipe multidisciplinar que acompanha os pacientes com DM tipo 1 e 2, prestando atendimento integral a eles e a seus familiares”⁽¹¹⁾. A escassez de trabalhos em torno do cuidado de enfermagem à saúde na atenção especializada ambulatorial justificou a escolha deste campo para o estudo.

Participaram do estudo 20 homens e mulheres maiores de 18 anos, com DM tipo 1 ou tipo 2, diagnosticado há pelo menos um ano, usuários do ambulatório, tendo realizado pelo menos uma consulta de enfermagem.

A coleta de dados ocorreu com a realização de entrevistas semiestruturadas no período de março a maio de 2010, orientadas por um roteiro que buscou levantar diferentes perspectivas acerca da atenção recebida das enfermeiras no ambulatório. Assim, tentamos apreender como as pessoas com DM vêm sendo atendidas na atenção especializada ambulatorial em relação à humanização do cuidado de enfermagem. O roteiro foi composto por duas partes: I. Dados de Identificação do Usuário e II. Perspectivas sobre a Humanização do Cuidado às Pessoas com DM, focando o Acolhimento e o Vínculo.

As pessoas com DM que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo após realizarem as consultas ou procedimentos no ambulatório. Diante da aceitação e disponibilidade de tempo do usuário, a entrevista era realizada em algum consultório do ambulatório, propiciando um ambiente de privacidade, confortável, com boa luminosidade e sem ruídos ou interrupções. Nos casos em que o usuário demonstrou interesse em participar da pesquisa, porém não dispunha de tempo para responder à

entrevista, foram agendados data, horário e local de preferência do usuário para o novo encontro. Geralmente o local escolhido era o próprio domicílio do usuário. Nestes casos, foi efetuado contato telefônico na véspera da entrevista para confirmar a disponibilidade do usuário e seu endereço residencial.

Os registros dessas informações foram efetuados através de gravação em aparelho eletrônico com a devida autorização dos usuários entrevistados e posterior transcrição das entrevistas.

A análise de dados ocorreu paralelamente à coleta dos dados. A análise e a interpretação dos dados obtidos nas entrevistas foram orientadas pela proposta de autoras⁽¹²⁾ que tiveram como referência Morse & Field, a qual consta de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

O processo de apreensão envolveu a organização dos dados através de identificação, codificação e criação de categorias. A codificação deu-se após leitura e destaque na transcrição das entrevistas, das palavras, frases ou temas relacionados à temática em estudo. As categorias foram compostas pelo conjunto de códigos semelhantes ou expressões com características similares que tinham relação de complementaridade entre os dados.

Durante a fase de síntese, houve a releitura atenta das categorias que sintetizam o conteúdo das falas dos entrevistados, demandando um profundo trabalho intelectual. Na teorização buscou-se desenvolver um esquema teórico implicando num trabalho de especulação, de verificação, de seleção, de descarte. A interpretação foi feita à luz da fundamentação teórica utilizada e com a revisão de literatura. Na recontextualização, buscou-se dar significado aos achados, contextualizando a temática da pesquisa.

A inclusão dos sujeitos no estudo obedeceu a Resolução nº 196/96 CNS/MS. O projeto foi aprovado em dezembro de 2009 pelo Comitê de Ética da instituição hospitalar e pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo número 535. As vinte pessoas com DM incluídas no estudo foram identificadas como U1 até U20, mantendo o sigilo sobre suas identidades, sendo que a vogal U relaciona-se à condição de “usuários” do serviço público de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as vinte pessoas com DM entrevistadas, dezessete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, havendo, portanto, o predomínio de mulheres. A média de idade foi 62,5 anos e a renda

familiar entre dois e quatro salários mínimos, refletindo a condição predominante de aposentados ou pensionistas. Em relação ao estado civil, a maioria apresentou-se como casada ou viúva. Observamos ainda que, na maioria dos casos, o grau de instrução não ultrapassou o ensino fundamental. O tempo de diagnóstico do DM variou de três anos a trinta e cinco anos. Dentre os diagnósticos associados, os mais comuns foram os eventos cardiovasculares e problemas osteoarticulares – condições comuns se considerarmos a média de idade das pessoas entrevistadas.

A análise e interpretação dos dados permitiram a construção de quatro categorias que sustentam a concepção das pessoas com DM acerca da humanização dos cuidados de enfermagem desenvolvidos no atendimento especializado ambulatorial. Ao explorar como o acolhimento e o vínculo se expressam na prática assistencial das enfermeiras, emergiu a valorização dos atos de escuta e diálogo, o relacionamento afetivo, a resolutividade e a facilidade de acesso aos serviços de enfermagem, gerando as seguintes categorias: A arte do encontro; Ultrapassando a relação profissional formal; O compromisso genuíno; e Um breve olhar sobre o acesso.

A arte do encontro

No processo de atenção à saúde, o profissional e o usuário – dois sujeitos dotados de intenções e saberes – ficam submetidos à comunicação e inter-relacionamento. Trata-se de um encontro refletido em arte por envolver criatividade diante da imprevisibilidade da demanda que o profissional atende. Cada encontro abre espaço para o usuário expor suas necessidades, expectativas ou situações. Se cada sujeito é único, também suas necessidades e expectativas serão singulares, o que exige que os profissionais de saúde considerem a diversidade cultural, socioeconômica e a subjetividade de cada um.

A escuta e o diálogo fazem parte da assistência em saúde nos encontros entre as enfermeiras e as pessoas com DM que integraram o estudo. A escuta permite que os encontros evoluam para além dos aspectos clínicos da condição crônica de saúde, envolvendo a subjetividade das pessoas, expressa em suas palavras e sentimentos. Os usuários percebem que são ouvidos com atenção e que as suas preocupações são consideradas pelas enfermeiras, havendo abertura para a conversa, quando desfrutam de espaço para colocar suas dúvidas e angústias, como mostram os relatos a seguir:

Não sei se estou certa ou se estou errada, mas é até um certo desabafo (a consulta de enfermagem). Ela escuta com atenção,

conversa, orienta. A enfermeira é muito boa. (U10)

[...] problemas pessoais eu sempre converso com ela, ela sempre tem aquele carinho, ela escuta. Por isso eu digo, ela é mais que uma enfermeira. Ela escuta, é aquela pessoa que escuta. Então isso dá abertura para gente, e é importante para tu te sentires segura. (U14)

Com o estabelecimento de diálogo entre trabalhador da saúde e usuários, as soluções para os problemas de saúde são encontradas na parceria, no compartilhamento de ideias, pois, muitas vezes, o desabafo pode proporcionar resoluções para as dificuldades presentes. A escuta sensível e o diálogo aberto parecem colocar as enfermeiras num papel diferente, especial, não sendo vistas somente como profissionais da saúde, mas como alguém mais próximo, como pessoas a quem podem confiar segredos. A prática cotidiana da escuta e do diálogo suscita, como consequência, o relacionamento afetivo entre profissional e usuário, tema que se encontra explorado mais profundamente na próxima categoria.

A abertura para discussão de situações pessoais e específicas de saúde envolve o compartilhamento de ideias e saberes entre profissional e usuário. O processo de cuidar, no sentido da relação entre dois seres humanos, constitui-se de duas vias: o de um ser humano dotado de preparo técnico-científico e humanístico e disponível para o cuidado efetivo e de outro ser que, necessitando de ajuda de um profissional, busca assistência em estado físico e emocional fragilizado⁽¹³⁾. Desse modo, é promovido o encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde onde se fomenta um espaço para o estabelecimento de relações, compartilhamentos de experiências e criação de vínculo⁽⁹⁾.

O tempo de duração das consultas de enfermagem, que duram de 20 a 45 minutos, dependendo do caso, também é ressaltado, revelando que, quando não há pressa por parte do profissional de saúde, o usuário sente-se mais à vontade para colocar suas dúvidas, angústias, alegrias e conquistas, tanto sobre o cuidado com a condição crônica de saúde como sobre questões pessoais. Para o exercício de um bom diálogo, faz-se necessário uma escuta atenta, buscando-se detalhes que podem estar ocultos nas falas, além do acolhimento e o vínculo, que são atributos responsáveis pela prática da assistência integral⁽¹⁴⁾.

Os usuários dos serviços de saúde têm um desejo profundo de ser compreendidos em suas necessidades, e tal compreensão é um passo fundamental do cuidar, e requer o compromisso do profissional. É

essencial que haja a devida disponibilidade para que isso ocorra, o que demanda certa condição corporal e mental. É importante, notadamente a partir da perspectiva do profissional, a abertura para a verdadeira efetivação do cuidado em sua plenitude, pois isso certamente contribuirá para a humanização da assistência⁽¹³⁾.

O encontro dos usuários com as enfermeiras é valorizado pela sua especificidade, pela percepção de que são únicos naquele momento, que não há somente uma receita a ser seguida, mas que as enfermeiras têm uma comunicação e aproximação que permitem à pessoa sentir-se diferenciada. A arte desse encontro expressa-se através da sensibilidade das enfermeiras em ouvir com atenção, em construir um diálogo afetuoso e em indicar caminhos que possam antecipar soluções de problemas em relação à saúde.

Ultrapassando a relação profissional formal

Faz parte do acolhimento e estabelecimento de vínculo propiciar ao usuário a liberdade de expressão durante a atenção em saúde. Observou-se que no relacionamento entre as enfermeiras e as pessoas com DM ocorre espaço para o compartilhamento de experiências e esclarecimento de dúvidas, havendo interesse constante na verificação da compreensão que o usuário teve sobre o que foi orientado, sendo estes importantes aspectos pautados na estrutura da PNH⁽⁹⁾.

Ao falarem das enfermeiras, os usuários identificam-nas sempre pelo nome, fato que demonstra uma referência de profissional bem estabelecida e a existência de um relacionamento simétrico, enquanto que a maioria dos outros profissionais são identificados por suas especialidades profissionais ou função, como “o cardiologista”, “o vascular”, “a psicóloga”, “a atendente”.

Os usuários destacaram a intimidade e a liberdade que sentem perante as enfermeiras, evidenciando a fácil comunicação e demonstrando contentamento pela atenção em saúde recebida:

É muito bom a gente ir lá porque ela explica tanta coisa, a gente sai de lá bem orientado, ela é muito querida mesmo, a gente se sente à vontade com ela. (U16)

Houve ênfase nos relatos dos usuários sobre o vínculo estabelecido com as profissionais de enfermagem, evidenciando que a relação com as enfermeiras vai além do aspecto profissional. Ocorre acolhida afetiva, mantendo-se um bom relacionamento, que é descrito por muitos como “relação de amizade ou relação familiar”:

É com certeza mais que uma profissional, é uma amiga! (U14)

É uma afinidade tão grande, tão grande! Porque, eu não conhecia ela e a gente pegou aquela confiança, dá a impressão que ela é nossa mãe! (U6)

Tal relacionamento nos faz refletir sobre as facilidades e dificuldades na manutenção do acompanhamento em saúde e relacionamento mais denso entre profissional e usuário no cenário da atenção especializada, o qual, segundo o regulamento do sistema de saúde brasileiro, refere-se a um nível de atenção voltado a atender apenas “casos que demandam assistência de maior complexidade”⁽¹⁵⁾. Caberia, portanto, ao nível de atenção básica, o estabelecimento de acolhimento e vínculo com os usuários para efetivar o acompanhamento em saúde. No entanto, a PNH traz a atenção especializada em unidade ambulatorial como sendo um serviço com a função de acompanhar a saúde dos usuários prestando atendimento integral a eles⁽⁹⁾.

Alguns fatores devem ser considerados para o estabelecimento da relação horizontal profissional e usuário, fugindo à relação hierárquica biomédica: é importante haver empatia e afinidade fortalecidas com o acolhimento, vínculo, confiança, tempo disponível para oferecer tal atenção e retornos frequentes para o acompanhamento em saúde.

Um fator significativo para o exercício da assistência acolhedora e estabelecimento do vínculo é a característica pessoal do profissional. No caso das enfermeiras observadas, percebeu-se o perfil acolhedor, de compromisso e de defesa dos interesses dos usuários. Estes, por sua vez, descrevem as profissionais de acordo com o relacionamento que mantêm:

Sempre ela atende muito bem as pessoas. Para mim ela é muito educada, prestativa. Ah, é cem por cento! É sempre contente, sempre calma, sempre tranquila sabe, fazendo o trabalho dela mesma. Problema todo mundo tem, mas se ela tem, ela deixa de lado assim, esquece tudo ali no trabalho dela e vive para gente, assim, com muito carinho. [...] Ah, eu gostei dela e foi amor à primeira vista (risos). Desde a primeira vez que eu consultei com ela, quando não tinha vaga para a outra enfermeira, eu comecei a consultar com ela, aí gostei demais dela, adorei o jeitinho dela, a fala dela, como ela trata a gente com respeito, então é isso, compreende quando a gente está mais amargurada e quando está menos né? Que às vezes é assim. (U20)

Esta situação mostra o quanto a humanização da assistência ainda não é uma realidade global na atenção à saúde, ressaltando que as atitudes pontuais e específicas dessas profissionais são ressaltadas mais como uma característica pessoal do que profissional.

Ainda, em relação às características das profissionais e suas abordagens, a relação afetiva que permite o contato físico como forma de carinho foi um elemento favorável. Ao aparecer em diversas falas, o abraço, como uma importante ação na relação com o profissional, percebemos que a demonstração de afeto ajuda a manter o relacionamento informal. O relacionamento físico acontece naturalmente quando há empatia e afinidade entre dois sujeitos. Muitas vezes é terapêutico por ser acolhedor e desencadear alívio e bem estar às angústias do usuário.

