

Práticas humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática qualitativa

Humanizing practices in primary health care: a qualitative systematic review - Humanizing [USA]; Humanising [UK]

Ieda Carla Almeida dos Santos de Souza Pastana^I, Erika Cardozo Pereira^{II},
Janaina Cristina Santos Lima^{III}, Mariana Cabral Schweitzer^{IV}

Resumo

Objetivos: identificar práticas de humanização na Atenção Básica. **Método:** revisão sistemática, partindo das seguintes fontes de informação: PubMed, CINAHL, Scielo, utilizando-se a palavra-chave *primary health care*, associada separadamente às seguintes palavras-chave: *humanization of assistance* (humanização), *holistic care/health* (cuidado/saúde holístico), *patient centred care*, *user embracement* (acolhimento), *personal autonomy*, *holism*, *attitude of health personnel* (atitude dos profissionais). **Método:** Revisão sistemática qualitativa. **Resultados:** Foram incluídos 17 estudos identificados entre 2012 e 2018. Os dados foram sistematizados em sete categorias: (a) Oferta de práticas humanizadoras, (b) Dificultadores das práticas humanizadoras, (c) Facilitadores das práticas humanizadoras, (d) Necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras, (e) Vínculo profissional-usuário, (f) Efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe e (g) Atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras. **Considerações Finais:** As práticas humanizadoras continuam a ser desenvolvidas na Atenção Básica e seus efeitos positivos são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Por isso, investimentos no desenvolvimento dessas práticas e também em pesquisas devem continuar, incluindo também as percepções de usuários e dos órgãos gestores.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência; Pessoal de Saúde; Revisão Sistemática Qualitativa.

Abstract

Objectives: To identify humanization practices in Primary Health Care. **Method:** Qualitative systematic review. Studies were searched in the following information sources: PubMed, CINAHL, Scielo, using the keyword *primary health care*, together with the following keywords: *humanization of assistance*, *holistic care/health*, *patient centered care*, *user embracement*, *personal autonomy*, *holism*, *attitude of health personnel*. **Results:** We included 17 studies published between 2012 and 2018. Data were systematized into seven categories: (a) Offer of humanizing practices, (b) Difficulties of humanizing practices, (c) Facilitators of humanizing practices, (d) Need for training on humanizing practices, (e) Professional-patient linkage, (f) Positive effect of humanizing practices in teamwork, and (g) Attitudes and beliefs that reflect humanizing practices. **Conclusions:** Humanizing practices continue to be developed in Primary Health Care and its positive effects are recognized by health professionals. Therefore investments in the development of these practices and in research should continue, also including the perceptions of patients and management bodies.

Keywords: Primary Health Care, *Humanization of Assistance*; *Health personnel*; *Qualitative Systematic Review*.

^I Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP Núcleo Técnico da Coordenação da APS Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil. Email: icpastana@yahoo.com.br

^{II} Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UNIFESP Email: erikacardozo.enf@gmail.com

^{III} Enfermeira. Email: jana.cris15@gmail.com

^{IV} Enfermeira. Pós-doutorado. Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP Email: mariana.cabral@unifesp.br

Introdução

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde,¹ também conhecida como a Política Nacional de Humanização (PNH) e/ou HumanizaSUS. Essa política promove a utilização de tecnologias leves como a autonomia e empoderamento dos usuários da saúde, vínculo e escuta qualificada entre pacientes e profissionais da saúde, clínica ampliada e projeto terapêutico singular para o manejo de casos complexos, entre outros.

