

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

JULIANA GOMES IBIAPINA CALADO

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E A INSERÇÃO NO ENSINO DE
ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA
INTEGRAL ATTENTION OF WOMAN'S HEALTH AND THE INCLUSION IN
NURSING EDUCATION: A LITERATURE REVIEW
LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER Y LA INCLUSIÓN EN LA
EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso como parte integrante para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Este TCC foi constituído a partir das normas para submissão da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rejane Griboski.

Brasília – DF

2015

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E A INSERÇÃO NO ENSINO DE

ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

INTEGRAL ATTENTION OF WOMAN'S HEALTH AND THE INCLUSION IN NURSING

EDUCATION: A LITERATURE REVIEW

LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LA MUJER Y LA INCLUSIÓN EN LA

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

CALADO, JULIANA GOMES IBIAPINA¹

GRIBOSKI, REJANE ANTONELLO²

1. Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília – UnB

2. Professora Dra. do Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília - UnB

JULIANA GOMES IBIAPINA CALADO

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E A INSERÇÃO NO ENSINO DE
ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rejane Antonello Griboski
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Presidente

Profa. Dra. Antonia de Jesus Ângulo Tuesta
Instituição: Universidade de Brasília – Campus Ceilandia
Membro Efetivo

Prof. Natan Monsores de Sá
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Membro Efetivo

Profa. Dra. Silvéria Santos
Instituição: Universidade de Brasília (UnB)
Membro Suplente

APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da saúde da mulher surgiu a partir da criação da Liga de Humanização do Parto e Nascimento, em 2013, e a participação no grupo das alunas do curso de enfermagem da Universidade de Brasília. No decorrer das atividades da liga tive contato com o tema introduzido através de um documentário sobre a luta das mulheres em recuperarem o direito de decisão sobre o seu corpo e parto, denominado “Liberdade para Nascer” (Freedom for Birth) e das discussões que emergiram após sua apresentação. A vida acadêmica, também, proporcionou o aprofundamento e aguçou ainda mais o interesse durante o sétimo semestre letivo. Por meio das disciplinas Cuidado da mulher, criança e adolescente e Vivências Integrativas VI. Assim, como busca da aprendizagem tive a oportunidade de participar de consultas de pré-natal, acompanhar o exercício profissional de uma enfermeira, que se mostrou competente, humanizada e acolhedora ao tratar das preocupações e anseios das mulheres que atendia sobre diferentes temas: via de parto, parto, puerpério, etc. Foram dias de muito aprendizado, onde pela primeira vez, pude imaginar como seria, no futuro, ser uma enfermeira. Esta descoberta permitiu a participação em seminários voltados para o tema de Parto Humanizado, a Violência Obstétrica, sobre o alto índice de cesáreas do Brasil e sua repercussão. De fato, pude entender que os principais atores capazes de mudar o cenário atual são os profissionais que prestam assistência a estas mulheres. Neste sentido e em decorrência do interesse em aprofundar o tema conheci outros profissionais envolvidos com a docência em que a partir de uma conversa informal pude perceber que o local ideal para proporcionar esta mudança é o meio acadêmico. As Universidades que todos os anos inserem novos profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde. A preocupação recai na formação e aquisição de conhecimentos mais atuais sobre o tema e as políticas públicas de atenção à saúde da mulher vigentes no país.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde definiu estratégias na atenção a saúde das mulheres denominadas de boas práticas em obstetrícia e recomendou sua utilização entre profissionais de saúde. **Objetivos:** Identificar a produção científica nacional sobre a atenção integral à saúde da mulher e a inserção das práticas baseada em evidência científica no ensino de graduação em enfermagem. **Material e métodos:** Revisão integrativa de literatura entre 2010 a 2014 no Brasil. Dados coletados na Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados e Discussão:** Sete artigos sobre o ensino na enfermagem e na saúde da mulher. Em comum a preocupação com o aspecto humanístico da assistência em saúde, na aprendizagem da graduação, nas relações interpessoais ou na assistência. Independente da área de atuação enfatizam a importância das relações ética, respeitosa e humanizada. **Conclusão:** Uma avaliação da qualidade dos currículos vigentes da enfermagem e outras áreas da saúde. Propor um modelo de ensino-aprendizagem transversal e multidisciplinar.

Descritores: Educação em Enfermagem; Mulher; Assistência Integral à Saúde;

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization has defined strategies in attention to women's health called good practice in obstetrics and recommended its use among health professionals. **Objectives:** To identify the national scientific production on the comprehensive health care of women and the inclusion of practices based on scientific evidence in undergraduate nursing education. **Methods:** Integrative review of literature from 2010 to 2014 in Brazil. Data collected in the Virtual Health Library **Results and Discussion:**. Seven articles about teaching in nursing and women's health. In common concern for the humanistic aspect of health care, the graduation learning, interpersonal relationships or assistance. Operating area of independent emphasize the importance of ethical relations, respectful and humane. **Conclusion:** A quality assessment of existing curricula of nursing

and other health areas. Propose a cross and multidisciplinary teaching-learning model.

Descriptors: Education Nursing; Women; Comprehensive Health Care;

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud ha definido las estrategias de atención a la salud de la mujer llamó a las buenas prácticas en obstetricia y recomendó su uso entre los profesionales de la salud. Objetivos: Identificar la producción científica nacional sobre la atención de la salud integral de las mujeres y la inclusión de las prácticas basadas en la evidencia científica en la educación de enfermería de pregrado. Métodos: revisión integrativa de la literatura desde 2010 hasta 2014 en Brasil. Los datos recogidos en los virtuales resultados Biblioteca de Salud y Discusión: siete artículos sobre la enseñanza de la enfermería y la salud de las mujeres. En interés común para el aspecto humanista de atención de la salud, el aprendizaje de la graduación, las relaciones interpersonales o asistencia. Área de funcionamiento de independiente hincapié en la importancia de las relaciones éticas y respetuosas y humanas. Conclusión: Una evaluación de la calidad de los planes de estudio existentes de la enfermería y de otras áreas de salud. Proponer una cruz y el modelo de enseñanza-aprendizaje multidisciplinario.