Ela me cativa muito, me cativa bastante. E já teve momentos aí que no corredor ela ia passando e veio e me abraçou, conversou comigo. E a gente fica muito feliz com isso, né?
(U13)

O gesto do abraço apresenta-se como forma expressiva de comunicação e afeto no relacionamento humano. O fortalecimento de sentimentos de solidariedade, respeito e compreensão, são considerados no contexto da humanização, fundamentais para o despertar da sensibilidade humana de uns para com os outros. O abraço emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros, já que não existimos, coexistimos e convivemos com as realidades mais adversas. O abraço revela a capacidade de o ser humano de emocionar-se, de envolver-se e comprometer-se afetivamente – são ações, portanto, indispensáveis para a conquista de um novo espaço no contexto interdisciplinar da saúde⁽¹⁶⁾.

O bom relacionamento cria um elo entre profissional e usuário, estimula os usuários à assiduidade nas consultas, tornando o acompanhamento em saúde mais efetivo. Por outro lado, pode gerar dificuldades no estabelecimento de limites entre a atenção do profissional e as relações sociais pessoais. Novamente destacamos que o modelo de saúde hegemônico sempre enfatizou uma hierarquia entre profissionais e usuários, em que o profissional é aquele que sabe, que determina e que está preocupado com a resolução da alteração do corpo doente. Assim, pode haver dificuldades em entenderem que uma relação afetuosa também é profissional, não mudando o papel do enfermeiro, mas promovendo uma relação mais harmoniosa e próxima que favoreça o cuidado e adesão ao tratamento. Portanto, o estabelecimento de acolhimento e vínculo permite que os profissionais de saúde supram

necessidades, intervenham, aconselhem e promovam suporte psicológico aos usuários que buscam a assistência em saúde, desenvolvendo ações voltadas para o alívio das ansiedades e necessidades⁽¹⁷⁾.

Assim, o relacionamento horizontalizado percebido na assistência de enfermagem às pessoas com DM expressa-se através da liberdade de expressão aos usuários, compartilhamento de experiências, relação amigável e de confiança, empatia e afinidade, perfil acolhedor do profissional, afeto, contato físico e retornos frequentes, fomentando o acompanhamento em saúde.

O Compromisso Genuíno

Na atenção em saúde dispensada pelas enfermeiras aos usuários, o compromisso com as pessoas com DM é percebido através do interesse e empenho na busca por resolutividade diante das solicitações e situações apresentadas e cuidados realizados baseados na abordagem integral aos sujeitos. A ajuda recebida é observada como um fator importante de satisfação por gerar resolutividade na assistência.

O papel da enfermeira vai além da conversa no consultório, como já mencionado, envolvendo atos de ajuda e empenho para a resolução de problemas relativos ao estado de saúde e a situações pessoais.

As “ajudas” citadas pelos usuários referem-se a diversas situações do dia-a-dia, quando os usuários buscam nas enfermeiras orientações ou encaminhamentos, o atendimento de enfermagem sem prévia marcação, a obtenção de insumos como seringas e insulina se disponíveis; a busca por conselhos sobre sua condição de saúde ao surgirem dificuldades nos cuidados, tratamento e/ou controle do DM, o que, ao mesmo tempo, evidencia a valorização dos saberes das profissionais, reconhecendo sua capacidade de encontrar soluções para os seus problemas.

Na perspectiva dos usuários, o aconselhamento é um tipo de ajuda realizado pela enfermeira que é bastante valorizado, principalmente quando gera conhecimento, autonomia, estímulo e motivação. O aconselhamento é entendido no sentido de indicar um caminho, de facilitar o enfrentamento da condição de saúde ou situações do dia-a-dia:

A enfermeira mais é os conselhos, aquele ânimo que ela dá para gente, ela motiva muito, muito a gente, porque eu era uma pessoa que vivia muito em casa, meu marido era doente... Ela me estimulou até a tomar a insulina. (U6)

[...] pela dedicação dela, a enfermeira é uma excelente pessoa. Ela foi me encaminhando, foi me ajudando, foi me fazendo umas perguntas e a hora que eu precisava de algum exame ou alguma coisa, ela sempre estava ali para me ajudar. E conversava comigo, aquilo ali foi uma excelente coisa. (U15)

Considerar as preocupações dos usuários e dar respostas para seus problemas ou queixas - tanto relacionados à situação de saúde como os de ordem pessoal – promove a prática da atenção em saúde acolhedora, integral e que expressa compromisso com os sujeitos. Além disso, frente às atitudes de empenho e valorização dos sujeitos, as profissionais passam a ser uma importante referência para o usuário quando este necessita de auxílio, fortalecendo o vínculo profissional e usuário.

O conceito de profissional de referência é um instrumento importante para a construção da clínica ampliada – diretriz da PNH que propõe mudanças nos modos de fazer a atenção em saúde⁽⁹⁾, culminando para a humanização da assistência. Todos os profissionais devem refletir e se conscientizar de que a atenção em saúde deve ser totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e principalmente deve ser considerada uma prioridade na prática⁽¹⁸⁾.

Observou-se que a resolução das demandas dos usuários é possível quando há interesse genuíno das enfermeiras pela saúde e bem-estar dos usuários. Tal interesse reflete a corresponsabilidade pela saúde, pelos cuidados e tratamentos e ressalta o compromisso que as enfermeiras assumem de acordo com a lei do exercício profissional em respeito às pessoas com DM. Os usuários expressam o reconhecimento da dedicação das profissionais de enfermagem, conforme indica a fala abaixo:

Ela tem interesse em cuidar dos pacientes dela. Ela participa, né? Eu gosto dela, ela tem uma grande preocupação. (U10)

O compromisso com os usuários de lhes fornecer as melhores condições para um controle efetivo de sua condição e um viver mais saudável parece estar numa linha tênue entre um cuidado integral e uma assistência paternalista, que pode gerar dependência ao profissional, restringindo, de certa forma, a liberdade do paciente. Neste sentido, refletimos sobre a polaridade representada pelo paternalismo e a autonomia diante da relação médico-paciente, trazendo a possibilidade de uma visão que integre ambos os aspectos, fundamentando-se na dignidade do ser humano e no saber médico⁽¹⁹⁾. A humanização da

saúde, proposta pelo Ministério da Saúde na PNH⁽⁹⁾ incentiva um movimento pautado na ética, em que todos devem ser tratados com igualdade e estimula os profissionais da saúde a terem a visão do usuário como um sujeito autônomo, que deve ser considerado protagonista e corresponsável pela sua saúde.

Percebemos, assim, que o modelo de atenção do processo de trabalho das enfermeiras nega a visão exclusivamente biomédica, na qual a doença e os sintomas são objetos centrais de atenção, considerando-se predominantemente os aspectos orgânicos. As práticas de cuidados ocorrem no sentido da ampliação da clínica, pois implicam em valorização da subjetividade, compromisso com o usuário e seu contexto, reconhecimento dos limites dos saberes do usuário, estabelecimento de relação de coprodução durante o encontro profissional e usuário, e ainda objetiva produção de saúde procurando fomentar a autonomia dos usuários, conforme a proposta da PNH⁽⁹⁾.

Favorecer a integralidade implica em fazer com que a atenção em saúde seja ampla e desfragmentada, onde os profissionais se relacionem com os sujeitos como seres humanos e não como objetos. Cumprir esse princípio garante a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde, dotando-se as diversas fases da atenção, do cuidado e do acolhimento⁽¹⁸⁾.

Diante do exposto, percebemos que as enfermeiras do ambulatório prezam pelo compromisso com a atenção integral e humanizada em saúde às pessoas com DM, expresso nos aconselhamentos, encaminhamentos, “ajudas” diversas e principalmente pelo empenho e dedicação cotidiana para a resolutividade das situações demandadas pelos usuários.

A informalidade do acesso

A facilidade de acesso é um aspecto valorizado pelos usuários em relação à atenção em saúde dispensada pelas enfermeiras do local de estudo, conforme indicado nas falas:

Eu tenho a felicidade de telefonar, às vezes ela marca, ou eu vou lá no ambulatório e marco lá. (U6)

Lá, onde marca a consulta, eu vou lá. Se eles marcarem, eu marco para aquele dia porque daí meu prontuário já vem para ali. Se lá na frente, lá onde marcam as consultas, eles disserem que não tem agenda dela ou qualquer coisa aí eu venho direto ali, daí ela (a enfermeira) manda pegar meu prontuário, ela dá um jeito sempre. (U11)

O acesso à consulta de enfermagem acontece de duas formas: formalmente, através do sistema de marcação de consultas ou pelo encaminhamento de outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional de atenção à saúde do ambulatório; ou informalmente, bastando ir até o ambulatório ou fazer contato por telefone e solicitar atendimento de enfermagem. Essa última forma é extremamente valorizada e considerada uma assistência diferenciada, pois isso não ocorre em outros serviços, evidenciando o respeito e a consideração que as enfermeiras têm pelos usuários que atendem. Isto é possível pela autonomia e organização, na dinâmica de atendimento que as enfermeiras assumem no ambulatório com vistas a terem sempre espaço em suas agendas para esses atendimentos.

Esse acesso informal, muitas vezes, ocorre para solucionar uma dúvida do usuário quanto aos seus cuidados e tratamentos do DM ou para obter informações acerca de outros profissionais da saúde. Assim, a disponibilidade das enfermeiras para escutar, considerar as preocupações ou queixas e conversar por alguns minutos ou até mesmo o atendimento via telefone torna a atenção eficiente e satisfatória na perspectiva do usuário.

Se olharmos para as políticas de saúde, podemos pensar essas atitudes tomadas pelas enfermeiras como ações em saúde pautadas no acolhimento e na solidariedade diante dos vínculos estabelecidos e que vão ao encontro dos valores estabelecidos pela PNH⁽⁹⁾. Assim, gera-se resolutividade e conseqüente satisfação dos usuários, que podem contar com o atendimento sem barreiras, como as longas filas de espera, quando o problema a ser resolvido é pontual e exige pouco tempo de atenção do profissional.

Com relação à organização do serviço e da instituição para esse acesso informal, há implicações que não serão aprofundadas aqui, uma vez que a proposta do estudo foi a avaliação do ponto de vista do usuário. No entanto, vale ressaltar que esse tipo de situação gera certo contraste entre a literatura e a prática, remetendo-nos à reflexão acerca da limitação do atendimento especializado existente na rede do SUS.

Médicos e enfermeiras participantes de um estudo em grandes centros urbanos avaliaram que os problemas decorrentes das listas de espera, impedindo o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar é o principal entrave da integração da rede de serviços de saúde. O autor do estudo sugere a realização de pesquisas centradas em avaliações da cobertura da média complexidade e integração da rede na perspectiva de trazer novas contribuições e elementos ao debate⁽²⁰⁾.

Às enfermeiras aflige o dilema de atender bem a poucos

usuários ou a muitos, porém com menor qualidade na atenção devido ao alto fluxo, sem fomento ao vínculo. Esta é uma situação colocada aos profissionais que merece estudos aprofundados visto que envolve questões éticas, pois a escolha de uma ou outra situação gera consequências aos usuários, contrapondo-se à nossa própria constituição e aos princípios do SUS.

As quatro categorias apresentadas expõem a prática da atenção humanizada, onde o acolhimento e o vínculo se expressam de maneira diferenciada. A política institucional de humanização e as atitudes adotadas pelas enfermeiras em consonância com os conceitos abordados e com a PNH estão evidenciadas nos mais variados aspectos que envolvem o cuidado de enfermagem às pessoas com DM nesse serviço especializado.

Algumas características do serviço de saúde avaliado são elementos essenciais e que merecem ser destacados, pois integram o contexto onde as ações de enfermagem ocorrem e propiciam tal atendimento diferenciado:

- há autonomia das enfermeiras para o estabelecimento do número de atendimentos por dia em suas agendas, deixando espaços para atendimentos não previstos e reservando o tempo que julgam necessário e adequado para cada usuário na consulta de enfermagem;
- as enfermeiras e a técnica de enfermagem atuam neste local há longo tempo, reconhecendo e sendo reconhecidas pelos usuários e demais profissionais, com uma história de compromisso e de cuidado humanizado;
- o processo de transição do modelo de atenção básica para o especializado vem sendo construído com base em discussões, com possibilidade de manter o atendimento periódico e as consultas informais;
- a atuação multiprofissional no ambulatório gera a possibilidade de articulação entre os especialistas que atuam no setor, favorecendo uma atenção mais integral e resolutive.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos, portanto, que ocorre o cuidado de enfermagem humanizado segundo o julgamento das pessoas com DM entrevistadas e também quando comparados os nossos achados com a PNH e autores supracitados. No entanto, as condições distintas que existem no serviço avaliado, podem ser consideradas como privilégios, não representando a realidade da maioria dos serviços de média complexidade integrados ao SUS.

O acolhimento é reconhecido como parte dos cuidados de enfermagem e há vínculo estabelecido com as enfermeiras, sendo que estes aspectos se expressam na atenção em saúde recebida. Os usuários relacionam a ocorrência da atenção humanizada com as atitudes das profissionais enfermeiras que, entre outros aspectos, se destacam pela escuta sensível, acolhimento dialogado, resolutividade, compartilhamento de saberes e aconselhamento presentes nos encontros, formalizando a valorização da dimensão subjetiva e social dos usuários.

O interesse, o empenho e a resolutividade ocorrem dentro da abordagem integral que se dá mesclando a objetividade da clínica normatizada por princípios tecnocientíficos com a subjetividade inerente aos sujeitos e suas situações específicas de saúde.

Destacou-se ainda a interação que privilegia a liberdade de expressão dos usuários, intimidade, amizade dentro da relação afetiva, onde as características pessoais das profissionais são refletidas em suas abordagens, garantindo respeito mútuo e ética no cuidado humanizado.