A Atenção Básica (AB) representa a porta de entrada do sistema de saúde e organiza a rede de serviços. Em 2013 uma revisão sistemática sobre a política HumanizaSUS identificou que a humanização permeia os processos de trabalho e os agentes da atenção primária.²

Em 2016, outra revisão sistemática buscou reconhecer a compreensão da força de trabalho sobre o papel das práticas humanizadoras na AB e identificou como dificuldades para a sua efetivação: conceitos fragmentados de saúde e atenção; falta de investimentos em trabalho em equipe multidisciplinar, empoderamento da comunidade, vínculo profissional-paciente e acolhimento do usuário.³

Diante destas dificuldades e reconhecendo a importância e necessidade de contínua atualização sobre o tema, o objetivo deste estudo foi identificar a oferta de práticas humanizadoras na Atenção Básica.

Método

A finalidade de uma revisão sistemática é permitir a tradução das melhores evidências científicas nas políticas, práticas e decisões no contexto da saúde.⁴ Este desenho permite agrupar os resultados de estudos primários em categorias para alcançar uma meta-síntese.⁵ O processo é realizado em seis etapas: (a) identificação do tema e formulação da pergunta da pesquisa; (b) definição

das fontes de busca de dados; (c) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (d) seleção e tratamento de dados, com exclusão das repetições; (e) detalhamento dos estudos selecionados e análise dos dados, composta por (e1) avaliação da qualidade dos estudos incluídos e (e2) interpretação dos resultados.⁵

A estratégia PICo foi aplicada para orientar a pergunta de pesquisa. Essa mnemônica identifica os aspectos-chave População (P), Fenômeno de Interesse (I) e Contexto (Co).⁶ Nesta revisão, a População abrangeu os profissionais da AB, o Fenômeno de Interesse foram as práticas humanizadoras e o Contexto referiu-se aos serviços da AB. Após ajustar os objetivos do estudo ao PICo, a pergunta orientadora da revisão sistemática foi “Como os profissionais da saúde ofertam as práticas humanizadoras na AB?”

Os conceitos de humanização da PNH¹ brasileira enfocam princípios-chave como o acesso, a empatia, a humanização da atenção, a autonomia pessoal, saúde integral e acolhimento do usuário. Na coleta de dados foram utilizados descritores controlados baseados nesses conceitos. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: *primary health care* (Atenção Básica), em combinação com outros descritores, separadamente: *humanization of assistance* (humanização), *holistic care/health* (cuidado/saúde holístico), *patient centred care, user embracement* (acolhimento), *personal autonomy, holism, e health personnel attitude* (atitude dos profissionais).

Em maio de 2018, a busca foi realizada nas seguintes fontes de dados: PubMed, CINAHL e Scielo, com limite para o período de 2012 a 2018, delimitado para abranger os artigos publicados após a coleta realizada na revisão sistemática citada anteriormente.³ Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos sobre como os profissionais da atenção primária à saúde ofertam as práticas humanizadoras, disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol.

Artigos sobre pacientes ou alunos e/ou estudos realizados em contextos hospitalares foram excluídos. Para a organização dos artigos foi utilizado o Excel.

Dois revisores independentes avaliaram os artigos e a seleção final foi baseada em consenso, partindo da comparação das avaliações dos dois revisores. A qualidade dos estudos foi avaliada pelo instrumento JBI-SUMARI para estudos qualitativos, composto por dez perguntas e disponível on-line.^v As seguintes informações foram extraídas de cada estudo: país de origem, número de profissionais, objetivos, técnicas de coleta e análise dos dados, proteção aos sujeitos humanos, resultados.

Os dados foram organizados em categorias empíricas que emergiram da análise e da revisão realizada por Della Nora e Junges.² Quatro revisores independentes avaliaram as categorias