Descriptores: Educación en Enfermería; Salud de la Mujer; Atención Integral de la Salud;

1. Introdução

No ano 2000, representantes de 182 países decidiram intensificar esforços para combater a extrema pobreza e promover o desenvolvimento humano. As decisões tomadas neste encontro foram incluídas na Declaração do Milênio e deram origem aos chamados “Objetivos de Desenvolvimento de Milênio”. Esses objetivos cobrem aspectos amplos do desenvolvimento econômico e social e incluem também metas relacionadas à saúde, como a redução da mortalidade materna. As metas dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” têm o ano de 1990 como referência. Desde meados desse ano, o mundo assistiu a uma redução de 47% da razão de mortalidade materna.¹ A Organização Mundial de Saúde apresentou, em 2010, um relatório global sobre a Mortalidade Materna. O número de mulheres que morrem em consequência de complicações durante a gravidez e o parto diminuiu 34%, de uma estimativa de 546 mil casos em 1990 para 358 mil em 2008.² Aqui é importante lembrar o conceito de Razão de Mortalidade Materna (RTM), que trata-se da relação das mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos e é expressa por 100 mil nascidos vivos.³ Consta-se que houve avanços na área da saúde, na produção científica e na incorporação de novas tecnologias, apesar disso ainda nos deparamos com a morte materna. A taxa de Mortalidade Materna (TMM) no Brasil teve uma redução desde a década de 1990 quando atingia 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos e em 2007, o indicador apresentou uma taxa de 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos, representando uma redução de 52% nesse período.⁴ Entre 1990 e 2012, a RMM no Brasil reduziu-se de 141 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representa diminuição de 56%. Em 2012, o risco de morrer por causas obstétricas diretas foi 40,7 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos e 19,4 por causas indiretas.³ Embora estes número representem uma diminuição, o número de mortes maternas no Brasil, ainda, permanece elevado.⁴ Nesse contexto, há mais de duas décadas discute-se sobre o modelo de atenção a saúde da mulher e ao parto no Brasil que propõe uma mudança na assistência

com o objetivo de atingir padrões aceitáveis nos índices de morte materna e qualidade da atenção, aproximando-se de taxas alcançadas em outros países desenvolvidos. Esse modelo vem sendo construído com base na experiência dos profissionais que trabalham nesse campo e nas iniciativas da humanização de atenção ao parto e ao nascimento em instituições de saúde que se tornaram referência no país.⁵

A morte materna é um evento dramático, que traz repercussões às famílias, aos recém-natos, que necessitam dos cuidados maternos e ativa o ciclo da pobreza na sociedade.⁴ Nos serviços de saúde, gera angústia e tensão entre os membros das equipes e mulheres. Pelo simples fato de engravidar, processo natural da reprodução humana, a mulher assume uma carga de risco que tem sido negligenciada, pois a maior parte dessas mortes poderia ser evitada.⁶

Em 2009, o Ministério da Saúde apresentou um relatório que analisa a situação da saúde brasileira, mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação da mulher para o parto e nascimento; cerca de 70% das mortes ocorrem por causas obstétricas diretas; cerca de 15% são decorrentes de aborto inseguro.⁷ Outro fato alarmante é que para cada morte materna, outras trinta mulheres sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde decorrentes de complicações ocorridas durante a gravidez, parto ou pós-parto e 51% das mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida e se relacionam majoritariamente com problemas decorrentes do parto.⁷

Atualmente, organismos de saúde internacionais e nacionais preconizam um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que proporcione às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos uma assistência humanizada e de qualidade.⁸ O ponto central deste modelo é a garantia do acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como "atores principais" nessa cena, e não "espectadores".⁵ A preocupação com o uso abusivo de tecnologia na assistência ao parto levou a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, a realizarem uma conferência sobre a tecnologia apropriada ao parto. Este encontro se constituiu em marco histórico para assistência ao

parto, após uma revisão exaustiva dos procedimentos.⁹

É neste contexto que a Organização Mundial de Saúde em 1996, lançou uma série de recomendações para boas práticas em obstetrícia, em que são reforçadas, com base em evidências científicas, ações consideradas úteis e que devem ser estimuladas; e, ações claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.⁸ Os profissionais de saúde que lidam diretamente com a assistência à mulher no processo reprodutivo e parturitivo devem estar capacitados e reconhecer as recomendações da OMS para proporcionar uma assistência humanizada e de qualidade garantindo o bem-estar da mulher nas fases de pré-parto, parto e puerpério.⁹

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 2.815, que determinou a inclusão na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do procedimento “parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra”, isto é, ao enfermeiro é garantido o acompanhamento profissional ao parto no SUS, desde que este transcorra sem complicações. As finalidades desta inclusão foram: reconhecer a importância de um profissional não-médico na atenção ao parto de baixo risco, e que esse parto fosse conduzido com técnicas menos invasivas e mais humanizado.¹⁰

Aliado a isto, no ano seguinte, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução nº 223/1999, que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem na assistência a mulher no ciclo gravídico e puerperal (COFEN, 1999). E, neste mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu com a portaria n.985/GM, o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS, reconhecendo o valor desta assistência ao parto no país.¹¹