Por se tratar este estudo de uma pesquisa avaliativa, esperávamos que emergissem nos relatos dos usuários sugestões de mudanças para a melhoria da prática assistencial no ambiente ambulatorial. Com relação à satisfação e organização dos serviços das enfermeiras houve elogios de forma universal, atestando o exercício do cuidado de enfermagem humanizado.

Neste sentido, este estudo avaliativo traz como sua principal contribuição o que os usuários consideram como importantes numa atenção que é de qualidade, que tem resolutividade e que promove sua saúde. Por outro lado, também nos mostra que para que a atenção em enfermagem tome como referência conceitos como acolhimento e vínculo, há necessidade de discutir a autonomia do profissional, fixação do profissional em um mesmo serviço e relacionamento contínuo com os usuários. Mesmo que possa ser considerada ainda como uma utopia em termos do sistema de saúde brasileiro, é um ideal a ser perseguido.

Assim, nos remetemos a pensar que, apesar de vivenciarmos importantes avanços teórico-filosóficos, legais e nas práticas de atenção à saúde no cenário brasileiro, a humanização intrínseca à integralidade da assistência como princípio constitucional do SUS ainda é um grande desafio aos modelos de atenção e de gestão vigentes. Conhecimento acerca desses e de outros tópicos contribuem para o planejamento de estratégias de assistência humanizada e para o aprimoramento de modelos de avaliação qualitativa nos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Diabetes. Dados estatísticos 2007. [citado em 2010 out 27]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1
- 2 Ministério da Saúde (BR). Diabetes mellitus. cadernos de atenção básica. 2006 (citado em 2010 set 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf
- 3 Ministério da Saúde (BR) Portaria n. 2.583, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. [citado 2009 ago 10]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2%20583_lei_diabetes.pdf
- 4 Presidência da República (BR) Lei 11.347 de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. [citado em 2009 ago 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm
- 5 Rodrigues TC, Pecis M, Canani LH, Schreiner, L, Kramer CK, Biavatti K et al . Caracterização de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(1):67-73. [citado em 2010 set 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100019&lng=pt&nrm=iso
- 6 Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. Rev latino-am. Enferm. 2009;17(1). [citado em 2010 out 27] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf
- 7 Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cad. Saúde Pública. 2002;18(6)1561-1569. [citado em 2009 ago 03]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>

- 8 Trentini M. Pesquisa Avaliativa. In: Trentini M, Corradi EM, organizadoras. Avaliação: subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde. São Paulo: Ícone Editora; 2006.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 2009 ago 01]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>.
- 10 Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. Rev. Bras Enferm. 2010; 63(1): 141-4.
- 11 Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Série B Textos Básicos de Saúde. 2a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [citado em 2009 ago 01]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf.
- 12 Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004..
- 13 Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev. esc. enferm. USP. 2004; 38(1):13-20.
- 14 Urbano GB. Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba – PR. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social; 2009.
- 15 Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Seção II Da assistência à saúde. Subseção III Dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. [citado em 2010 nov 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html
- 16 Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. Texto contexto Enferm. 2005; 14(3):427-434. [citado em 2010 ago 22]. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300015&lng=en.

17 Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2009; 43(2):365-72.

18 Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev. Bras Enferm.* 2006; 59(4): 532-7.

19 Ventura-Juncá P. La relación médico-paciente: ¿Autonomía o beneficencia? *Bioética y derecho. Boletín científico Asociación Chilena de Seguridad.* 2001; 62-67.

20 Almeida PF, Giovanella L; Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26 (2): 286-298.

5.2 MANUSCRITO 2: CLÍNICA AMPLIADA: CONSTRUINDO A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Manuscrito para submissão à Revista Enfermagem UERJ, redigido conforme as normas da revista (Anexo C) para a modalidade Artigo de pesquisa.

Clínica ampliada: construindo a humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus¹

Expanded clinic: building the humanization of nursing care for people with diabetes mellitus

Clínica ampliada: construyendo la humanización del cuidado de enfermería a personas con diabetes mellitus

Título abreviado: Clínica ampliada e o cuidado às pessoas com diabetes mellitus

Cecília Arruda²

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva³

RESUMO: Pesquisa qualitativa que objetivou avaliar a atenção de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus (DM) usuárias de um serviço especializado ambulatorial, tendo como referência e suporte teórico a diretriz Clínica Ampliada estabelecida na Política Nacional da Humanização do Ministério da Saúde/Brasil. A coleta de dados utilizou a realização de entrevistas semiestruturadas realizadas com 20 pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2, entre março e maio de 2010. A análise resultou em três categorias: i) o fazer da enfermeira; ii) modos de fazer clínica ampliada e iii) resultados da atuação da enfermeira. As enfermeiras realizam a clínica ampliada na prática assistencial, são reconhecidas por suas atitudes com destaque às ações clínicas somadas às ações relacionais que valorizam a subjetividade dos usuários, gerando

¹ Este estudo é fruto do projeto de pesquisa do mestrado acadêmico desenvolvido no curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e contempla parte da dissertação intitulada “Avaliação da Humanização do Cuidado Especializado de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus”, elaborado entre 2009 e 2010.

² Enfermeira do Hospital Universitário Polydoro Hernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Integrante do Grupo de Pesquisas NUCRON/PEN/UFSC.

³ Prof. Dra. do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do NUCRON e Bolsista de Produtividade do CNPq.

satisfação, resolutividade e humanização da atenção.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Enfermagem; Diabetes mellitus.

ABSTRACT: Qualitative research with aim was to evaluate the nursing care for people with diabetes mellitus (DM) attending in public specialized outpatient service, with reference and theoretical guidance the expanded clinic established in the National Policy of Humanization of the Health Department / Brazil. Data was collected using semi-structured interviews with twenty people with type1 or type2 diabetes, between March and May 2010. Data analysis resulted in three categories: the action of nurses; the ways of doing expanded clinic and results of the nurses performance. Nurses perform expanded clinic in the assistance practice, are recognized for their attitudes with emphasis on clinical actions added to the relational actions that value the patients subjectivities, generating satisfaction, outcome and humane attention.

Keywords: Humanization of assistance; Nursing, Diabetes Mellitus.

RESUMEN: Investigación cualitativa que objetivó evaluar La atención de enfermería a las personas con diabetes mellitus (DM) usuarias de un servicio especializado ambulatorio teniendo como referencia y soporte teórico la directriz Clínica Ampliada establecida en la Política Nacional da Humanización del Ministerio de Salud/Brasil. La recolección de datos utilizó entrevistas semiestructuradas realizadas con 20 personas con DM tipo 1 o tipo 2, entre marzo y mayo de 2010. Análisis resulto tres categorías: el hacer de la enfermera; modos de hacer clínica ampliada y resultados de la actuación de la enfermera. Las enfermeras realizan la clínica ampliada en la práctica asistencial, son reconocidas por sus actitudes con destaque de las acciones clínicas sumadas a las acciones relacionales que valorizan la subjetividad de los usuarios, generando satisfacción, resolución y humanización de la atención.

Palabras clave: Humanización de la atención; Enfermería; Diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

O processo de globalização, os avanços no campo da ciência e o crescimento acelerado do desenvolvimento de tecnologias em diversas áreas atingem a população mundial de formas variadas, refletindo, entre outros aspectos, em mudanças nos estilos de vida. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os

grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes mellitus (DM). O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde em todo o mundo¹.

As consequências humanas, sociais e econômicas são espantosas. Além do alto custo social e financeiro para a sociedade e para os sistemas de saúde, o DM é responsável por grande número de mortes. O reconhecimento desse impacto crescente vem determinando a necessidade dos serviços públicos de saúde se estruturarem adequada e criativamente para enfrentar o problema com eficácia e eficiência².

Conquistamos a garantia do direito à saúde como dever do Estado consolidado na Constituição Federal³, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde⁴⁻⁵ através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como continuidade deste processo, enfrentamos hoje diversos desafios na saúde tendo em vista o aperfeiçoamento do sistema para suprir demandas como a ampliação da qualidade dos serviços.

Com o intuito de minimizar tal problemática no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) fez investimentos e lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde⁶ (PNH), a qual trata da construção de uma política transversal de qualificação do SUS, tendo a humanização como uma das dimensões fundamentais.

A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no contexto brasileiro e emerge em uma realidade em que os usuários dos serviços de saúde se queixam dos maus tratos de que são vítimas, a mídia denuncia aspectos negativos dos atendimentos prestados à população e as publicações científicas comprovam a veracidade de muitos destes fatos⁷.

O conceito de clínica ampliada surge como uma das diretrizes da PNH, proposta pelos princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade – que busca a modificação das práticas de cuidado pelo enfrentamento da clínica tradicionalmente hegemônica⁶.

Um dos aspectos que mais tem chamado atenção, quando da avaliação dos serviços, é a dificuldade dos profissionais da área da saúde para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de atenção à saúde supõe⁶. É sobre esta circunstância que percebemos a importância da implementação da clínica ampliada na prática dos profissionais da saúde.

Ampliar a clínica refere-se aos modos de fazer a atenção em saúde e implica tomar a saúde como objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade dos sujeitos e seus contextos. A clínica

ampliada preza pela ampliação do grau de autonomia dos sujeitos; consideração do saber clínico somado à história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; zelando assim pela intervenção terapêutica que considera a complexidade biopsíquicosocial das demandas de saúde⁶.

O MS apresenta a proposta de clínica ampliada pautada em cinco eixos temáticos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho; e suporte para os profissionais de saúde⁸. Algumas sugestões práticas para a realização da clínica ampliada também são citadas, em especial, a escuta, diálogo e vínculo. Tais eixos serão descritos e trabalhados junto aos resultados e discussão deste estudo.

De forma complementar, o MS⁸ aponta que a clínica ampliada considera a complexidade do sujeito e do processo de adoecimento nas conexões, muitas vezes, ocultas, entre o biológico, o subjetivo e o social; pressupõe trabalho em equipe; e deve atuar em oposição à clínica degradada, reduzida à tecnologia da queixa-conduta.

Em concordância com o MS, para ampliar a clínica, o autor da obra “Construindo a clínica ampliada na atenção básica”, sugere: evitar recomendações pastorais e culpabilizadoras; trabalhar com ofertas e não apenas com restrições; evitar iniciar as consultas questionando aferições e comportamentos; valorizar a qualidade de vida; pedir o retorno do paciente sobre o que ele entendeu sobre sua doença e tratamento; evitar assustar o paciente; lembrar que a doença crônica não pode ser a única preocupação da vida da pessoa, assim o profissional deve buscar equilibrar o controle da doença com a produção de vida, atuar com o máximo de apoio nos eventos para os quais o usuário vai buscar cuidado⁹.

Essas propostas reforçam a valorização do usuário, considerado um ser humano que vive em um contexto exclusivo, que apresenta sentimentos além da patologia específica, apontando para a concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade composta por diferentes fatores.

Além da valorização da dimensão subjetiva dos usuários, a dimensão subjetiva do profissional também deve ser estimada, pois provoca impacto sobre a forma como se dá a relação entre profissionais e usuários do setor saúde. O estabelecimento adequado desta relação é, portanto, relevante para a humanização da assistência à saúde⁷.

A humanização da clínica depende de uma reforma da tradição médica e epidemiológica. Uma reforma que consiga combinar a objetivação científica do processo saúde/doença/intervenção com novos

modos de operar, decorrentes da incorporação do sujeito e de sua história desde o momento do diagnóstico até o da intervenção. O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos¹⁰.

A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de imprimir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade, comprometido com produção de saúde, conciliando a objetividade técnico-assistencial e subjetividade profissional.

Encontramos estudos com abordagem das características do perfil e atuação do profissional enfermeiro, especialmente na atenção básica e em campos específicos de atendimento como atenção oncológica, pré-hospitalar, obstétrica, pediátrica, entre outros. Neste estudo, optamos por explorar um cenário inserido na média complexidade dos níveis de atenção do SUS – a atenção ambulatorial, na qual a assistência de enfermagem configura-se principalmente com a consulta de enfermagem.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento¹¹.

Diante da complexidade e da diversidade das atividades tradicionalmente desenvolvidas pelo enfermeiro, procuramos propiciar uma avaliação acerca da atuação desse profissional na atenção especializada em DM pautada na Clínica Ampliada, focando suas ações, modos de agir e resultados da abordagem utilizada na assistência às pessoas com DM.

Face às considerações expostas, o estudo teve como objetivo avaliar a assistência de enfermagem na perspectiva das pessoas com DM usuárias de um serviço de atenção especializada em nível ambulatorial vinculado a um hospital público do Sul do Brasil, tendo como referência a diretriz da Clínica Ampliada estabelecida na PNH do MS/Brasil.

MÉTODO

Estudo de caráter avaliativo qualitativo, desenvolvido no ambulatório de um hospital geral de ensino, público, de médio porte, localizado no Sul do Brasil.

A área ambulatorial abrange a atenção em saúde no nível de média complexidade. Conta com uma equipe multiprofissional que

realiza consultas especializadas, serviços de educação em saúde, exames e acompanhamento em saúde, atendendo a um alto fluxo de usuários por dia.

Integraram o estudo três homens e dezessete mulheres, totalizando vinte sujeitos. Consideramos critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, ter diagnóstico de DM tipo 1 ou tipo 2 há mais de um ano e ter realizado pelo menos uma consulta de enfermagem no ambulatório.

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2010 através de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em um consultório do ambulatório ou no domicílio do usuário, propiciando um ambiente de privacidade, confortável, com boa luminosidade e sem ruídos ou interrupções.