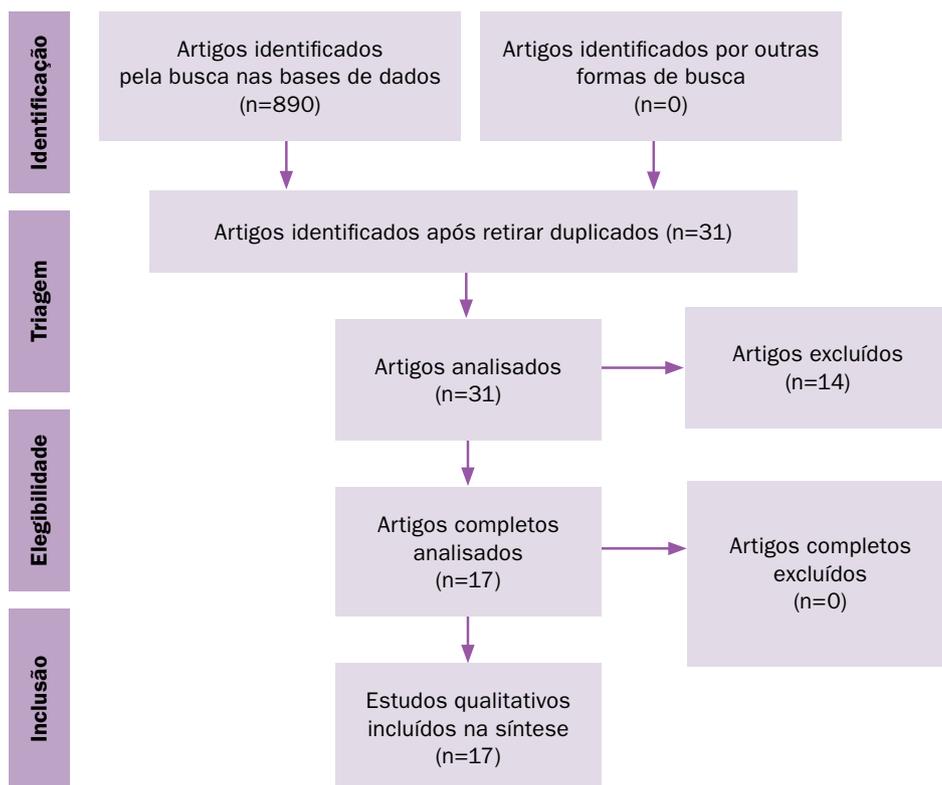
em termos do seu respectivo escopo e definição. Qualquer discordância foi solucionada por consenso. O objetivo foi chegar em uma metassíntese pela integração das categorias.⁵

Quanto aos aspectos éticos, o estudo obedeceu às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução CNS 466/12, porém, por se tratar de uma revisão sistemática, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados

Do potencial de 890 referências, reduzidas para 31 estudos não duplicados, 17 estudos qualitativos foram incluídos e revisados sistematicamente,^{7,23} de acordo com a Figura 1. Estudos recuperados ocorreram entre 2012 e 2018. Três estudos foram publicados em inglês e quatorze em português.

Figura 1. Diagrama do processo de inclusão e exclusão dos estudos²⁴



^v Acesso em 20/07/2019 em https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf

Os estudos abrangeram 248 profissionais de AB dos Estados Unidos^{11-13,23} e do Brasil.^{7-10,14-22} Sete estudos^{12,14,15,17,20-22} não descreveram a quantidade de profissionais por categoria, e dos estudos que tinham este detalhamento,^{7-11,13,16,18,19,21,23} 61% desses profissionais eram enfermeiros, e os outros 39% eram principalmente técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, técnico de farmácia e auxiliar administrativo.

Em relação à análise da qualidade dos artigos incluídos, quatro artigos tiveram pontuação sete,^{8,16,17,21} onze tiveram pontuação oito^{7,9-15,19,20,23} e dois tiveram pontuação nove.^{18,22}

Os resultados foram combinados em sete categorias empíricas, apresentadas a seguir: (1) oferta de práticas humanizadoras; (2) dificultadores das práticas humanizadoras; (3) facilitadores das práticas humanizadoras; (4) necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras; (5) vínculo profissional-usuário; (6) efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe; (7) atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras.

Categoria 1: Oferta de práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a oferta de práticas humanizadoras, sua organização, prática e suas consequências. Esta categoria estava presente em 12/17 artigos.