Em 2000, o Ministério da Saúde publicou um guia intitulado “Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático” que apresentava em seu conteúdo as Recomendações da OMS. Esse guia foi distribuído entre os profissionais de saúde que atuavam na assistência ao parto com o intuito de proporcionar ações que poderiam levar a mudanças na forma de atendimento ao parto e nascimento.¹² As mais recorrentes são as recomendações que insere a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes,

o fim das intervenções como enemas, raspagens e amniotomia, a abolição da episiotomia como rotina e da indução ao parto.¹²

Estas ações deram início a um processo mais amplo e profundo sobre humanização dos serviços de saúde, e neste mesmo ano o Ministério da Saúde, através da Portaria do Gabinete Ministerial n.º 569, criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).¹³ O enfoque principal desse documento é a mulher e o resgate da dignidade durante o processo de parturição, buscando consolidar a transformação da atenção prestada durante a gestação, o parto e o puerpério.

As diretrizes elaboradas enfatizam a importância de se inserir ativamente a mulher no processo de parturição, valorizando suas experiências e preferências; fornecendo informações sobre o trabalho de parturitivo; dirimindo possíveis dúvidas e colaborando para reduzir ansiedades; acolhendo a gestante e seu acompanhante nos serviços de saúde; e evitando a realização de procedimentos desnecessários para o nascimento da criança; bem como garantindo maior segurança aos serviços prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto.¹⁴

Outra medida importante para este processo de humanização foi a criação da Rede Cegonha em 2011, normatizada pela Portaria nº 1.459, como forma de complementar o PHPN e que tem por objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, desde o parto até 24 meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.^{5,15}

Dessa forma, a Rede Cegonha procura operacionalizar as políticas já criadas, mas agora com um diferencial em relação às anteriores, que é a concretização da articulação dos pontos de atenção numa rede de cuidados integrais. Propondo construções e reformas em diversos serviços de atenção à saúde, desde a atenção básica, centros de parto normal e maternidades, garantindo atendimento hospitalar de maior complexidade se necessários, incluindo neste percurso os sistemas de apoio e

logística também necessários ao cuidado integral. A política tem, portanto, como bases organizacionais, a regionalização e a integralidade, conforme os princípios do SUS.¹⁶

A mulher detém um papel fundamental no processo de geração de novos seres por meio da experiência única nos processos de gestação, parto e pós-parto. Ao longo da história, em diferentes culturas ao redor do mundo têm-se dedicado a estudos e pesquisas sobre este processo na tentativa de entendê-lo e explicá-lo, e culturalmente, observa-se que cada sociedade possui um modo peculiar de assistir a mulher durante essa fase da vida.⁹ Assim sendo, a assistência ao parto se constitui, conforme sua realização, em uma das manifestações mais evidentes de como uma sociedade respeita a mulher, a maternidade e a criança.⁹

É neste sentido que importantes discussões e debates foram desenvolvidos na área da Saúde em que se esperavam novos modelos de formação profissional e práticas comprometidos com as necessidades da maioria da população. Alguns elementos se fizeram presentes neste processo: mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população; a participação cada vez mais ativa da população na luta por seus direitos e pelo controle social destes serviços; avanços tecnológicos e dos conhecimentos na área, novas formas de organização e gestão dos serviços e do trabalho em saúde, alterações no mundo do trabalho, entre outros.¹⁷

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Esta configurou-se em um novo paradigma para a formação médica e da enfermagem, profissões que estão diretamente ligadas à assistência ao parto a nível hospitalar.¹⁸

Para a Enfermagem, o currículo se insere no contexto das políticas sociais brasileira, articulando o campo da educação e da saúde. Desta forma, em 1994, foi aprovado o currículo mínimo de Enfermagem (Portaria MEC n.º 1721), visando superar a fragmentação do processo de formação, o ensino centrado no modelo médico-biológico e em práticas educativas tradicionais, a dicotomia entre teoria- prática e entre conteúdos e disciplinas. E, posteriormente, foram elaboradas

as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem no Brasil (Resolução do Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, n.º 3 de 7 de novembro de 2001), que vieram para substituir tais diretrizes.¹⁷

A partir de 2001, os Ministérios da Saúde e da Educação formularam políticas destinadas a promover mudanças na formação e na distribuição geográfica dos profissionais de saúde: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área de Saúde; Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde; Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); Pólos de Educação Permanente do SUS; e, no final de 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde).¹⁹

Diante do exposto, e levando em consideração que o ensino superior na área referente à saúde da mulher deve ser pautado em avanços de novas tecnologias para atender as diferentes demandas da sociedade com vista aos princípios do SUS questiona-se: nos currículos de graduação em enfermagem existe a inserção das recomendações da OMS, das diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento? Portanto o objetivo deste estudo será identificar a produção científica nacional sobre a atenção integral a saúde da mulher e inserção das práticas baseada em evidência científica no ensino de graduação em enfermagem.

2. Método

O presente trabalho trata de uma revisão integrativa de literatura que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais favorecendo uma compreensão mais abrangente de um determinado fenômeno analisado. Também, combina dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.²⁰ Na área da saúde é utilizada nas pesquisas sobre Prática baseada em Evidências.