O roteiro que orientou as entrevistas foi composto por duas partes: I. Dados de Identificação do Usuário e II. Perspectivas sobre o Cuidado às Pessoas com DM com a intenção de abranger como as pessoas com DM são atendidas na atenção especializada ambulatorial em relação à humanização do cuidado de enfermagem. Os participantes assinaram a autorização de gravação da entrevista em aparelho eletrônico e, posteriormente, as entrevistas foram transcritas.

A análise e a interpretação dos dados foram orientadas pela proposta de autoras¹² que tiveram como referência Morse & Field, a qual desenvolve quatro processos: apreensão, síntese, teorização e recontextualização dos dados. O processo de apreensão envolveu a organização dos dados através de identificação, codificação e criação de categorias. A codificação deu-se após leitura e destaque na transcrição das entrevistas, das palavras, frases ou temas relacionados à temática em estudo. As categorias foram compostas pelo conjunto de códigos semelhantes ou expressões com características similares que tinham relação de complementaridade entre os dados.

Durante a fase de síntese houve a releitura atenta das categorias que sintetizam o conteúdo das falas dos entrevistados, demandando um profundo trabalho intelectual. Na teorização buscou-se desenvolver um esquema teórico implicando num trabalho de especulação, de verificação, de seleção, de descarte. A interpretação foi feita à luz da fundamentação teórica utilizada, especialmente os documentos do MS que estabelecem a política de humanização e da clínica ampliada, além da revisão de literatura. Na recontextualização, buscou-se dar significado aos dados da pesquisa, contextualizando os achados das entrevistas.

Respeitamos a Resolução nº 196/96 CNS/MS. O Comitê de Ética da instituição hospitalar e o Comitê de Ética em Pesquisas com Seres

Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina aprovaram o projeto de pesquisa em dezembro de 2009, protocolado com o número 535. Identificamos com as letras X e Y as duas enfermeiras do ambulatório, visando manter o anonimato. As vinte pessoas com DM integrantes do estudo foram identificadas como U1 até U20, mantendo o sigilo sobre suas identidades, sendo que a vogal U relaciona-se à condição de usuários do serviço de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre as vinte pessoas com DM entrevistadas, houve o predomínio de mulheres. A média de idade foi 62,5 anos e a renda familiar entre dois e quatro salários mínimos. Em relação ao estado civil, a maioria estava casada ou viúva. O grau de instrução não ultrapassou o ensino fundamental.

A análise dos dados permitiu a construção de três categorias que sustentam a concepção das pessoas com DM acerca dos cuidados de enfermagem desenvolvidos no atendimento ambulatorial, evidenciando a prática de ampliação da clínica. Ao explorar o papel do enfermeiro na visão dos usuários, emergiram as seguintes categorias: o fazer da enfermeira; modos de fazer a clínica ampliada; resultados da atuação da enfermeira.

O fazer da enfermeira

Na perspectiva dos usuários integrantes do estudo, as atividades das enfermeiras são valorizadas tanto do ponto de vista técnico quanto relacional. Consideram que a consulta de enfermagem valoriza o sujeito e não somente sua doença, evidenciando um olhar ampliado na atenção em saúde recebida. As enfermeiras realizam desde os procedimentos técnicos e cuidados específicos como a verificação de peso, sinais vitais, glicemia capilar, avaliação dos pés, cuidados com feridas, entre outros, até a atenção à subjetividade dos sujeitos, explorando situações pessoais, hábitos/estilos de vida e sentimentos que acabam por refletir no cuidado, adesão ao tratamento e estado de saúde dos usuários:

Ela pergunta para mim quais são meus problemas, o que eu almocei, o que eu jantei, qual o remédio que eu tomei, ela vê o meu peso, ela me vê a pressão, ela vê meus problemas nos pés, enfim, entendeu, como é que eu dormi, como é que acordei [...] esses tempos também eu pisei meu pé e ela cuidou do meu pé. Eu furei com um prego aí também cortei meu pé e ela cuidou. Ela disse que {o retorno} era em dois, três

meses, às vezes eu sinto falta dela que eu venho antes de dois meses, já venho antes para conversar com ela, para eu desabafar um pouco com ela entendesse, devido aos meus problemas de saúde. Às vezes até eu falo assim umas besteiras que passam pela minha cabeça, os meus problemas, aí ela me orienta, aquilo ali conforta o meu coração entendeu, pra mim é uma excelente pessoa (U15).

A percepção dos usuários salienta a rica experiência profissional das enfermeiras pelo conhecimento científico, saber fisiopatológico e manejo clínico do DM empregados na avaliação dos sujeitos: exame físico, questionamentos direcionados ao quadro clínico, realização e interpretação dos testes de glicemia capilar, prescrições e orientações em saúde. É indispensável o saber clínico do profissional enfermeiro como parte de uma assistência de qualidade dispensada aos usuários. No entanto, apenas este olhar não basta. De maneira fundamental é preciso também direcionar o olhar para o sujeito em sua complexidade e subjetividade, ir além da doença e buscar integrar vários enfoques conforme aponta a proposta de clínica ampliada do MS⁸.

Podemos afirmar que as enfermeiras realizam a prática de ampliação da clínica, tendo em vista que atuam com interesse sobre a vida pessoal e contextos em que se inserem os usuários, além de desenvolverem um olhar abrangente sobre suas necessidades de saúde, fazendo encaminhamentos a outros profissionais. Os encaminhamentos interprofissionais fazem parte da dinâmica de funcionamento do ambulatório e estão respaldados pelos documentos da instituição que discorrem sobre a organização e o processo de trabalho. Essa ação é importante tendo em vista o compartilhamento multiprofissional de diagnósticos, terapêuticas, acompanhamento, problemas e propostas de soluções para os usuários.

Muitos profissionais tendem a considerar tudo o que não diz respeito às doenças como uma demanda excessiva, algo que violentaria o seu verdadeiro papel profissional. A clínica ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional⁸.

A interação das enfermeiras com os demais profissionais de saúde do ambulatório demonstra que a assistência de enfermagem vai além da própria consulta, articulando o atendimento integral e interdisciplinar

em prol do usuário e fomentando o acompanhamento especializado aos usuários em condição crônica:

E quando ela (refere-se à enfermeira Y) vê que a minha glicose está alta demais ela fala com a nutricionista e até vai atrás de médico para eu ser atendida (U10).

Diante do exposto, verifica-se que as enfermeiras atuam seguindo os eixos que norteiam a diretriz clínica ampliada, segundo o MS. Por exemplo, no primeiro eixo, “Compreensão ampliada do processo saúde-doença,” pelo fato de evitarem dar valor a um único aspecto da situação de saúde do usuário, demonstram com clareza que utilizam em suas práticas o conceito de saúde-doença expandido. Assim, contemplam a descrição deste eixo que inclui: “enxergar vários aspectos diferentes: patologias orgânicas, correlações de forças na sociedade – econômicas, culturais, étnicas – a situação afetiva e cada uma delas poderá ser mais ou menos relevante em cada momento”⁸.

O segundo eixo, “Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas,” diz respeito ao ato de encaminhar os usuários aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, promovendo o compartilhamento de olhares, terapêuticas e cuidados aos usuários. Para esta ação, observou-se certa facilidade, tendo em vista a dinâmica de funcionamento/organização neste setor ambulatorial, que dispunha destes profissionais. Observou-se, mesmo que de forma discreta, a busca das enfermeiras pela intersetorialidade ao tentarem contato com a atenção básica, especificamente com as Unidades Locais de Saúde responsáveis por alguns usuários que se encontravam em situações específicas, a fim de garantir acompanhamento e insumos necessários ao controle adequado do DM. Portanto, ocorre “a apreensão da complexidade que significa o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução, e este compartilhamento vai tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários”, segundo assinalado pelo MS neste eixo⁸.

As doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas e, portanto, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas. Esta é a síntese da descrição do terceiro eixo, “Ampliação do ‘objeto de trabalho’”⁸. A excessiva especialização profissional que vivenciamos hoje tem direcionado o objeto de trabalho a segmentos – o coração, o pâncreas ou o diagnóstico específico. Este eixo enfatiza que o profissional de saúde deve acrescer seu olhar sobre o ser humano *a priori*, sobre a saúde das

pessoas que possuem determinada condição patológica, independentemente de qual seja.

De acordo com os relatos dos participantes da pesquisa e pelas observações realizadas no ambulatório, tal eixo tem sido abordado com ênfase pelas enfermeiras na prática de atenção à saúde das pessoas com DM, pois são pessoas que se responsabilizam por pessoas.

O quarto eixo, intitulado “A transformação dos ‘meios’ ou instrumentos de trabalho”, abrange os arranjos necessários e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes. Técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada precisam ser repensadas, a fim de trabalhar a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade⁸. Eis o desafio a ser enfrentado cotidianamente pelos profissionais de saúde. O interrelacionamento das enfermeiras com os demais membros da equipe de saúde do ambulatório mostrava-se bastante amigável, e a comunicação e a escuta faziam parte da rotina de trabalho. No entanto, há uma particularidade a ser ressaltada que favorece tal relação: o longo tempo de atuação destas enfermeiras neste ambiente. Este fato, além das características pessoais diante dos relacionamentos, gerou vínculo com os profissionais mais antigos e o reconhecimento e respeito dos novos profissionais que integram a equipe por atuarem com experiência e autonomia, tornando-se referência de competência diante da dinâmica do trabalho desenvolvido.

Perante o ideal de envolvimento do profissional com o usuário no fazer clínica ampliada, o MS expõe no quinto eixo o suporte para os profissionais de saúde⁸ como uma necessidade. É incentivada a criação de instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação, enfrentando o “não envolvimento” que, muitas vezes, coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade⁸. Atividades com esta finalidade não foram observadas na prática dos profissionais do setor ambulatorial, apesar de existirem na política institucional algumas estratégias e ações de suporte ou apoio aos profissionais. A instituição oferece programas que buscam melhorar as condições de vida dos trabalhadores. São programas sociais, de capacitação, de atenção à saúde e de prevenção. Por exemplo, vinculadas e promovidas pelo GTH e descritas em seu regimento, encontramos o Programa de Desenvolvimento Interpessoal, que valoriza

o desenvolvimento da competência interpessoal, e o Programa de Desenvolvimento de Equipes, visando à integração e ao fortalecimento da unidade grupal. Tais atividades parecem favorecer o compartilhamento de situações e valorizar a dimensão subjetiva dos profissionais, sendo aspectos importantes para o exercício da prestação de serviços humanizados, conforme já mencionado⁷.

Expostas as peculiaridades do cuidado à saúde realizada pelas enfermeiras às pessoas com DM no serviço ambulatorial, podemos destacar que ocorre o redirecionamento da prática puramente clínica para a prática da clínica ampliada. Pensar o objeto de trabalho como um todo em interação com o meio é uma das propostas idealizadas pela ampliação da clínica⁸ e foi observada no fazer das enfermeiras. Entre tantos desafios para o desempenho desta nova abordagem, encontra-se o como fazer, a busca pela criatividade e subsídios para tornar real cada eixo que sustenta a ampliação da clínica. A próxima categoria é dedicada a estas inquietações.

Modos de fazer a clínica ampliada

O perfil e as atitudes das enfermeiras que atuam no ambulatório condizem com o ideal para a efetivação da assistência em saúde pautada na clínica ampliada. Percebeu-se a personalidade acolhedora, o envolvimento afetivo, a responsabilidade e o compromisso com os usuários, traduzidos principalmente na escuta e diálogo:

Com a enfermeira X eu tenho liberdade, ela é bem aberta, a enfermeira X é bem aberta assim pra conversar com a gente. É ótima! (U19)

[...] a gente conversa se tem algum problema, ela (a enfermeira Y) põe a gente à vontade. Então tu te sente à vontade pra conversar tudo, então tu ali fica conversando outras coisas, ela não tem pressa então ela te atende sem pressa. (U14)

Observamos que ambas as enfermeiras, de forma bastante evidente, desenvolvem a consulta de enfermagem pautada na humanização do cuidado, utilizando como estratégias de relacionamento o acolhimento e o vínculo. Para isso, desenvolvem como ações durante a assistência: o diálogo, a escuta atenta, o olho no olho, consideram as preocupações dos usuários, compartilham experiências, são respeitosas,

e, com alguns usuários, há manifestações de afeto por meio do toque, como segurar as mãos ou dar um abraço.

Aprecia-se, portanto, no agir das enfermeiras referidas o modo de fazer a ampliação da clínica com o uso da abordagem do cuidado integral ao ser humano, sendo a integralidade compreendida aqui como a superação da fragmentação do olhar e de intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais. Na ampliação da clínica estão abrangidos como recursos terapêuticos a valorização da escuta e da palavra e o apoio psicossocial^{8,13}. Estas ações são percebidas pelos usuários, que atribuem grande importância na atenção dispensada pelas enfermeiras como forma de cuidado, apoio e resolutividade diante de suas situações de saúde e de vida.

Além do perfil das enfermeiras, eis um fator imprescindível que torna possível o desenvolvimento de uma atenção em saúde que extrapola o olhar clínico e atinge o plano biopsicossocial dos sujeitos: o tempo da consulta. Uma boa avaliação clínica do usuário somada à atenção ampliada do processo saúde-doença com excelência na qualidade torna-se pouco possível quando o profissional dispõe de apenas alguns minutos. As consultas de enfermagem duram em torno de 30 a 40 minutos, sendo que as agendas das enfermeiras são organizadas para tal demanda. Como consequência, um número menor de usuários por dia é atendido. No entanto, dispor de tempo hábil faz parte das boas condições de trabalho de que o profissional deve dispor para a assistência de qualidade, criando espaço para a troca de saberes, esclarecimento de dúvidas, angústias, aprofundamento na relação e corresponsabilização pela produção de saúde.