Os profissionais de saúde identificam como oferta de práticas humanizadoras: os grupos educativos, visitas domiciliares, “porta livre demanda”, cuidado centrado no paciente e acolhimento. E compreendem que tais práticas ampliam o acesso da comunidade ao serviço e favorecem a longitudinalidade e o compartilhamento do cuidado entre profissional-usuário.^{7,8,14,16,23}

“Sempre as médicas (programa Mais Médicos) atendem, às vezes ultrapassa 5 ou 6 fichas além, porque elas também olham esse lado que os ribeirinhos, o pessoal comunitário vem com a intenção de se consultar. Às vezes o barco atrasa, às vezes o mau tempo e quando eles chegam aqui às vezes não há ficha. [...] Todo este sacrifício os usuários fazem, mas as médicas atendem todo mundo e muito bem.”⁷

Para os profissionais de saúde, acolhimento é a escuta qualificada, é o momento em que o usuário, mesmo sem agendamento, passa por uma escuta pelo profissional de saúde (em sua maioria o enfermeiro ou médico), que detecta sua demanda para decidir a melhor conduta. O acolhimento foi a prática humanizadora mais citada pelos profissionais.^{8,10,11,16,17,21,22}

“[...] a maioria deles (usuários), só de tu falar com ele, conversar tu já resolve o problema. Ele precisa de uma conversa, de uma pessoa que o escute [...] aqui no posto mesmo, a ESF faz esse tipo de coisa, que é o acolhimento, que é a conversa com o paciente, ajudar o paciente.”¹⁰

Em dois estudos a oferta de práticas humanizadoras foi além da AB e incluiu também a rede de saúde e a articulação intersetorial. Nesses estudos, pode-se observar que a demanda dos usuários foi além do setor saúde e o seu encaminhamento para os setores e/ou equipamentos que atenderão suas necessidades dependeu da sensibilidade e perfil do profissional de saúde.^{9,20}

“Uma senhora era frequentemente espancada pelo filho, usuário de drogas. Numa ocasião eu estava na casa dela, atendendo o marido acamado e o filho a ameaçou com uma faca...Tive que ir pra cima dele, com minha

prancheta, que era a única coisa que tinha em mãos...A mulher ficou atrás de mim. Então, fiquei entre o agressor e a agredida...Se não tivesse feito isso, acho que ele teria matado ela...[...] Levei o caso pro prefeito. Ele foi preso [...]Encaminhei ela [não oficialmente, mas por amizade, para assistente social, enfermeira e psicóloga [...]]”²⁰

Categoria 2: Dificultadores das práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre dificuldades, barreiras e limitações relacionadas às práticas humanizadoras. Esta categoria foi encontrada em 8/17 artigos.

Os trabalhadores relataram fatores relacionados: postura autoritária do profissional de saúde, voltada às suas necessidades ao invés de centrada no paciente;^{7,13} demanda excessiva;^{8,17,22} entraves na comunicação profissional-usuário;^{15,22} desconhecimento dos usuários sobre o acolhimento e costume com o antigo modelo assistencial de saúde;¹⁵⁻¹⁷ rotatividade dos profissionais que fazem o acolhimento;¹¹ acolhimento feito de forma inadequada^{16,22} e inexistência de acolhimento no serviço.¹⁶

“Of course, when you are too stressed or not patient-centred enough it happens, and I, so to speak, push things in my direction. I have my own agenda and I do not invite the patient into a dialogue; that has happened many times.”¹³ (É claro que, quando você está estressado demais ou não está suficientemente centrado no paciente, isso acontece, e eu, por assim dizer, empurro as coisas na minha direção. Eu tenho minha própria agenda e não convido o paciente a um diálogo; isso aconteceu muitas vezes).

Categoria 3: Facilitadores das práticas humanizadoras

Esta categoria incluiu as percepções dos profissionais sobre facilitadores e fatores que promovem as práticas humanizadoras. Esta categoria estava presente em 5/17 artigos.