A construção da revisão integrativa percorre seis etapas distintas, similares aos estágios de

desenvolvimento de pesquisa convencional, são elas: 1. Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3. Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4. Categorização dos estudos selecionados; 5. Análise e interpretação dos resultados; 6. Apresentação síntese da revisão.²¹ O uso da revisão integrativa na enfermagem tende a mostrar lacunas no conhecimento e explicitar as áreas que carecem de mais pesquisas.²²

A questão norteadora deste estudo a pesquisa foi: nos currículos de graduação em enfermagem, especificamente, nas disciplinas sobre a saúde da mulher existe a inserção das recomendações da OMS e das diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento para o atendimento qualificado e humanizado da usuária, na formação do futuro profissional de saúde?

A busca para responder a essa questão foi a partir Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) entre os anos de 2010 e 2014 que representam a consolidação das políticas públicas na área de saúde das mulheres. Foram incluídos artigos publicados em revistas indexadas em duas importantes bases de dados LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*). Os descritores utilizados na busca foram: "Humanização da assistência", "Enfermagem", "Parto Humanizado", "Educação em Enfermagem" e "Currículo". O foco principal é o ensino de graduação e foram excluídos artigos que não abordavam os temas ou assuntos ou descritores selecionados. Deste modo, foram selecionados sete artigos que melhor atenderam a proposta temática da pesquisa.

A análise dos dados ocorreu a partir da leitura individual, sistemática e crítica do conteúdo dos artigos. Após organizou-se um quadro demonstrativo das principais características surgidas à medida que se realizou as interpretações.

3. Apresentação e discussão dos resultados

Quadro 1: Características dos artigos científicos selecionados no período de 2010 a 2014 em periódicos nacionais. Brasília, 2015.

Ano	Título e Publicação	Autores	Descritores	Tipo de estudo
2011	A1 – A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil. Interface (Botucatu) vol.15 no.39. 2011	Lima JOR, Esperidião E, Munari DB, Brasil VV.	Bacharelado em Enfermagem. Projeto pedagógico. Currículo. Humanismo. Ética.	Pesquisa documental
2012	A2 – Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):248-53.	Gomes ML; Moura MAV.	Saúde da mulher; enfermagem obstétrica; parto humanizado; humanização da assistência.	Revisão sistemática de literatura
	A3 – A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012	Casate JC; Corrêa AK.	Ensino; Humanização da assistência; Pessoal de saúde; Educação em enfermagem.	Pesquisa bibliográfica
2013	A4 – Saúde sexual e reprodutiva e enfermagem: um pouco de história na Bahia. Rev. bras. enferm. vol.66 no.4 Brasília July/Aug. 2013	Silva JMQ; Marques PF; Paiva MS.	Enfermagem; Ensino; Saúde Sexual e Reprodutiva.	Pesquisa documental
	A5 – A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência. Esc. Anna Nery vol.17 no.4 Rio de Janeiro set./dez. 2013	Duarte ED; Sena RR; Ditz ES; Tavares TS; Silva PM; Walty CMRF.	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido; Assistência integral à saúde.	Abordagem qualitativa
	A6 – O ensino da humanização nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem. Invest. educ. enferm vol.31 no.1 Medellín Jan./Apr. 2013	Almeida DV; Chaves EC.	humanización de la atención; educación en enfermería; educación superior; curriculum.	Análise documental
	A7 – Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev. bras. enferm. vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013	Barbosa GC; Meneguim S; Lima SAM; Moreno V.	Humanização da Assistência; Política de Saúde; Educação em Enfermagem.	Revisão integrativa

No quadro 1 foram apresentados sete artigos, identificados pela letra A seguido de numeral (A1, A2, A3...A7) que utilizaram abordagens qualitativas, revisões de literatura e análise documental. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda poucos conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias.²³

A partir da leitura dos artigos foi possível detectar um ponto em comum: todos apresentam uma preocupação com o aspecto humanístico da assistência em saúde. Seja na aprendizagem durante a graduação, nas relações interpessoais ou na assistência, independente da área de atuação (medicina, enfermagem, nutrição, etc.) existe uma ênfase na importância de construirmos relações éticas, respeitadas, de visão holística, que levem a um tratamento mais humanizado com o cliente e com os demais profissionais, que direta ou indiretamente, nos propicia melhores condições de trabalho e assim, maior capacidade para conquistar metas objetivadas por aqueles que dependem dessa assistência. Porém foi possível notar a persistente e notória tendência em se realizar pesquisas referentes a saúde da mulher com ênfase na reprodução ou no aparelho reprodutor, onde a mulher é vista a partir de um modelo biomédico, isto é, responsável pela geração de outro ser vivo.

Quanto aos anos de publicação optamos por apresentar os artigos publicados nos últimos cinco anos. Os achados foram confrontados e articulados entre si, permitindo que surgissem três categorias: Cenário político e Saúde da Mulher; Humanização e Integralidade; Educação em enfermagem e a assistência a saúde da mulher.

Cenário político e Saúde da Mulher

A análise dos artigos selecionados permitiu observar que existe uma relação na evolução das políticas de saúde destinadas as mulheres que apontou para o processo político social vivenciado pela população feminina na luta pelos seus direitos. Tal relação esta expressa nos seguintes trechos:

“A preocupação com a modernização do currículo de Enfermagem ocorreu por influência do movimento feminista no final da década de 1980. O feminismo como ideologia política, pode ser identificado desde o século XIX, mas foi nas décadas de 70 e 80 do século XX que o pensamento feminista ingressou no campo acadêmico e impõe-se como uma tendência teórica inovadora e de forte potencial crítico ”. [A4]

Dada à intensificação das lutas do movimento de mulheres, a Reforma Sanitária e a

redemocratização do país, a partir da década de 80, as questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos passaram a fazer parte das discussões nas conferências nacionais de saúde. A mudança de atitude governamental quanto ao panorama social e visão ampliada da saúde ocorreu em um momento de abertura política, favorável à conquista de direitos, tornando a saúde um tópico importante nas discussões políticas para os quais os movimentos organizados da sociedade civil reivindicavam soluções.²⁴