Corroborando com a ideia de clínica ampliada exposta pelo MS, autores¹³ reafirmam a necessidade da ampliação do objeto de trabalho, agregando a ele, além das doenças, os problemas de saúde, situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas, pois não há problema de saúde ou doença que não esteja engajada em sujeitos, em pessoas. Consideram ainda que, além de os profissionais de saúde utilizarem a semiologia tradicional, é necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e proteção¹³. Tal linha de pensamento foi observada no modo de fazer das enfermeiras, visto que conheciam a fundo a história de vida de cada usuário e utilizavam-se desse conhecimento para a abordagem das pessoas com DM nas consultas de enfermagem, agregando os cuidados e tratamentos clínicos aos modos, estilos e situações de vida de cada um.

Reafirmamos, portanto, que emerge junto à diretriz da clínica

ampliada a necessidade de um modo diferente de fazer a clínica, por meio da ampliação do objeto de trabalho, que deixa de ser a doença e passa a ser a saúde do usuário. Assim, a saúde é tomada como objeto de investimento dos profissionais, que devem considerar com atenção o contexto e a complexidade envolvida na história dos sujeitos e os fatores biopsicossociais envolvidos, convergindo para a compreensão ampliada do processo saúde-doença. O modo de agir orientado para a ênfase aos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, tomando-os como protagonistas e corresponsáveis neste processo, leva à valorização da integralidade da dimensão humana intrínseca a todas as práticas de saúde.

RESULTADOS DA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA

Há o reconhecimento da efetividade/resolutividade da atuação da enfermeira conforme avaliado pelos usuários entrevistados, pois percebem a contribuição da consulta de enfermagem que abrange diversos focos da condição crônica de saúde, das subjetividades implicadas e de suas vidas pessoais, no sentido de uma melhor compreensão do DM e do bem estar. Os usuários ainda demonstram confiança e reconhecem o trabalho competente das enfermeiras:

Eu me sinto mais segura. Porque a palavra dela para mim é lei na questão do diabetes. Então, ela me passa tranquilidade, quando eu chego lá que vejo que está controlada, que meu peso está controlado. Então são coisas que me deixam para cima, eu chego em casa feliz porque tá tudo controlado (U14).

Eu agradeço muito, muito ela. Em tudo, tudo, a energia que ela transmite pras pessoas, o carinho né e a força que ela dá (U6).

Um fato exemplar foi relatado pela usuária identificada como U9: a usuária apresentava descontrole glicêmico importante justamente no período em que sua mãe adoeceu. A usuária precisou realizar os cuidados de higiene e conforto, a administração dos medicamentos em horários rigorosos, incluindo a madrugada, e tomou toda a responsabilidade pela saúde da sua mãe. Assim, abandonou o cuidar de si para prestar os cuidados paliativos a sua mãe. Deixou de se alimentar corretamente, esquecia a própria medicação e passava noites sem dormir. Ao ouvir a situação, a enfermeira Y logo compreendeu as causas da hiperglicemia frequente. Ao invés de prescrever orientações e

controle glicêmico rigoroso, colocou-se à disposição para discutir os cuidados prestados à mãe, esclarecer as dúvidas e angústias da usuária, e gradualmente buscou retomar os cuidados para controle do DM da usuária através de palavras de conforto e negociações. A usuária tinha liberdade inclusive para ligar para a enfermeira para pedir orientações diante das dificuldades encontradas e sentia-se mais tranquila ao poder contar com este tipo de apoio numa fase crítica em sua vida. Com seus cuidados e tratamento retomados e taxa glicêmica mais normalizada, a usuária contou o quanto estava feliz consigo e com a assistência de enfermagem recebida. Portanto, este foi um resultado positivo atingido através do modo de agir da enfermeira pautado no olhar ampliado de atenção à saúde.

Durante as consultas, são desenvolvidas estratégias para a promoção de educação em saúde, utilizando materiais didáticos, folders explicativos, equipamentos e insumos para o manejo do DM, como frascos de insulina, seringas, hipoglicemiantes orais, glicosímetro, fitas, lancetador, orientação e aconselhamento, sob o olhar da clínica ampliada. Como resultado da educação em saúde, é fomentada a autonomia do usuário para o autocuidado e automanejo da condição crônica de saúde:

É, porque eu faço o teste né, da glicemia. Aí se tá uma glicemia boa eu não preciso tomar insulina ou se eu tomo, eu só tomo a metade da insulina né. Eu também já aprendi a perceber quando ela está alta né, aí eu faço o teste, se está alta eu tomo mais insulina.(U14)

[...] Eu tenho uma insulina que é rápida, se quer comer um pedacinho de bolo tu come, mas daí faz tantas unidades daquela rápida né, então ela já me ensinou isso. (U11)

É ótimo porque ela explica tudo o que eu devo fazer e o que não devo, para mim é ótimo porque eu preciso saber, o que vou comer, o que não vou, o que devo de fazer e o que não devo, quando que devo marcar uma consulta com um médico assim se eu precisar, então isso aí eu acho que é ótimo porque ela já tá me orientando sobre o que fazer (U19).

A clínica ampliada pode contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários, a qual pode ser avaliada pelo aumento da

capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida. A construção de autonomia e autocuidado somente serão alcançados praticando-se a clínica compartilhada, alterando-se a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde¹³.

De acordo com o MS, a clínica ampliada é proposta para suprir dois importantes aspectos: primeiro, busca constituir-se numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. A clínica ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação⁸. A atuação das enfermeiras em harmonia com a ideia de clínica ampliada traz como importante resultado o reconhecimento dos usuários do trabalho competente que é desenvolvido, o qual engloba a inclusão dos diferentes enfoques na situação de saúde e na vida dos usuários. Este aspecto é valorizado pelos usuários, que manifestam satisfação tanto pelo alto grau de conhecimento científico que as enfermeiras empregam na atenção à saúde, gerando-lhes segurança pelo compromisso e corresponsabilização no controle do DM, quanto pela atenção às questões pessoais ou abstratas – sendo por isso, muitas vezes, designadas como atenciosas ou carinhosas.

O segundo propósito da clínica ampliada diz respeito à necessidade de compartilhamento com os usuários dos diagnósticos e condutas em saúde, tanto individual quanto coletivamente, buscando participação e autonomia em seu projeto terapêutico⁸. Nos relatos acima destacados, percebe-se o empenho das enfermeiras no fomento da autonomia do usuário, o que gera também como resultado do agir pautado na ampliação da clínica, sujeitos protagonistas em condições de suprir suas necessidades e de produzir vida e saúde.

O profissional de saúde que atua com o olhar expandido à saúde do usuário valorizando os diversos fatores que influenciam seu contexto age pautado na responsabilidade, compromisso ético e sob o modelo de produção de saúde em oposição ao modelo hegemônico. No entanto, o seu agir não estará completo se não gerar em sua prática o estímulo para que o usuário se transforme no detentor do poder sobre si, no participante ativo, sujeito protagonista e corresponsável pela sua saúde, seus cuidados e tratamentos. Promover a autonomia dos usuários amplia a eficácia das ações de saúde através da corresponsabilização,

participação e adesão do sujeito no controle da sua condição crônica de saúde.

A produção da saúde não pode ser limitada aos serviços de saúde e aos seus trabalhadores. É preciso que o usuário tome posse de si, do seu corpo/alma, do seu cuidado, enfim, que ele crie e amplie suas redes de saúde, que ele ative potências de vida que incluam os serviços, mas não se restrinjam aos mesmos¹⁴.

Ampliar a clínica surge como um desafio, pois envolve para os profissionais de saúde colocar em análise suas posturas, suas concepções, seus preconceitos, seus endurecimentos, suas permeáveis impermeabilidades ao que difere, ao que é diferente de nós mesmos. Avaliando, a cada momento, “como” e com “o que” e “quem” estão compondo e o que estão produzindo¹⁴.

Tal desafio tem sido enfrentado com êxito pelas enfermeiras inseridas no contexto do SUS onde desenvolvemos nosso estudo, impresso nos depoimentos dos usuários. Quando questionados quanto à qualidade da assistência de enfermagem, foram unânimes as respostas positivas, como por exemplo: *Ah, a qualidade é boa, não tenho que reclamar de nada (U4); Ela em vez de cem, ela é mil! Ela é uma pessoa muito querida pra mim. A consulta dela é mil maravilhas (U15); É ótimo, muito bom. Estou bem atendida, é bom, é mais do que bom (U9).*

Tendo em vista que a pesquisa avaliativa, entre outros aspectos, investiga subsídios para a tomada de decisões e mudanças na prática visando melhorias, houve também o seguinte questionamento aos usuários: O que poderia mudar na consulta de enfermagem na melhoria da assistência? No entanto, dentre os vinte entrevistados, não houve sequer uma sugestão de mudança. Os usuários alegaram de maneira geral que a consulta e a assistência de enfermagem são boas, indicando contentamento com a atenção em saúde recebida. Este fato tem estreita relação com os modos de fazer o processo de trabalho pautado na clínica ampliada e pelas condições de trabalho que subsidiam o fazer do enfermeiro no ambiente ambulatorial explorado.

A ampliação da clínica, portanto, acredita no profissional de saúde que desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. Nas doenças crônicas – aqui enfatizado o DM – isto é muito importante, porque o resultado sempre depende da participação da pessoa doente, e essa participação não pode ser entendida como uma dedicação exclusiva à doença, mas sim uma capacidade de inventar-se apesar da doença, capacidade de superação e de buscar a qualidade de vida⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade das atividades tradicionalmente desenvolvidas pelo enfermeiro no ambiente ambulatorial o transforma em um profissional protagonista na articulação da interdisciplinaridade, sendo grande responsável pela promoção da prática da clínica ampliada ao buscar a discussão e a atuação conjunta com os demais membros da equipe multiprofissional de saúde do ambulatório em prol dos usuários.

As atitudes, modos de agir e resultados da abordagem utilizada na assistência de enfermagem às pessoas com DM comparadas aos preceitos do MS e autores supracitados indicaram um avanço na qualidade da atenção prestada, tendo em vista a ocorrência do redirecionamento da prática puramente clínica para a prática da clínica ampliada.

Evidenciamos, portanto, que as enfermeiras fazem a clínica ampliada. No fazer do enfermeiro, focado neste estudo principalmente sobre a consulta de enfermagem às pessoas com DM, percebemos a integração das ações objetivas, clínicas, biológicas, com as ações relacionais valorizando a subjetividade dos sujeitos. Este fazer é reconhecido pelos usuários, que consideram a consulta completa, resolutiva e demonstram satisfação pela atenção recebida.

Procuramos acrescer aos conhecimentos científicos e colaborar com a prática assistencial em saúde, elencando os modos de fazer a clínica ampliada desenvolvidos no cotidiano das profissionais, sendo destaques: o olhar ampliado sobre o sujeito somado ao olhar expandido sobre o conceito de saúde; utilizar como ferramentas o acolhimento e vínculo com os usuários através da escuta, diálogo e demonstração de afeto; agir com compromisso e corresponsabilidade; utilizar a educação em saúde para promover a autonomia e o protagonismo dos usuários; prever o tempo necessário para oferecer atenção e resolutividade às demandas dos usuários.

Os resultados da atuação das enfermeiras pautada na diretriz de ampliação da clínica incluem o reconhecimento por parte dos usuários da competência profissional e da construção de confiança; o reconhecimento do empenho para a resolutividade diante das necessidades dos usuários; o fomento à autonomia dos usuários diante de suas condições crônicas de saúde por meio de educação em saúde durante a consulta de enfermagem e consequente produção de vida e saúde.

Assim, ressaltamos o êxito das enfermeiras atuantes no ambiente ambulatorial no enfrentamento ao desafio da realização de clínica ampliada numa realidade onde é preciso combater a prática da clínica

tradicional e hegemônica.

Destacamos ainda que é imprescindível que haja um modelo de gestão e políticas internas nas instituições de saúde que viabilizem condições ideais de trabalho aos seus profissionais, observando as condições estruturais e de organização da dinâmica de funcionamento dos setores, com atuação de uma equipe completa e multidisciplinar, a fim de tornar possível o desenvolvimento de práticas de saúde pautadas na diretriz da clínica ampliada.

As implicações práticas do agir em saúde baseado no modelo de ampliação da clínica estão intimamente relacionadas aos princípios do SUS, especialmente à integralidade, e ainda promove a humanização dos cuidados e da assistência em saúde, sendo por isso muito positivo disseminar sua teoria e formas de implementação.

No entanto, publicações científicas nesta temática são escassas, sendo necessários maiores investimentos em estudos sobre a abordagem da clínica ampliada, com vistas aos diversos cenários do setor saúde e aos diversos profissionais que atuam nesse campo, buscando resultados que tragam benefícios aos usuários e impacto nas políticas e serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Diabetes mellitus. Cadernos de Atenção Básica. 2006 (citado em 2010 set 15). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf
- 2 Ministério da Saúde (BR). Diabetes. Política de atenção ao diabetes no SUS. Introdução. [citado em 30 out 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29794&janela=1.
- 3 Presidência da República (BR) Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [citado em 30 set 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- 4 Presidência da República (BR). Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado em 20 out 2010]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- 5 Presidência da República (BR). Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema

Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado em 20 out 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

6 Ministério da Saúde (BR). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3a. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 2009 ago 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf.

7 Hoga LAK. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. Rev. esc. enferm. USP. 2004; 38(1):13-20.

8 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS; 2009. [citado em 30 set 2010]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf

9 Cunha GT. A Construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

10 Campos GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2005; 9(17):398-400.

11 Ministério da Saúde (BR). Média complexidade ambulatorial. [citado em 30 set 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=821

12 Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente assistencial. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular; 2004.

13 Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(4):849-859.