Os trabalhadores mencionaram os seguintes fatores relacionados: conhecimento das necessidades da comunidade adscrita e individualização do cuidado;^{16,18} acolhimento;¹⁷ valorização e reconhecimento do trabalho do profissional de saúde;²¹ quantidade de profissionais disponíveis para o acolhimento;²¹ espaço físico adequado;²¹ realização de reuniões técnicas;²¹ equipe bem coordenada e sistema de suporte ao trabalho dos profissionais.²³

“Segundo gestores e profissionais, a baixa rotatividade profissional e a disponibilidade de profissional para fazer o acolhimento e agendamento promovem fortalecimento do vínculo e do acesso. Nas palavras dos profissionais, o acolhimento é percebido como uma referência para as pessoas da área de abrangência.”²¹

Categoria 4: Necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a necessidade de capacitação e conscientização sobre as práticas humanizadoras, tanto para profissionais de saúde quanto usuários em diferentes contextos. Esta categoria foi encontrada em 3/17 estudos.

“I think we usually give recommendations that are adapted to middle-aged, well-educated Swedish men. It is not that you have always thought about it ahead, I mean, how it is to be a woman from a Muslim country, having a lot of children at home, so it is not for sure that your style will work.”¹³ (“Acho que geralmente

damos recomendações adaptadas a homens suecos de meia-idade e com boa educação. Não é que você sempre tenha pensado nisso antes, quero dizer, como é ser uma mulher de um país muçulmano, ter um muitas crianças em casa, por isso não é certo que o seu estilo funcionará.”)

Categoria 5: Vínculo profissional-usuário

Esta categoria abrangeu as percepções dos profissionais da saúde sobre a construção do vínculo profissional-usuário para a oferta do cuidado humanizado. Esta categoria foi encontrada em 9/17 artigos.

Os profissionais identificaram como fatores promotores e ao mesmo tempo resultantes do vínculo profissional-usuário: escuta qualificada;^{12,20,21} diálogo;^{9,13,17,21} entendimento do que é o acolhimento;¹⁷ sentimento de pertencimento dos profissionais à comunidade adscrita;¹⁷ empatia;¹⁸ confiança dos usuários;^{19,21} reconhecimento do trabalho;¹⁹ área de abrangência da unidade;^{16,18} humanização;¹⁸ compromisso com familiares;¹⁶ responsabilização do usuário no seu autocuidado;¹⁶ adesão ao tratamento;^{19,21} melhor desfecho clínico.²¹

“(...) acho que quando a gente vê o sofrimento ali mais de perto a gente tenta ser mais humano. Até a questão da empatia, você tem que se colocar no lugar do outro. Então eu acredito que seja isso. (...) você vendo os problemas mais de perto, conhecer a realidade, então você tenta prestar uma assistência melhor (...)”¹⁸

Categoria 6: Efeito positivo das práticas humanizadoras no trabalho em equipe

As práticas humanizadoras interferem no trabalho em equipe realizado na AB. Esta categoria foi encontrada em 9/17 artigos. Os efeitos

das práticas humanizadoras no trabalho em equipe descritos pelos profissionais foram: relacionamento interpessoal, união e comunicação,^{7,8,10,13} processo de trabalho da equipe organizado a partir da coordenação do cuidado,^{9,16,18} divisão técnica do trabalho e reconhecimento dos diferentes papéis profissionais.^{17,18,20}

“No cotidiano, cada um tem que refletir, ver realmente qual é o seu papel e ver também, se a comunidade está entendendo também o seu papel. Tem que ser, uma troca de informação (...) mais comunicação, mais interação de funcionários de usuário para com funcionário, de usuário para com funcionário tem que ser todo um conjunto. Todo mundo tentando falar a mesma língua (...)”²⁰