Desta forma, no Brasil, o reconhecimento da fragmentação da assistência à saúde da mulher, denunciada pelas feministas, passou a ser semeada por sanitaristas, demógrafos, cientistas sociais e militantes de partidos políticos. Mediante a pressão do movimento de mulheres e baseado em algumas das reivindicações na atenção à saúde, em 1984 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM).²⁴

Na década de 1990, duas conferências tiveram bastante repercussão no cenário dos direitos humanos, que acabaram por repercutir no cenário de luta das mulheres: a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995. Com as discussões houve grande avanço na definição dos direitos sexuais e reprodutivos, que passaram a ser vistos como direitos humanos; os direitos sexuais foram definidos de maneira mais autônoma, dissociando-se da reprodução; e, a igualdade de gênero foi outro tema bastante relevante no que tange às discussões sobre saúde sexual e reprodutiva.²⁴

O surgimento desse novo modelo, representado pelo PAISM, constituiu um marco histórico na medida em que atuou na resolução de problemas, enfatizando a saúde reprodutiva e a diminuição da mortalidade materna. Porém, outros estudos apontaram um importante distanciamento entre o conceito e a prática, o que levou, após avanços e retrocessos, ao surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), reforçando a retomada do ideário da integralidade na assistência às mulheres.²⁵

Mesmo com a instituição desses programas, as mulheres continuavam enfrentando os mesmos problemas no cenário de assistência à mulher: o índice de mortalidade continuava alto, o número de cesáreas aumentava a cada ano e as discussões referentes às violências sofridas durante o período gestacional começava a ganhar espaço, culminando, após alguns anos, no surgimento, no ano 2000, do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), com a criação de um protocolo mínimo de ações em atenção obstétrica de forma mais igualitária e baseada em evidências científicas. De forma geral, o PHPN, além da meta do atendimento humanizado, no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal.²⁶

Humanização e Integralidade

Outra relação importante encontrada na leitura dos artigos foi entre a compreensão do princípio da integralidade - presente tanto nos fundamentos do Sistema Único de Saúde, quanto nas diretrizes da Política de Humanização do Parto e Nascimento - e o conceito de humanização, apontada como fundamental para melhoria em diferentes aspectos da vida do profissional em saúde: na assistência à saúde, nos relacionamentos interpessoais entre profissional-cliente e entre profissional-profissional, e na formação acadêmica. Tal relação é observada nos seguintes trechos:

“As teorias de enfermagem, de um modo geral, explicitam que o enfermeiro seja o responsável por cuidar do ser humano integralmente, em relação às suas necessidades biopsicosocioespirituais, pois “não dá para falar de partes, mas de um todo que se organiza, que se complementa. [...] Portanto, é preciso que, durante sua formação, o aluno aprenda a desenvolver a competência que valorize o homem em sua integralidade”. [A1]

“Ainda, podemos relacionar que essas ideias pontuadas podem ser

integradas à noção de integralidade como um dos princípios fundamentais do SUS que, aliás, é indicado nas políticas públicas como um eixo norteador da formação dos profissionais de saúde. A humanização é enfocada também em relação ao compromisso com os direitos humanos, à garantia de acesso aos usuários dos serviços de saúde e à possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, sendo ainda explicitada como encontro de sujeitos e subjetividades [...]”. [A3]

A integralidade torna-se fundamental à medida que busca a assistência ampliada, transformadora, centrada no indivíduo como um todo, e não apenas no aspecto biológico e da doença, envolvendo a valorização do cuidado e o acolhimento. Santana (2007) descreve que a construção da integralidade do cuidado abrange o resgate da dimensão total do ser humano, em seus aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais, ou seja, o cuidado global do indivíduo, o cuidado holístico.²⁷ Tal abordagem é compreendida também no aspecto das relações criadas no âmbito do trabalho que repercutem no atendimento em saúde, como mostra os trechos a seguir:

“Um dos componentes da avaliação do processo é a relação interpessoal, um tema delicado e desafiador para ser abordado¹⁰, sendo urgente e necessária essa discussão na perspectiva dos profissionais para um trabalho em colaboração. Nesse contexto, um recente estudo internacional aborda a necessidade de construção de uma cultura de colaboração entre serviços de saúde e profissionais, pois as dificuldades de comunicação implicam diretamente na segurança da usuária¹¹”. [A2]

“A análise dos dados permitiu apreender práticas dos gestores que contribuem para a integralidade do cuidado ao neonato na UTIN, tais como

a descentralização das ações de gestão, a tomada de decisão em conjunto com os profissionais, o incentivo ao trabalho em equipe, a valorização da família e a articulação com a rede de serviços de saúde para a continuidade do cuidado”. [A5]

Este conceito mostra-se similar ao de humanização como mostra os autores dos artigos analisados, por enfatizar aspectos como perceber o ser humano como um ser único e insubstituível, completo e complexo, o que inclui o respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo.²⁸ Evidenciado neste outro trecho:

“Para a construção de uma nova forma de cuidado com os usuários dos serviços de saúde pautados na humanização, leva-se em consideração que o usuário deva ter uma abordagem integral e humana. Portanto, devem ser respeitados os seus saberes que são ligados à sua cultura e que dão sustentação a sua forma de perceber seu processo de adoecimento. ” [A7]