14 Machado LD, Lavrador MCC. Por uma clínica da expansão da vida. Interface. 2009; 13(1):515-521.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que ocorre o cuidado de enfermagem humanizado na atenção especializada ambulatorial segundo o julgamento das pessoas com DM usuárias daquele serviço, sendo evidenciado também que é conforme aos preceitos da PNH. No entanto, as condições distintas que existem no serviço avaliado podem ser consideradas como um privilégio, não representando a realidade da maioria dos serviços de média complexidade integrados ao SUS brasileiro.

A perspectiva das pessoas com DM acerca dos cuidados de enfermagem recebidos evidenciaram aspectos importantes para o cuidar humanizado que contribuem para o rol de conhecimentos científicos a serem empregados na prática assistencial dos profissionais de saúde. Trata-se do reconhecimento das atitudes e do perfil das enfermeiras, sendo valorizados especialmente o acolhimento e o vínculo como ações que expressam a humanização da atenção em saúde. Estão envolvidos a escuta sensível e o diálogo, o relacionamento horizontal, amigável e afetivo, a resolutividade e a facilidade de acesso a estas profissionais.

A visão do cuidado humanizado e seu desenvolvimento de forma efetiva apresentaram-se no estudo diretamente ligados às características específicas das enfermeiras que o realizam. As mesmas trabalham em sintonia, mantendo posicionamentos e ações semelhantes, porém não há uma política clara do que envolveria essa humanização e nem um monitoramento por parte da instituição da implementação dessa política.

Neste sentido, este estudo avaliativo traz como sua principal contribuição o que os usuários consideram como importantes numa atenção que é humana, que gera satisfação e que promove a vida e a saúde. Por outro lado, também nos mostra que para a enfermagem tomar como referência conceitos como acolhimento, vínculo e clínica ampliada, há necessidade de rediscutir a autonomia do profissional, a fixação do profissional em um mesmo serviço e o relacionamento de longa duração com os usuários que realizam acompanhamento em um serviço especializado, onde a tendência é uma atenção fragmentada, com restrição de acesso ou encaminhamentos inadequados. Portanto, estamos diante de um desafio e, ao mesmo tempo, de um ideal a ser perseguido.

A prática da clínica ampliada, no contexto das consultas de enfermagem, numa realidade onde é preciso combater a prática da clínica tradicional e hegemônica foi outro destaque do trabalho. Sobre

essa prática, a perspectiva dos usuários traz reconhecimento de que o enfermeiro é o principal articulador da interdisciplinaridade, além de cumprir com excelência a integração das ações objetivas, clínicas, biológicas, somadas às ações relacionais que valorizam outros aspectos e fatores da vida dos sujeitos, explorando as subjetividades que refletem nos cuidados com a doença crônica e o bem-estar. É muito positivo disseminar a teoria e as formas de implementar a ampliação da clínica como um novo modelo de atenção, pois isso visa à humanização da atenção à saúde e reacende os princípios e diretrizes do SUS.

Dentre as múltiplas facetas dos debates acerca da humanização em saúde, e aqui em especial no cuidado de enfermagem, cabe ressaltar aquelas que remetem à valorização da atenção usuário-centrada. Essa ótica reconhece o usuário como portador de subjetividade, singularidade e necessidades específicas a serem supridas, como cidadão que faz valer os direitos à saúde concebidos na legislação.

O planejamento de estratégias de assistência humanizada, a implementação do olhar ampliado à saúde dos usuários e o aprimoramento de modelos de pesquisa com avaliação qualitativa nos serviços públicos de saúde trazem ainda muitas lacunas que precisam ser discutidas e aprofundadas. Isso se fará por meio de pesquisas e publicações que abordem diferentes perspectivas dos gestores, profissionais, usuários e serviços de saúde visando ao fortalecimento das políticas e programas e a orientações consistentes para a humanização e qualificação da atenção à saúde da população.

Os resultados desse estudo têm o compromisso de contribuir de maneira geral com mudanças na prática assistencial de enfermagem através de sua divulgação em periódicos e eventos, mas também deverá ter contribuição específica para o local onde o estudo foi realizado, suscitando discussões acerca de como manter a assistência humanizada frente às mudanças que o sistema de saúde está trazendo.

É preciso buscar formas de consolidar nos serviços de saúde brasileiros e entre os profissionais que atuam nesse campo as iniciativas de acolhimento, vínculo e clínica ampliada como as desenvolvidas no contexto descrito, ao mesmo tempo em que urge a necessidade de expandir tal ideia aos hospitais de ensino, com estímulo a transformarem-se em um serviço que recupere a dimensão essencial do cuidado, especialmente a relação entre humanos exaltada na Política Nacional de Humanização aos novos profissionais em formação.

Este estudo nos ajuda a refletir sobre a importância dos hospitais de ensino os quais, possuem grande potencial na mudança dos modelos de atenção atuais, ainda com fortes resquícios do modelo hegemônico

biologicista. Focados nas perspectivas de identificar e valorizar as necessidades sociais dos cidadãos, a produção de saúde e a gestão do processo de trabalho, os hospitais de ensino podem investir na formação dos futuros profissionais e em capacitações para os atuais profissionais, a fim de incentivar trabalhadores comprometidos com a modificação de determinadas práticas hegemônicas, fragmentadas e positivistas, objetivando a criação de um modelo de atendimento mais humanizado e mais próximo do modelo de produção social de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Unido de Saúde em nível local**. Brasília: OPAS/OMS, 2006.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

ALVES, C.A.; DESLANDES, S.F.; MITRE, R. M.A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.13, supl., p. 581-94, 2009.

ARREAZA, L. V.; MORAES, J.C. Ctribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2627-2638, 2010.

ARTMANN, E.; RIVERA, F.J.U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416p.

AYRES, J. R. C. M. Cuidados e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 setembro 2009.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 12 outubro 2010.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W.D.L.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de

Freire. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 427-34, 2005.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 outubro 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, jul/set. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 05 setembro 2008.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 17, mar/ago. 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 setembro 2008.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de Programas de Saúde - enfoques emergentes**. Fortaleza: Vozes, 2006. 364 p.

_____. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2. ed. Fortaleza: Vozes, 2007. 607 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é o SUS?** s/d a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1395> Acesso em: 16 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade**. s/d b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=828>. Acesso em: 16 maio 2009.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm> Acesso em: 30 setembro 2010.

_____. **Lei 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras

providências. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 20 outubro 2010.

_____. **Lei 8142/90, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm> Acesso em: 20 outubro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.** Institui Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília: MS, 1996. Disponível em: <<http://www.cep.ufsc.br>>. Acesso em: 23 maio 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 01 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde - O Brasil falando como quer ser tratado. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/03_1444.htm>. Acesso em: 01 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004.** Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Disponível em <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>. Acesso em: 20 fevereiro 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação na atenção básica em saúde.** Caminhos da institucionalização. Brasília, 2005. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 12 setembro 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - n. 16,**

Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf>. Acesso em: 16 setembro 2009.

_____. **Lei 11.347 de 27 de setembro de 2006b.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm>. Acesso em: 10 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.** Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes.** Dados estatísticos 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1> Acesso em: 27 outubro 2010.

_____. **Portaria n. 2.583, de 10 de outubro de 2007.** Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria2583_10_10_2007.pdf>. Acesso em: 10 agosto de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.** Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4ª ed. 1ª reimpressão. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Seção II Da assistência à saúde. Subseção III Dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html> Acesso em: 03 novembro 2010.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z** – garantindo saúde nos

municípios. 3. ed. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2009a. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção da saúde**. 2. ed. 3. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 01 agosto 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes**. Política de atenção ao diabetes no SUS. Introdução. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29794&janela=1>. Acesso em: 30 outubro 2010.

CAMPOS, G. W. **A clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas: DMPS/Unicamp, 1997.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARTANA, M. H. F. **Avaliação em projetos de enfermagem** – um modelo teórico. Florianópolis: UFSC, 2002. 151p. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n.

14, jan-fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017>. Acesso em: 17 julho 2009.

CAVALCANTI FILHO, J.B.; VASCONCELOS, E.M.S.; CECCIM, R.B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.315-28, out./dez. 2009.

COEH, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 5. ed., Petrópolis: Vozes, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan/mar. 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100020&lng=em>. Acesso em: 29 setembro 2009.

_____. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100002>. Acesso em: 02 agosto 2009.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 3, n. 13, set-dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 04 junho 2009.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun. 1999.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100014>. Acesso em: 20 agosto 2009.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n1/pt_08.pdf> Acesso em: 27 outubro 2010.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 365-72, 2009.

GOULART, B. N. G.; CHIARA, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=960>. Acesso em: 30 julho 2009.

HOGA, L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas 2003**. 2. ed. 2003. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/sites/default/files/IDF%20Diabetes%20Atlas-2003%20%282nd%20edition%29.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2010.

JUNGES, R.J.; DODE, M.T.B. A estratégia de humanização nos processos de trabalho na atenção secundária no Brasil. In: ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE BIOÉTICA, V, 2008, Porto-Portugal. **Comunicação livre....** Porto – Portugal: UCP, 2008. Disponível em: <www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro>. Acesso em: 01 novembro 2010.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1986.

MACHADO, L.D.; LAVRADOR, M.C.C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface**, v. 13, n. 1, p. 515-521, 2009.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de**

indicadores. Doenças crônicas não transmissíveis e rede Carmen. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_rede_carmen.pdf>. Acesso em: 12 setembro 2009.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 141-4, 2010.

MARTINS, J. J. **Humanização nas práticas de saúde:** o discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde Hospitalar (EASH). 2008. Florianópolis: UFSC, 2008. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MEDINA, R.F.; BACKES, V.M.S. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 5, p. 522-7, 2002.

MENDES, I.A.C.; TREVIZAN, M.A.; NOGUEIRA, M.S. et al. Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem: o caso de uma adolescente hospitalizada. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 1, p. 7-13, 2000.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos** – abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244p.

MIRANDA, J.M. Tecnologia, autonomia e dignidade humana na área da saúde. In: SIQUEIRA, J.E.; PROTA, L.; ZANCANARO, L. (Org.) **Bioética:** estudos e reflexões. Londrina: UEL. 2000. p.101-16.

NASCIMENTO, C. A. L. **Oficina para discussão e validação de protocolos para atenção integral à HAS e DM** (risco e complicações). 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/oficina_ha_dm.pdf>. Acesso em: 30 julho 2009.

OLIVEIRA, C. P.; KRUSE, M. H. L. A Humanização e seus múltiplos discursos: análise a partir da REBEn. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.1, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=5003471672006001>

000 015&ing=ptnrm=iso>. Acesso em: 05 setembro 2008.

PADILHA, M. I. C. S. Apresentação In: MAY, L. E.; SOUZA, L. A. S.; OLIVEIRA, M. E. et al. **Cuidado humanizado**. Possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 05-07.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.1, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/19/82>> Acesso em: 15 agosto 2010.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan-fev. 2003.

RAMOS, N. A. Prefácio. In: TRENTINI, M. **Avaliação**: subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde. São Paulo: Ícone, 2006. p.9-10.

RODRIGUES, T.C.; PECIS, M.; CANANI, L.H. et al. Caracterização de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 do sul do Brasil: complicações crônicas e fatores associados. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 1, p. 67-73, 2010.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Condições de Trabalho versus Absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5. Supl., p.166-172, 2006. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5187/3355>. Acesso em: 16 setembro 2010.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Abrasco, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2438>. Acesso em: 17 julho 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. v. 2. 10 ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **IDF atlas 2003**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 15 julho 2010.

TEIXEIRA, R. R. **Estudo sobre a técnica e a saúde**. 2003. São Paulo: USP, 2003. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em

Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300016&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 outubro 2010.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 185-203.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. **Acta Sci., Health Sci**, v. 26, n.2, jul/dez. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413737&indexSearch=ID>>. Acesso em: 02 agosto 2009.

TRENTINI, M.; CORRADI, E.M. Pesquisa avaliativa. In: TRENTINI, M. **Avaliação: subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde**. São Paulo: Ícone, 2006. p. 93-111.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. Um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.143 p.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Fortaleza: Vozes, 2007. p. 75-98.

_____. Qualidade e Subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.6, nov-dez .2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>>. Acesso em: 03 agosto 2009.

_____. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde - enfoques emergentes**. Fortaleza: Vozes, 2006. p. 87-117.

URBANO, G.B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de**

enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba – PR. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar:** epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Vozes, 2002.

VENTURA-JUNCA, P. La relación médico-paciente: ¿Autonomía o Beneficencia? Bioética y Derecho. **Boletín científico Asociación Chilena de Seguridad.**, p. 62-67, 2001.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (Orgs.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

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

ZANON, U. Qualidade da Assistência médico-hospitalar. Conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 8, jul-set. 2000. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS08.pdf>>. Acesso em: 10 junho 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721 9787 – 3721 9399. Email: pen@ccs,ufsc.br

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS COM DIABETES
MELLITUS USUÁRIAS DO SERVIÇO ESPECIALIZADO
AMBULATORIAL DE UM HOSPITAL GERAL PÚBLICO DO SUL
DO BRASIL

I – Dados de Identificação

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone/contato: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: F () M ()

Profissão: _____

Trabalho que realiza: _____

Estado Civil: _____ Grau de

Instrução: _____

Ano do diagnóstico do DM: _____

Outras doenças associadas: _____

II – Informações sobre a Humanização dos cuidados de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus, focando o acolhimento, o vínculo e a clínica ampliada.

01. Há quanto tempo o sr.(a) consulta neste Ambulatório? Com quais

profissionais?

02. Poderia me explicar como é o acesso a este Ambulatório? Fale sobre como conseguiu ou consegue marcar sua consulta.

03. Que tipo de atendimento recebe aqui no Ambulatório? (Consultas gerais e especializadas, emergências, tratamento medicamentoso, lesões, educação em saúde/orientações).