Categoria 7: Atitudes e crenças que refletem as práticas humanizadoras

Esta categoria foi encontrada em 12/17 artigos e corresponde às atitudes e crenças dos profissionais que refletem as práticas humanizadoras, como respeito, tempo de atendimento, e a valorização do saber do usuário e de sua individualidade.^{7-13,15,17,19,21,23}

“[...] o tempo para fazer exame físico, o tempo para olhar a cara do paciente, o acompanhamento, o bom trato e o tempo para melhor acolhimento do paciente; a questão de atendimento quanto ao exame físico mesmo, que algumas vezes nossos outros médicos que trabalhavam conosco aqui no município não tinham tanto esse tempo de estar avaliando cada um; antes as pessoas reclamavam, assim: ah, o médico nem olhou no meu rosto, nem olhou na minha cara, e já estas médicas (programa Mais Médicos) dão toda atenção”⁷

A partir dessas categorias foi possível desenvolver duas sínteses: (1) a oferta das práticas

humanizadoras depende das atitudes e crenças dos profissionais de saúde, amplia o vínculo com o usuário e tem efeito positivo no trabalho em equipe; (2) Os profissionais da Atenção Básica relataram mais dificultadores do que facilitadores e também destacaram a necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras.

As sínteses demonstram como os profissionais descrevem as práticas humanizadoras de modo a aproximar do cuidado que deve ser realizado na AB de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, ou seja, integral, centrado na pessoa, por meio do trabalho em equipe e da clínica ampliada.

Discussão

Desde a publicação da PNH somam-se os relatos sobre as dificuldades de implementar as práticas humanizadoras na AB e também a falta de capacitação das equipes.² Dentre as dificuldades, destacam-se as mudanças ocorridas no processo de trabalho que focam no atendimento de metas de contrato em detrimento das necessidades de saúde da população que prejudicam o desenvolvimento dessas práticas e dos seus efeitos positivos nos serviços.²⁵

O processo de cuidado na AB a partir de tecnologias leves segue então sendo atravessado pelo aumento da demanda, diminuição dos recursos e mudanças nos documentos regulamentadores que deixam espaço para múltiplas interpretações sobre constituição de equipe e modelo de atenção.²⁷ Distancia-se, assim, cada vez mais das recomendações internacionais de ampliação da AB enquanto ordenadora da rede de atenção.²⁸

De modo a facilitar o desenvolvimento das práticas humanizadoras recomenda-se a partir dos resultados: criação de espaços de reflexão sobre atitudes e crenças dos profissionais de saúde em relação às práticas humanizadoras;

capacitação sobre as práticas humanizadoras, valorização do vínculo com o usuário e do tempo necessário para desenvolver o trabalho em equipe, como reuniões e discussões de caso. Essas recomendações devem ser levadas em consideração especialmente no desenvolvimento de contratos de gestão com organizações sociais que irão atuar na AB.

Para atender a necessidade de capacitação sobre as práticas humanizadoras, a proposta é ir além de cursos de caráter pontual e modelo bancário, para integrar propostas inovadoras, como cursos de leitura e metodologias ativas, que favorecem o desenvolvimento profissional para as dimensões éticas e humanísticas, ampliando a capacidade de reflexão crítica e de atenção às necessidades da população,^{26,29} de modo a desenvolver a empatia, a autorreflexão e a aproximação com o outro, tanto aquele que oferta quanto o que recebe o cuidado.

As práticas humanizadoras continuam a ser desenvolvidas na AB e seus efeitos positivos são reconhecidos pelos profissionais de saúde. Por isso investimentos no desenvolvimento dessas práticas e também em pesquisas devem continuar, incluindo também as percepções de usuários e dos órgãos gestores.

Pesquisar sobre as práticas humanizadoras e as tecnologias leves, propostas na PNH, apresentou dificuldades que incluíam a tradução desses termos em descritores e pode ser uma limitação do estudo e da internacionalização dos resultados, mas a tentativa de aproximação desses termos com outros idiomas pode facilitar a busca em um maior número de bases de dados.