Um dos artigos apontou que, independente dos sentidos e significados atribuídos à integralidade no campo da saúde, ela é construída quando o olhar sobre o outro não o coloca nos limites da condição de sofrimento. Este olhar é ampliado quando a relação estabelecida entre os usuários e os profissionais não dispensa os aspectos subjetivos e objetivos que compõe este encontro, abrindo possibilidades para que seja construída a integralidade.²⁹

Assim, a humanização como resgate da valorização do ser humano busca modificar as práticas cotidianas que levam a equipe de saúde a mecanizar o cuidado, fazendo com que este seja esquecido em sua identificação, sua história e características pessoais, configurando um atendimento despersonalizado. Deste modo, o cuidado humanizado visa promover uma prática

singular, refletida no acolhimento e na compreensão, não somente da história de vida do paciente e de sua família, mas também de suas necessidades biopsicossociais e espirituais.³⁰

Ensino de Enfermagem na Saúde da Mulher

Diante dos aspectos abordados nas outras categorias, esta traz uma junção em como a integralidade e a humanização interferem e beneficiam a formação acadêmica, no sentido de proporcionar ferramentas que possibilitem os profissionais em saúde à prestarem uma assistência de acordo com o esperado pela sociedade e com o que é preconizado pelo SUS e por suas políticas de atenção à saúde da mulher. O trecho a seguir relata isso:

“O ensino de graduação, sobretudo na área da saúde, não pode estar voltado apenas para o desempenho técnico. As instituições de Ensino Superior devem se orientar para uma formação profissional com competência técnica e científica e, especialmente, com ampla visão da dimensão humana, no sentido de oferecer, ao aluno, conhecimento e habilidade para falar, ouvir, reconhecer e expressar sentimentos, desenvolvendo sua própria grandeza como pessoa e profissional.” [A1]

A institucionalização da enfermagem como área do ensino ocorreu em 1922, na mesma época em que aconteceu o advento da enfermagem brasileira. A partir dessa época, o ensino da enfermagem vem sofrendo grandes transformações nas atividades pedagógicas, pois os currículos dos Cursos de Graduação em Enfermagem seguiam modelos norte-americanos e franceses. Em 1961, fixaram-se as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e foi criado o Conselho Federal de Educação com competência para definir os currículos mínimos dos cursos. Mas foi em 1996 que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB foi criada e o conselho passou a ser denominado de Conselho Nacional de Educação. Esse conselho tinha como competência definir as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos, então após muitas reformulações, o Ministério da

Educação, por meio da Resolução nº. 3 CNE/CES de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) com o objetivo de orientar os currículos das instituições de ensino superior na formação do enfermeiro.²⁷

No Brasil, a década de 2001-2011 representou um importante momento de reestruturação da formação de enfermeiros a partir da implantação das Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN). As DCN representam um instrumento regulador do processo de construção dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e revelam as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas do processo de formação. A implantação dessas Diretrizes constitui a construção de um novo paradigma para a educação de enfermagem: a orientação da formação para impulsionar a efetivação dos princípios do SUS e das demandas e necessidades de saúde da população.³¹

“Considerando o contexto atual do SUS, que necessita que suas práticas sejam modificadas para que seja construído um sistema voltado à promoção e à prevenção da saúde, muitos textos enfatizam que é necessário investir na formação dos trabalhadores de saúde e que as instituições formadoras, as universidades, têm um importante papel nessa direção, sendo também delineados os limites dos modelos de formação ainda existentes, sendo apontadas necessidades de mudanças. [...] Nesse contexto, no Brasil, na última década, vêm sendo construídos alguns movimentos que estimulam a reflexão sobre o papel das universidades, relacionado à valorização do ensino de graduação, o que vem sendo gerado pela compreensão e operacionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação da Área da Saúde (DCN) [...]”. [A3]

Nessa perspectiva de a universidade contribuir com a consolidação do SUS, investindo na formação de novos perfis profissionais nos cursos de graduação, está implicada a construção de currículos que, dentre outros aspectos, contemplem modos de organização distintos do

predominante modelo disciplinar, com incorporação de conteúdos que extrapolem o campo das ciências biológicas, bem como estratégias de ensino-aprendizagem que permitam que os alunos sejam considerados como sujeitos participantes.²⁸

A escola dos futuros profissionais valoriza pouco os conteúdos relacionados à humanização da assistência, enquanto há hipervalorização dos conteúdos técnicos e relacionados exclusivamente aos aspectos biológicos do ser humano. Considerando que os conteúdos apreendidos na formação profissional exercem influência nas atitudes profissionais, abordar a temática da humanização na formação dos enfermeiros seria fundamental para a concretização de atitudes humanizadas na sua prática.³⁰ O que não foi observado em algumas instituições de ensino superior estudadas em um dos artigos, evidenciado no seguinte trecho:

“Em relação à compatibilidade conceitual, observa-se que, apesar da maioria das disciplinas apresentarem algum termo relacionado à humanização, estas disciplinas não contemplaram este conteúdo de maneira consistente, porque apresentavam algum termo relacionado à humanização sem apresentar conteúdo bibliográfico que permitisse o fundamento do termo”. [A6]

Alguns artigos analisados apontam críticas e questionamentos em relação aos currículos essencialmente científicos que têm por base um conjunto de disciplinas isoladas, com poucas atividades humanísticas e que tornam os profissionais cada vez mais especializados em suas áreas. São também apontados os limites na formação dos profissionais, pelo currículo disciplinar, como a presença da desarticulação teoria-prática e os conhecimentos desarticulados entre si, além de apontarem indicativos de mudanças para a formação profissional com ênfase na integralidade e totalidade do ser humano, como a articulação da cultura científica e da cultura humanista, a articulação formação-trabalho.²⁸