04. Como cuida/trata do seu diabetes no dia-a-dia? Com quem aprendeu?

05. O que você pode mudar/trocar nesses cuidados? Baseado em quê faz essas mudanças? Discute com alguém sobre como fazer essas mudanças?

06. Quem o ajuda nos cuidados e tratamento do DM? Como e por que o ajuda?

07. O que influencia na tomada de decisão no cuidar de seu diabetes? Mais alguém participa dessas decisões? Por que e quando?

08. Quem tem a responsabilidade maior sobre estes cuidados? Qual é sua responsabilidade no cuidado do DM?

09. Você gostaria de ter mais liberdade na escolha dos seus cuidados e tratamento? Por quê? O que falta para isso?

10. Quais são suas principais dificuldades ou dúvidas na realização desses cuidados e tratamentos?

11. Como é a consulta de enfermagem, o que acontece, sobre o que conversam? Você tem liberdade para falar, se expressar, tirar dúvidas ou fica mais retraída, mais calada?

12. Você costuma conversar com os profissionais de saúde (foco enfermeira) sobre problemas pessoais e realizar queixas ou “desabafos” sobre as coisas da sua vida? Se sim, como é atendido e como se sente após a conversa?

13. Você pode vir conversar com as enfermeiras mesmo sem ter agendado? Isto já aconteceu? Conte-me quando e porquê.

14. Como você descreve sua relação com os profissionais da saúde, especialmente com o enfermeiro? [Explorar os aspectos afetivos também.] Por que esta relação se estabeleceu dessa maneira?

15. Qual a importância/ contribuição/ ajuda que a enfermeira e a

consulta de enfermagem dão para você, para seus cuidados e tratamentos?

16. Quando você tem um problema relacionado à sua saúde, a quem recorre aqui no Ambulatório para ajudá-lo(a) a resolver? Você acha que há empenho/compromisso para resolver o problema? Conte-me uma situação.

17. Como você avalia o atendimento prestado pelas enfermeiras?

18. Quão satisfeito está com a assistência de enfermagem recebida no Ambulatório? Por que? O que deveria mudar para melhorar a consulta de enfermagem?

19. Quais outros serviços de saúde você utiliza? Para quê? (com qual finalidade? Busca de medicamentos, consultas, verificação/controle de glicemia, serviço particular, Grupo de Convivência, farmácia...)

20. Gostaria de falar mais alguma coisa que não tenha sido abordada?

Observações do pesquisador: _____

Data da entrevista: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721 9787 – 3721 9399. Email: pen@ccs.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) Sr.(a) a participar do projeto de pesquisa “Avaliação da Humanização dos Cuidados de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus” que será desenvolvido pela enfermeira Cecília Arruda como trabalho final do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e orientado pela Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva.

Este projeto será desenvolvido com pessoas que possuem diabetes mellitus e são usuárias do serviço ambulatorial de um Hospital Geral público do Sul do Brasil.

O estudo pretende compreender a prática da humanização na atenção especializada às pessoas com diabetes mellitus e como estes usuários avaliam a assistência recebida. O estudo é importante, pois a partir do conhecimento sobre estes temas podemos propor melhores formas de organização e assistência focada no cuidado humanizado aos usuários do Sistema Único de Saúde, podendo contribuir para um maior e melhor suporte às pessoas que possuem diabetes mellitus.

Serão realizadas entrevistas para coletar os dados. Isto não traz riscos ou desconfortos. Esperamos que lhe traga benefícios relacionados a ajudar os profissionais a adquirirem conhecimentos sobre a assistência humanizada.

Será garantido que seu nome e qualquer outro dado que o(a) identifique serão mantidos em sigilo e que o(a) Sr.(a) terá liberdade para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Após ler o presente Termo de Consentimento e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assine.

Eu,.....abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito da pesquisa: Avaliação da Humanização dos Cuidados de Enfermagem às Pessoas com Diabetes Mellitus. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e métodos, bem como de meu direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo ao cuidado que recebo. Autorizo o uso de gravador para o registro da entrevista e o registro fotográfico, caso seja necessário.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Florianópolis, de de 20 .

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Certificado

Page 1 of 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 535

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0554 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 535 FR: 306709

TÍTULO: Avaliação da Humanização da Assistência Especializada a Pessoas com Diabetes Mellitus

AUTOR: DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA, Cecília Arrada

FLORIANÓPOLIS, 14 de Dezembro de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP/PPGp/UFSC

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – REBEN



ISSN 0032-7167 versão
impressa
ISSN 1984-0446 versão
online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Tipos de Artigos
- Preparo dos Manuscritos
- Endereço para Submissão

Tipos de Artigos

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), recebe submissões de artigos nos idiomas Português, Inglês e Espanhol segundo as seguintes seções:

- **Editorial,**
- **Pesquisa,**
- **Revisão,**
- **Ensaio,**
- **Reflexão,**
- **Relato de Experiência,**
- **Atualização,**
- **História da Enfermagem,**
- **Página do Estudante,**
- **Cartas ao Editor.**

Preparo dos Manuscritos

A REBEn adota as orientações das Normas de Vancouver. Estas normas estão disponíveis na URL: <http://www.icmje.org/index.html>.

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: margens de 2 cm em todos os lados; fonte Arial ou Times, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

a) Página dos Metadados: Deverá conter os seguintes metadados e na seguinte ordem: 1) título do artigo (conciso, porém informativo) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); 2) nome do(s) autor(es), indicando em nota de rodapé o(s) título(s) universitário(s), ou cargo(s) ocupado(s), nome do Departamento e Instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído, Cidade, Estado e endereço eletrônico; 3) resumo, abstract, resumen e, 4) descritores nos três idiomas.

Resumos e Descritores: o resumo deverá conter até no máximo 120 palavras, contendo objetivo da pesquisa, metodologia adotada, procedimentos de seleção dos sujeitos do estudo, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Abaixo do resumo incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>). Todos os artigos deverão incluir resumos em português, inglês e espanhol. Apresentar sequencialmente os três resumos nesta página de identificação.

b) Ilustrações, abreviaturas e símbolos: as tabelas: devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. O mesmo se aplica aos quadros e figuras (fotografias, desenhos, gráficos, etc). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar a respectiva permissão. Utilize somente abreviações padronizadas. Evite abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

c) Notas de Rodapé: deverão ser indicadas em ordem alfabética, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.

d) Citação de Referências Bibliográficas: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos entre parênteses e sobrescritos. Quando tratar-se de citação sequencial separe os números por traço (ex: 1-5); quando intercalados, use

vírgula (ex: 1,5,7).

d) Exemplos de Listagem das Referências

Livros como um todo

Foucault M. Microfísica do poder. 10a. ed. Vol 7. Rio de Janeiro: Graal; 1992.

Capítulo de livro

Garcia TR. Diagnósticos de enfermagem: como caminhamos na pesquisa. In: Guedes MVC, Araújo TL, organizadores. O uso do diagnóstico na prática da enfermagem. 2a. ed. Brasília: ABEn; 1997. p. 70-6.

Teses, dissertações e monografias

Galvão CM. Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos

Barreira IA, Batista SS. Nexos entre a pesquisa em história da enfermagem e o processo de cientificação da profissão. In: Anais do 51o. Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1999 out 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis: ABEn; 2000. p. 295-311.

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Rossato VMD, Kirchof ALC. O trabalho e o alcoolismo: estudo com trabalhadores. Rev Bras Enferm 2004;57(3): 344-9.

Com mais de seis autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth QB, et al.. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. Acta Paul

Enferm 2004;17(3): 325-32.

Instituição como autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990;39(RR-21): 1-27.

Material eletrônico

Artigo de revista em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];(1):[24 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/incidod/EID/eid.htm>

Matéria publicada em site web

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2002. Rio de Janeiro; 2002. [citado em: 12 jun 2006]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Solicita-se aos autores, sempre que possível e quando solicitado, incluir duas ou mais referências de publicações da REBEn no manuscrito.

f) Aspectos Éticos

Nas pesquisas que envolvem seres humanos os autores deverão deixar claro a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, bem como o processo de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (Resolução no. 196 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996).

Endereço para Submissão

Os manuscritos deverão ser submetidos pelo Sistema de Submissão Online disponível no site: <http://submission.scielo.br/index.php/reben/login> acessando o link Submissão Online. O usuário/autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema. Toda a tramitação das etapas do processo editorial será realizada por meio deste sistema.

Ao submeter o manuscrito o autor deverá firmar eletronicamente que o artigo não está sendo submetido paralelamente a outro periódico. Este

procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e Transferência de Direitos Autorais.

Durante as etapas do processo editorial, aos autores poderá ser solicitada uma descrição dos papéis de cada autor na elaboração do artigo, lembrando que a participação na coleta de dados e na elaboração técnica do artigo não se constitui em autoria. Todos os autores do artigo, em caso de publicação, deverão ser assinantes da REBEn.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2009 Associação Brasileira de Enfermagem

SGAn - Av. L2 Norte - Quadra 603 - Módulo B.
70830-030 - Brasília - DF - Brasil
Tel.: + 55 61 3226-0653
Fax: + 55 61 3226-4473



reben@abennacional.org.br

ANEXO C – NORMAS DA REVISTA ENFERMAGEM UERJ

Normas para Publicação

Política Editorial

Submissão do Manuscrito

Procedimentos da Comissão Editorial

Direitos autorais

Composição do Manuscrito

Endereço para contato e envio dos trabalhos

Política Editorial

A *Revista Enfermagem UERJ*, criada em 1993, é um veículo de difusão científica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Seu principal objetivo é publicar trabalhos originais e inéditos de autores brasileiros e de outros países, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem, da Saúde e ciências afins. É uma revista trimestral, que publica resultados de pesquisa, estudos teóricos, revisões críticas da literatura e discussão de temas atuais e relevantes para os campos aos quais se destina.

Caracteriza-se como periódico internacional, abrangendo predominantemente os países da América Latina e Caribe, embora também tenha circulação nos Estados Unidos, Canadá, França, Suécia, Portugal e Espanha.

A proposta editorial da Revista vem ao encontro das tendências contemporâneas de integração e complementaridade de áreas de conhecimento, que levam em conta a vocação da Enfermagem para a diversidade e para a articulação das diferentes áreas. Adota a normalização dos "Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos" (Estilo Vancouver), conforme matéria publicada pelo International Committee of

Medical Journal Editors (ICMJE) e disponível em <http://www.icmje.org/>.

O processo editorial da **Revista Enfermagem UERJ** visa a apresentar à comunidade científica textos que representem uma contribuição significativa para a área.

A abreviatura de seu título é Rev enferm UERJ, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

[|topo|](#)

Submissão do Manuscrito

1. A submissão dos manuscritos é feita on-line no site: <http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>
2. O nome completo de cada autor, sua instituição de origem, país, e-mail e síntese da biografia devem ser informados nos metadados.
3. Os autores deverão enviar documento digitalizado no formato PDF e anexado no processo de submissão, uma Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, elaborada conforme modelo da Revista ([Modelo de Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais](#)).
4. Os conceitos emitidos no manuscrito são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.
5. Caso a pesquisa envolva seres humanos, os autores deverão apresentar, também, declaração de que foi obtido consentimento dos sujeitos por escrito (consentimento informado), anexando cópia da aprovação do Comitê de Ética que analisou o estudo.

6. Todos os autores de cada artigo, sem exceção, deverão ser assinantes da Revista.

O processo de revisão editorial só terá início se o encaminhamento do manuscrito obedecer às condições anteriores; caso contrário, todo o material será devolvido para adequação.

[|topo|](#)

Procedimentos da Comissão Editorial

1. Os Editores recebem o material encaminhado para publicação e fazem uma primeira apreciação, no que se refere à adequação dos textos às normas de publicação e, se considerados potencialmente publicáveis, serão encaminhados para dois Consultores *Ad-Hoc*.
2. Os autores são comunicados sobre o recebimento do manuscrito pelo Editor, através de *e-mail*. Os autores deverão ficar atento à confirmação de recebimento, que será enviada pela Secretaria da Revista para o mesmo *e-mail* de remessa ou outro expressamente indicado.
3. Os Consultores *Ad-Hoc* emitem seus pareceres em três modalidades: aceito sem alterações; recomendando modificações ou recusando a publicação do manuscrito. No caso de recomendação com modificações, os autores serão notificados das sugestões, devendo cumpri-las num prazo de 30 dias, a partir do seu recebimento. Em caso de recusa, os autores serão notificados das razões que justificam a decisão. Os manuscritos recusados poderão ser reapresentados à Revista, desde que sejam amplamente reformulados, sendo considerados como contribuição nova. Cópias dos pareceres serão enviadas aos autores, exceto quando houver restrição expressa por parte do Consultor. Os originais não publicados serão destruídos após seis meses da finalização da tramitação editorial.

4. A versão final do manuscrito, contendo as alterações solicitadas pelos consultores, será avaliada pelo Conselho Editorial, que tomará a decisão final acerca da publicação ou da solicitação de novas alterações.

5. Após aprovação do Conselho Editorial, será comunicado aos autores o volume e o fascículo da Revista no qual o artigo será publicado.

6. No caso de aceitação para publicação, os Editores reservam-se o direito de introduzir pequenas alterações no texto, figuras e tabelas para efeito de padronização, conforme parâmetros editoriais da Revista e dos Requisitos Uniformes.

7. O processo de avaliação por pares utiliza o sistema de *blind review*, preservando a identidade dos autores e consultores. As identidades dos autores serão informadas ao Conselho Editorial apenas na fase final de avaliação.