Quanto a qualidade dos artigos incluídos no estudo avaliados pelo instrumento de dez questões, SUMARI-JBI, os mesmos perderam pontos nas questões que se refere à coerência entre a perspectiva filosófica e o método de pesquisa, falta de informações quanto a implicação e influência do pesquisador no estudo. Quanto a essas

questões, por se tratar de afirmações que não estão necessariamente explícitas nas publicações científicas, não houve prejuízo na avaliação de qualidade dos estudos. Todavia, destaca-se a importância de apresentar essas informações pelos pesquisadores em futuras publicações.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Os autores declaram que o estudo não contou com financiamento para a sua realização.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF); 2006.
2. Della Nora C, Junges JR. Humanization policy in primary health care: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1-15.
3. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2016; 24:2676.
4. Lopes ALM, Fracolli LA. Systematic Review of Literature and Qualitative metasynthesis: considerations about their application in nursing research. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):771-8.
5. Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. New York: Springer; 2007.
6. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, Editors. Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. Joanna Briggs Institute [internet]. 2017 [acesso em 8 ago 2019]. Disponível em: <https://reviewersmanual.joanna-briggs.org/>.
7. Comes Y et al. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(9):2729-2738.
8. Camelo MS, Lima LR, Volpe CR, Santos WS, Rehem TC. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(4):463-8.
9. Silva MAC, Aguiar MGG, Moreira TDS. Entre os nós da rede de saúde mental: as práticas de agentes comunitários de saúde. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. 2016; 40(3):713-728.
10. Machado LM, Colomé JS, Silva RM et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. *Rev Fun Care*. 2016; 8(1):4026-4035.
11. Brasil EGM; Queiroz MVO; Cunha JMH. Receptiveness to the teenager in nursing consultation: a qualitative study. *Braz J Nurs*. 2012; 11(2):346-358.
12. Nunstedt H et al. Strategies for healthcare professionals to facilitate patient illness understanding. *J Clin Nurs*. 2017; 26:4696-4706.
13. Hornsten A et al. Strategies in health-promoting dialogues: primary healthcare nurses' perspectives, a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2014; 28:235-244.
14. Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, & Badaró-Moreira MI. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37(2):404-417.
15. Hentges IC, Cogo ALP. Competências desenvolvidas por equipe de saúde da família sobre o acolhimento após atividade educativa. *J Nurs Health*. 2017; 7(1):4-15.
16. Costa RF, Queiroz MVO, Zeitoun RCG. Cuidado aos adolescentes na Atenção Primária: perspectivas de integralidade. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(3):466-472.
17. Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*. 2015; 39(104):114-123.
18. Oliveira AG, Morais IF, Azevêdo LMN, Valença CN, Sales LKO, Germano RM. O que mudou nos serviços de saúde com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2012; 13(2):291-9.
19. Bortoli CFC, Bisognin P, Wilhelm LA, Prates LA, Sehnem GD, Ressel LB. Fatores que possibilitam a atuação do enfermeiro na atenção pré-natal. *Rev Fun Care Online*. 2017; 9(4):978-983.
20. Signorelli MC et al. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1230-1240.
21. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann A. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enferm*. L. 2013; 22(1):132-40.
22. Silva MRF, Pontes RJS, Silveira LC. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. *Rev. Enferm. UERJ*. 2012; 20(2):784-82.

23. Bikker AP et al. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Family Practice*. 2015; 16:149.
24. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(6).
25. Silva Vanice Maria da, Lima Sheyla Maria Lemos, Teixeira Marcia. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde debate*. 2015; 39:145-159.
26. Gallian DMC, *Literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma*. São Paulo: Martin Claret; 2017.
27. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018; 42(1):38–51.
28. Cecilio LC de O, Reis AAC dos. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34(8):1–14.
29. Mesquita SK da C, et al. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*. 2016; 14(2):473-486.