Os programas verticalmente instituídos pelo Ministério da Saúde, as habilidades e competências contidas nos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem, dentre outras atividades próprias do período destinado à graduação (tais como os estágios extracurriculares), são responsáveis por consolidar as bases de um cuidado que possa ser humanizado. O processo de humanização em saúde também envolve analisar as propostas de formação dos profissionais, ainda centradas no aprendizado técnico e racional, por vezes, sem o exercício da crítica, da criatividade e da sensibilidade.³⁰

Ainda hoje, os modelos de ensino na saúde, ainda se assentam essencialmente nos pressupostos biológicos, com foco na resolução dos problemas físicos do paciente. O objeto de trabalho dos profissionais da saúde ainda é a doença. Aqui, vale relembrar o papel fundamental do professor que se constitui como imagem para as escolhas profissionais e para o agir acadêmico. Assim, deve fazer uso de metodologias que possam contribuir para a formação de um profissional comprometido com a implementação de relações humanas e éticas, estabelecendo o processo de humanização da assistência.³⁰ Como enfatizado no trecho abaixo:

“É destacada nos textos a importância do papel do docente na construção e (des)construção de conceitos e definições pelos alunos, sensibilizando-os para uma prática humanizada, por meio de sua própria postura e ação pedagógica como prática social, bem como a importância de o professor acolher os alunos em seus medos e inseguranças.” [A3]

5. Conclusão

Diante do exposto nesta pesquisa e da análise dos artigos selecionados fica evidente a existência de uma preocupação na formação de profissionais em enfermagem voltada para a qualidade e capacitação no atendimento a saúde da mulher na atenção básica e hospitalar. Assim como explícito nas DNC/ENF o enfermeiro deve ter uma “formação generalista, humanista, crítica e reflexiva; com capacidade para intervir sobre os problemas de saúde-doença mais prevalentes no

perfil epidemiológico nacional, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes”. Para que seja alcançado tal objetivo a academia deve fazer uso de bibliografia atual e estimular práticas educativas reflexivas que possibilitam uma avaliação crítica do cenário de saúde em que o estudante está inserido. Especificamente para a área da saúde da mulher, o Ministério da saúde dispõe de políticas que reforçam as principais práticas que devem ser estimuladas entre os profissionais, com base em evidência científica, de acordo com a necessidade de cada situação vivenciada no ciclo gravídico-puerperal e que, portanto torna-se um excelente objeto de aprendizagem.

Como demonstrado, algumas instituições já buscam aprimorar e adequar o currículo de acordo com o que é preconizado pelas DCN. Porém faz-se necessário uma reflexão mais aprofundada sobre os currículos, uma vez que somente o conceito de humanização não traz a fundamentação necessária para subsidiar as políticas de saúde da mulher, como a PHPN, aqui exposta. Este trabalho não tem como objetivo e nem a pretensão de determinar como os currículos devem ser construídos, porém acredita-se que uma ação articulada entre acadêmicos, docentes, especialistas e gestores seja um caminho promissor para uma análise ampliada e crítica para construção do mesmo.

Por fim, é possível concluir que existe a necessidade de outras pesquisas que avaliem a qualidade dos currículos vigentes nas instituições de ensino superior do Brasil, não só do curso de enfermagem, mas também das outras áreas da saúde, pois tais pesquisas podem fortalecer o movimento de mudança e trazer novas perspectivas para um modelo de ensino-aprendizagem transversal e de multidisciplinariedade dos cursos de graduação.

Outra conclusão pertinente é a falta de pesquisas voltadas para o que seria de fato, na prática, um tratamento holístico e integral dessa mulher que procura o serviço de saúde para discutir questões referentes à saúde sexual. É importante lembrar que frente a mudanças em que a sociedade vem enfrentando em relação ao modelo tradicional de família, a saúde sexual engloba aspectos muito mais amplos que aquele meramente biológico, onde muitas mulheres optam por não gerarem

seus próprios filhos, entre outras escolhas, que gera diferentes questionamentos e demandas onde a atuação do profissional de saúde torna-se fundamental para melhor captação e vinculação dessa mulher frente as questões de saúde.

6. Limitações enfrentamentos ao longo da pesquisa

Considerou-se como limitações para o desenvolvimento desta pesquisa: a longa espera do parecer de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a dificuldade de liberação da direção para entrevistar alunos de outro curso, isto é, a não aceitação de coparticipação. Estes impedimentos foram determinantes para que este estudo fosse reestruturado. Apesar disso foi possível, a partir da revisão integrativa de literatura, o aprofundamento do conhecimento sobre os currículos e a formação de futuros profissionais comprometidos com as questão de saúde, assim como, observou-se que, ainda, existe lacunas a serem preenchidas.

Referências Bibliográficas

1. SOUZA, J. P. **Mortalidade maternal e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil**. Rev. Bras. Gineco. Obstet. 2013. São Paulo, Brasil. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n12/01.pdf>>. Acessado em: Julho de 2015.
2. WHO. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. World Health Organization. Geneva; 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf?ua=1
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em Saúde. **Brasil Saúde 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília – DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf>.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de análise de situação de saúde. *Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília 2010. Disponível em:

- <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2009.pdf>. Acessado em: Junho de 2015.
5. CAVALCANTI, P, C, S. et al. **Um modelo lógico da Rede cegonha**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.sorocaba.unesp.br/Home/Biblioteca/guia-abnt_site.pdf>. Acesso em: 18 abril. 2014.
6. REIS, L. G. C; PEPE, V. L. E; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000300020&script=sci_arttext>. Acessado em: Junho de 2015.
7. NARCHI, N. Z; CRUZ, E. F; GONÇALVEZ, R. **O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 18(4):1059-1068, 2013.
8. ROCHA, J. A; NOVAES, P. B. **Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal**. *Femina*; 38(3)mar. 2010. tab. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>. Acessado em: Junho de 2015.
9. JAMAS, M. T. **Assistência ao Parto em um Centro de Parto Normal: narrativas das puérperas [dissertação]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2010.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2815, de 29 de Maio de 1998. Inclui na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário Oficial da União, Brasília; 1998. Seção I. p. 47.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.985, de 5 de Agosto de 1999. Dispõe sobre a criação, normas, critérios, atribuições, definições das características físicas e recursos humanos para o funcionamento do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS In: Brasil. Diário Oficial da União, Brasília; 1999. p. 51
12. DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, p. 627-37, 2005.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2000. Seção 1, p. 4.
14. MILFONT, P. M. S; SILVA, V. M; CHAVES, D. B. R; BELTRÃO, B. A. **Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres**. Online braz. j. nurs. (Online); 10(3)sep.- dec. 2011. tab. Dispo em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1034>>. Acessado em: Junho de 2015.

15. MARTINELLI, K, G. et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000200056&lang=pt>. Acesso em: 18 abril. 2014.

16. FERNANDES, R. Z. S; VILELA, M. F. G. **Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha**. Ciênc. saúde coletiva vol.19 n.11 Rio de Janeiro Nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104457>.

Acessado em: Junho de 2015.

17. BAGNATO, M, H, S. **Recontextualização Curricular no Ensino de Enfermagem**. Campinas, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol12iss3articles/bagnato.pdf>>. Acesso em: 22 Abril. 2014.

18. SILVA, J. M. Q; MARQUES, P. F; PAIVA, M. S. **Saúde sexual e reprodutiva e enfermagem: um pouco de história na Bahia**. Rev. bras. enferm. vol.66 no.4 Brasília July/Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400006>. Acessado em: Junho de 2015.

19. OLIVEIRA, N, A. et al. **Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed**. Revista Brasileira de Educação Médica 32 (3): 333-346; 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a08.pdf>>. Acesso em: 22 Abril. 2014.

20. SOUZA MT, SILVA MD, CARVALHO R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

21. BOTELHO, L. L. R; CUNHA, C. C. A; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais**. Gestão e Sociedade. Belo Horizonte. Volume 5, número 11, p. 121-136.

22. DEMITTO, M. O; SILVA, T. C; PÁSCHOA, A. R. Z; MATHIAS, T. A. F; BERCINI, L. O. **Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa**. Rev. Rene, vol. 11, Número especial, 2010, p. 223-229.

23. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9º ed. Revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

24. SILVA, J. M. Q; MARQUES, P. F; PAIVA, M. S. **Saúde sexual e reprodutiva e enfermagem:**

um pouco de história na Bahia. Rev. bras. enferm. vol.66 no.4 Brasília July/Aug. 2013.

Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400006>. Acessado em: Junho de 2015.

25. SANTOS, S. M. R et al. **A percepção do Enfermeiro, graduado na década de 1990, sobre o seu processo de formação.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 out/dez. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a07.pdf>>. Acessado em: Junho de 2015.

26. ANDREUCCI, C. B; CECATTI, J. G. **Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.** Cad. Saúde Pública vol.27 no.6 Rio de Janeiro June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600003&lang=pt>. Acessado em: Junho de 2015.

27. LIMA, J. O. R; ESPERIDIÃO , E; MUNARI, D. B; BRASIL, V. V. **A formação ético-humanista do enfermeiro: um olhar para os projetos pedagógicos dos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia, Brasil.** Interface (Botucatu) vol.15 no.39 Botucatu Oct./Dec. 2011 Epub Sep 02, 201. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000400012&lng=en&nr_m=iso&tlng=pt>. Acessado em: Junho de 2015.

28. CASATE, J. C; CORRÊA, A. K. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.** Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.1 São Paulo Feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100029>. Acessado em: Junho de 2015.

29. DUARTE, E. D et al. **A integralidade do cuidado ao recém-nascido: articulações da gestão, ensino e assistência.** Esc. Anna Nery vol.17 no.4 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400713&script=sci_arttext>. Acessado em: Junho de 2015.

30. LAZZARI, D. D; JACOBS, L. G; JUNG, W. **Humanização da Assistência na Enfermagem a partir da Formação Acadêmica.** Rev Enferm UFSM 2012 Jan/Abr. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3705/3133>>. Acessado em: Junho de 2015.

31. TEIXEIRA, E; FERNANDES, J. D; ANDRADE, A. C; SILVA, K. L; ROCHA, M. E. M. O; LIMA, R. J. O. **Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais.** Rev. bras. enferm. vol.66 no.spe Brasília ept. 2013. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700014&script=sci_arttext. Acessado em: Junho de 2015.

32. ALMEIDA, A. V; CHAVES, E. C. **O ensino da humanização nas disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem.** Invest. educ. enferm vol.31 no.1 Medellín Jan./Apr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072013000100006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessado em: Junho de 2015.

33. BARBOSA, G. C; MENEGUIM, S; LIMA, S. A. M; MORENO, V. **Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa.** Rev. bras. enferm. vol.66 no.1 Brasília Jan./Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019. Acessado em: Junho de 2015.

34. GOMES, M. L; MOURA, M. A. V. **Modelo Humanizado de Atenção ao Parto No Brasil: Evidências na Produção Científica.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a18.pdf>. Acessado em: Junho de 2015.