[|topo|](#)

Direitos autorais

A ***Revista Enfermagem UERJ*** detém os direitos autorais de todas as matérias publicadas. A reprodução total dos artigos em outras publicações requer autorização por escrito dos Editores. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita dos Editores e dos autores.

A reprodução de outras publicações pela Revista deverá obedecer aos seguintes critérios. As citações (com mais de 500 palavras), reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução na Revista Enfermagem UERJ. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido.

[|topo|](#)

Composição do Manuscrito

A ***Revista Enfermagem UERJ*** adota as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português, espanhol, inglês ou francês.

Os textos deverão ser apresentados dentro de uma das seguintes modalidades:

Artigo de Pesquisa - Investigação baseada em dados empíricos, que utilize metodologia científica e incluam introdução, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão e referências - limitados a 3.500 palavras;

Estudo Teórico - Análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes na enfermagem e na saúde e a elaboração de hipóteses para futuras pesquisas - limitados a 3.000 palavras;

Artigo de Revisão - corresponde à análise de um corpo abrangente e extenso de investigações, relativas a assuntos de interesse para o desenvolvimento da enfermagem e da saúde - limitados a 3.000 palavras;

Atualidade - Texto reflexivo ou informativo sobre assunto relevante e atual, com perspectiva de interesse para a enfermagem e a saúde; intercâmbio de opiniões entre editores e leitores sobre trabalhos publicados - limitados a 2.500 palavras.

Obs: a contagem de palavras dar-se-á da Introdução ao fim da Conclusão, excluindo-se as referências e quaisquer figuras.

Os textos deverão ser digitados em processador de texto *Word Perfect* ou *Word for Windows*, versão XP ou anterior, papel tamanho A4, espaçamento entrelinhas 1,5, sem recuo de parágrafos, fonte Times New Roman tamanho 12, com formatação de margens superior, inferior, esquerda e direita de 2 cm, numeradas, embaixo e à direita, a partir da folha de introdução (p. 1) até o final das referências.

Não deverá ser utilizada *nenhuma forma de destaque* no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água, aspas), exceto para títulos e subtítulos. Utilize apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto impresso.

A apresentação dos trabalhos deve ser encaminhada em um único arquivo, exceção feita às tabelas/figuras.

O arquivo deve conter a seguintes informações em ordem:

Título

- Título pleno nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, não devendo exceder 15 palavras. Não deve incluir siglas, nomes de cidades, países ou outras informações geográficas, nem chamadas para notas.
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não devendo exceder seis palavras.

Resumo em Português

O resumo deve ter entre 100 e 150 palavras. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve incluir: problema investigado, objetivos do estudo, método de pesquisa contendo características pertinentes da amostra ou grupo de estudo, e procedimentos utilizados para a coleta e análise de dados, campo e período do estudo, resultados relevantes, conclusão ou suas implicações ou aplicações. Os resumos de revisão crítica, de estudo teórico ou de artigo

de atualidades devem incluir: tema, objetivo, tese, construto sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Não inserir chamada para notas.

Palavras-Chave

Devem ser apresentadas quatro palavras-chave, digitadas em letra minúscula (apenas a letra inicial da primeira palavra deverá ser maiúscula) e separadas por ponto-e-vírgula. Devem ser escolhidas palavras que classifiquem o texto com precisão adequada, que permitam que ele seja recuperado junto com trabalhos semelhantes, e que possivelmente seriam evocadas por um pesquisador efetuando levantamento bibliográfico.

Deverá ser dada preferência ao uso de descritores extraídos do vocabulário *Descritores em Ciências da Saúde* (LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do *Medical Subject Headings* (MESH), quando acompanharem os *Abstracts*. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em português, apresentar o *Abstract* (em inglês) e o *Resumen* (em espanhol) obedecendo às mesmas especificações para a versão em português, seguidos de *keywords* e *palabras clave*, compatíveis e na mesma ordem de inserção das palavras-chave em português.

Se o texto e seu resumo inicial forem redigidos em inglês, espanhol ou francês, apresentar dois resumos em idiomas diferentes, observando a seguinte ordem: português, inglês, espanhol ou francês.

Corpo do Texto

Não inicie uma nova página a cada subtítulo; separe-os utilizando uma linha em branco. Em todas as categorias de trabalho original, o texto deve ter uma organização de reconhecimento fácil, sinalizada por um sistema de títulos e subtítulos que reflitam esta organização.

As referências no texto a figuras e tabelas deverão ser feitas sempre acompanhadas do número respectivo ao qual se referem (não devem ser utilizadas as expressões *a tabela acima* ou *a figura abaixo*). Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

As citações de autores deverão ser feitas conforme os exemplos apresentados na seção final deste texto, observando os Requisitos Uniformes (Estilo Vancouver).

A transcrição na íntegra de um texto de até três linhas deve ser delimitada por aspas e numerada de acordo com a ordem de citação no texto. Uma citação literal com mais de três linhas deve ser apresentada em bloco próprio e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 2,5cm da margem esquerda. O tamanho da fonte para citações deve ser 12, como no restante do texto, sem destaque. Não empregar os termos *op. cit.*, *id.*, *Ibidem*. A expressão *apud* é a única a ser utilizada no texto ou notas. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer na lista de referências.

A citação de trechos de depoimentos dos entrevistados deverá ser apresentada com recuo de 2,5cm da margem esquerda, em itálico, sem aspas e com a identificação fictícia do depoente (Ex: E1, E2, ...)

Referências

Observar o Estilo Vancouver.

Os artigos deverão apresentar o limite mínimo de 10 obras analisadas. A formatação da lista de referências deve adotar

espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, sem parágrafo, recuo ou deslocamento das margens; o sobrenome dos autores em letras minúsculas, à exceção da primeira letra; os nomes secundários serão representados por suas iniciais em maiúsculas sem separação entre elas; não fazer destaques para títulos. Numerar as referências de forma consecutiva, conforme a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e identificá-las pelo mesmo número sempre que citadas.

Anexos

Apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

Tabelas

O total de tabelas/figuras não deverá exceder a 3 (três) ilustrações.

Apresentar uma tabela por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente, compostas no *software MS-Excel* versão 2000 ou anterior. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título, e largura limitada a 8cm, 12cm ou 16cm.

A tabela deverá ser digitada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Figuras

São consideradas como figura todas as ilustrações que não se enquadrem na definição de tabela; portanto, quadros, gráficos, desenhos, fotos, etc. Não são aceitas figuras coloridas ou com fundo reticulado (cinza).

Apresentar uma figura por arquivo separado do texto, com título numerado sequencialmente e legenda, compostas nos *softwares MS-Excel* versão 2000 ou anterior, ou *Corel Draw* e arquivos com extensão TIF ou JPG. Não gravar em formato BMP ou compactados.

A figura deverá ser formatada utilizando-se fonte *Times New Roman* tamanho 10 e espaçamento entrelinhas simples, sem qualquer forma de tabulação ou recuos de parágrafos.

Ao usar *scanner* para reproduzir imagens, utilizar resolução de 300 DPI no modo tons de cinza.

Não serão aceitos arquivos de figuras (gráficos, quadros e ilustrações) ou de tabelas construídos em outros processadores e colados como figura no Word.

Notas

As notas não-bibliográficas deverão ser reduzidas a um mínimo e colocadas em página separada do texto, identificadas e ordenadas por algarismos romanos, (não utilizar o recurso de inserir nota de rodapé, mas apenas digitá-las como parte normal do texto).

Inserir agradecimentos às agências financiadoras, informação e outros, seguidas pelas demais observações relativas ao texto do trabalho.

Exemplos de Citações no Corpo do Texto

Não mencionar os nomes dos autores das citações. Indicar os números das obras conforme lista de referências do texto.

Citação de um artigo/obra

Após a citação, indicar o número sobrescrito da referência _ conforme a ordem de menção pela primeira vez no texto.

Por exemplo, o primeiro trabalho mencionado no texto é de autoria de Mauro, Clos e Vargens e deve ser assim citado:

Os estudos relatam avaliações sobre qualidade das revistas científicas¹.

Citação de dois artigos/obras consecutivos

Após a citação, indicar os dois números sobrescritos das referências conforme a ordem de menção pela primeira vez, separados por vírgulas.

Exemplo: ... como os índices crescentes de violência urbana^{11,12}.

Citação de artigos/obras diversos não-consecutivos

Devem ser relacionados os números dos autores, em ordem crescente, separados por vírgulas.

Achados semelhantes foram confirmados^{4,6,8,10} em 2000.

Para mais de dois artigos/obras consecutivos

Vários especialistas^{1-6, 8-12} têm recomendado...

O traço entre os números significa os autores de 1 a 6 e de 8 a 12.

Citações de trabalho transcritas de fonte primária

A citação de 8. Rodrigues BMRD, localizada na página 33, deve ser transcrita assim:

[...] a fala é a maneira utilizada pelo ator-agente da ação para expressar suas vivências originárias numa relação face a face [...] ^{8:33}

Evitar citações de trabalho discutido em uma fonte secundária .

Citação de comunicação pessoal

Este tipo de citação deve ser evitado, por não oferecer informação recuperável por meios convencionais. Cartas, conversas (telefônicas ou pessoais) e mensagens não devem ser incluídas na seção de Referências, mas apenas no texto, na forma de iniciais e sobrenome do emissor e data, entre parênteses.

Ex: (S. L. Mello, comunicação pessoal, 15 de setembro de 1995).

Exemplos de Lista de Referências

A lista é enumerada, observando-se a ordem de menção pela primeira vez no texto, sem qualquer destaque.

Artigo de revista científica

Artigo-padrão

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato. Rev enferm UERJ. 1997; 5: 517-20.

No referido exemplo, após o título abreviado do periódico (com um ponto final) especificar: ano da publicação, volume e páginas inicial e final do artigo. A paginação é sequencial por volume/anual.

No caso da paginação não ser sequencial por volume/anual, é obrigatória a especificação do número do fascículo.

Guimarães RM, Mauro MYC. Potencial de morbimortalidade por acidente de trabalho no Brasil - período de 2002: uma análise epidemiológica. Epístula ALASS (Espanha). 2004; 55(2): 18-20.

Artigo no prelo

Não informar volume ou número de páginas até que o artigo esteja publicado. Exemplo:

Oliveira DC. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Rev Bras Enferm. No prelo, 2002.

Texto publicado em revista de divulgação comercial

Madov N. A cidade flutuante. Veja (São Paulo) 2002; 35: 63.

Neste último exemplo, quando o título da revista for homônimo, deve ser registrado o nome da cidade de sua procedência entre parênteses.

Livro e outras monografias

Indivíduo como autor

Lopes GT, Baptista SS. Residência de enfermagem: erro histórico ou desafio para a qualidade. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery; 1999.

No exemplo anterior, após a cidade, omitiu-se a sigla do estado entre parênteses por tratar-se de homônimo.

Maldonado MTP. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1990

Livro publicado por um organizador ou editor

Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. *Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998.*

Capítulo de livro ou monografia

Abric JC. *A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadoras. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia (GO): AB Editora; 1998. p. 27-38.*

Livro traduzido para o português

Bardin L. *Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo : Edições 70/Livraria Martins Fontes; 1979.*

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Evitar o uso de resumo como referência.

Francisco MTR, Clos AC, Larrubia EO, Souza RM. *Prevenção das DST/AIDS na UERJ: indicativos de risco entre estudantes. In: Resumos do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998 out 15-19; Salvador; Brasil. Salvador (BA): ARTE DBC; 1998. p.181.*

Trabalho completo publicado em anais de eventos

Santos I, Clos AC. *Nascentes do conhecimento em enfermagem. In: Anais do 9º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1997 set 6-10; Vitória, Brasil. Vitória (ES): Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. p.68-88.*

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em revista

Evitar o uso de resumo como referência. Tratar como publicação em periódico, acrescentando logo após o título a indicação de que se trata de resumo, entre colchetes.

Caldas NP. Repensando a evolução histórica da Faculdade de Enfermagem da UERJ: breve relato [resumo]. Rev enferm UERJ. 1996; 4: 412-3.

Dissertação e Tese não-publicada

Silva MTN. Sobre enfermagem - enfermeira: o imaginário dos familiares das ingressantes no curso de graduação [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.

Obras antigas com reedição em data muito posterior

Franco FM. Tratado de educação física dos meninos. Rio de Janeiro: Agir; 1946. (Original publicado em 1790).

Autoria institucional

Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica: lineamientos para su desarrollo - los contenidos educacionales. Washington (DC): OPS; 1995.

Ministério da Saúde (Br). Coordenação Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: situações e tendências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

Web Site ou Homepage

Civitas R. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais [site de Internet]. Urbanismo e desenvolvimento de cidades. [citado em 27 nov 1988] Disponível em: <http://www.gcsnet.com.br/oamis/civitas>.

Artigos consultados em indexadores eletrônicos

Acurcio FA, Guimarães MDC. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. Cad Saúde Pública [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2000 [citado em 05 set 2000]. 1: 1-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/prc>.

Ao organizarem listas de referências, os autores devem atentar sempre para que o emprego da pontuação esteja uniforme e correto.

Endereço para contato e envio dos trabalho

Revista Enfermagem UERJ

Bd. 28 de Setembro, 157, sala 710.

CEP 20551-030. Vila Isabel - Rio de Janeiro - Brasil

Tel.: (21) 2587-6335 ramal 204

FAX.: (21) 2334-2074

E-mail: revenf.uerj@gmail.com

© 2009 Revista Enfermagem Uerj

Boulevard 28 de Setembro, 157 - Vila Isabel - CEP 20551-030 - Rio de Janeiro

RJ - Tel.: 55 21 2587-6335 R. 204 - Fax.: 55 21 2334-2074

E-MAIL: revenf.uerj@gmail.com