

## ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AS VOZES DOS SUJEITOS DO COTIDIANO

RECEPTION PROCEDURES IN THE FAMILY HEALTH CARE STRATEGY:  
HEARING EVERYDAY CITIZENS

RECEPCIÓN EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: LAS VOCES DE LOS  
SUJETOS DEL COTIDIANO

Maria Rocineide Ferreira da Silva<sup>I</sup>  
Ricardo José Soares Pontes<sup>II</sup>  
Lia Carneiro Silveira<sup>III</sup>

---

**RESUMO:** Objetivou-se refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores. Estudo descritivo de natureza qualitativa realizado num Centro de Saúde da Família em Fortaleza/Ce, em 2010, com a participação de 18 sujeitos. Os dados foram coletados a partir de oficina temática e analisados pela técnica da análise hermenêutico-dialético. Trabalhadores e usuários assinalam que o acolhimento no Centro de Saúde da Família revela-se como espaço de compartilhamento de afetos, de ação medicalizada e como fator desumanizante no trabalho. As lacunas no processo de gestão do cuidado, a partir do dispositivo do acolhimento, foram: falta de ofertas aos usuários que procuram o centro de saúde, dificuldade de relações entre os vários sujeitos implicados e forte enfoque dado ao modelo de atenção que se pauta por uma lógica cartesiana.

**Palavras-chave:** Saúde da família; atenção básica a saúde; acolhimento; cuidado.

**ABSTRACT:** This descriptive, qualitative study, at a Family Health Center in Fortaleza, Ceará, in 2010, examined how reception/welcoming is conducted on a day-to-day basis, and how it is perceived by users and workers. All data were collected from a thematic workshop-type setting with 18 participants, and analyzed using a hermeneutic-dialectic technique. Reception/welcoming procedures were perceived by workers and users as an opportunity to share feelings and emotions, but also as a medicalized action and a dehumanizing factor in the work environment. Gaps in the care management process, observed through the reception/welcoming procedures, were lack of service supply for users attending the health facility, relationship difficulties among the individuals concerned, and a strong emphasis on a health care model guided by a Cartesian logic.

**Keywords:** Family health; primary health care; reception and welcoming; care.

**RESUMEN:** El objetivo fue reflexionar sobre como la recepción se concretiza en su vivencia cotidiana y analizar como es percibida por usuarios y trabajadores. Estudio descriptivo de naturaleza cualitativa realizado en un Centro de Salud de la Familia en Fortaleza/Ce-Brasil, en 2010, con participación de 18 sujetos. Datos recolectados a partir de taller temático y analizados por la técnica del análisis hermenéutico-dialéctico. Trabajadores y usuarios señalan que la recepción en el Centro de Salud de la Familia se revela como espacio de compartimiento de afectos, de acción medicalizada y como factor deshumanizante en el trabajo. Las lagunas en el proceso de gestión del cuidado, a partir del dispositivo de recepción, fueron: la falta de ofertas a los usuarios que acuden al centro de salud, dificultad de relaciones entre los varios sujetos implicados y el fuerte enfoque dado al modelo de atención que se pauta por una lógica cartesiana.

**Palabras clave:** Salud de la familia; atención básica a la salud; recepción; cuidado.

---

## INTRODUÇÃO

A estratégia saúde da família (ESF) assume, como propósito, a ampliação do acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção primária. Desde seu nascimento em 1994, pautou-se por superar processos medicalizadores tomando a promoção da saúde e apropriação de abordagens basea-

das na integralidade da atenção como ações/práticas necessárias<sup>1</sup>.

A atenção primária à saúde traz, como componente forte, o desenvolvimento de ações preventivas, além do foco na promoção da saúde. Nessa perspectiva, a ESF é assumida com o pressuposto de trans-

---

<sup>I</sup>Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Grupo de Pesquisa Saberes e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rocineideferreira@gmail.com

<sup>II</sup>Doutor em Epidemiologia. Professor do Curso de Medicina e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: rjpontes@fortalnet.com.br

<sup>III</sup>Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem e Psicologia e do Mestrado em Cuidados Clínicos da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: silveiralia@gmail.com

formar as práticas de atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nela atuam, já que visa superar o modelo curativo, individual e desconexo do contexto social para assumir proporções bem mais amplas e efetivas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde<sup>2</sup>. Dialogicizar os processos, para produzir novos modos de cuidar nos territórios, é fundamental, pois são os serviços de saúde espaços de interação importantes para co-gestão e co-responsabilização dos sujeitos implicados na atenção<sup>3</sup>.

Um dos limites percebidos na ESF é ampliar a organização da atenção à população adscrita considerando, além dos programas previstos, a demanda espontânea que chega à unidade. É nesse contexto de garantir atenção qualificada e humanizada para quem chega, que surgiu a proposta do acolhimento (atendimento individualizado, contextualizado com escuta ativa, qualificada), um dispositivo da Política Nacional de Humanização<sup>4</sup>.

A relevância do estudo deve-se ao fato de sua produção aprofundar questões sobre as práticas de acolhimento realizadas na estratégia saúde da família e, nesse processo, refletir sobre as condições de possibilidades de produzi-las, ao mesmo tempo de, em determinados casos, modificá-las.

Os objetivos do estudo foram refletir como o acolhimento se concretiza na sua vivência cotidiana e analisar como é percebido por usuários e trabalhadores.

## REVISÃO DE LITERATURA

A ESF nasceu com a crença no vínculo como potencialidade para o cuidado, na adscrição de uma clientela ao território para se equalizarem esforços, conhecer com propriedade as pessoas que produzam e reproduzem no mesmo, acreditando nas mudanças cotidianas que a comunidade pode promover, culminando com a produção da qualidade de vida, que incorpora os processos de viver e adoecer e os significados que estes têm para uma dada população. É preciso estarmos atentos às forças externas, antecedentes ao encontro, entre usuário e trabalhador que operam no campo do mecanicismo e da pouca implicação na relação trabalhador-usuário<sup>5</sup>. Isto é exatamente o que não se deseja que aconteça na ESF.

É importante considerar que a produção do cuidado na ESF está em constante movimento e que transita da desconstrução à reconstrução de sentidos e novos jeitos de atuar no mundo<sup>6</sup>, ou a manutenção de modelos que não avançam para dimensão do cuidado. O desejo pode ser a força propulsora e propositiva desse agir em saúde, essa é a ideia de fazer da ação do trabalho algo que é vivo e acontece em ato<sup>7</sup>.

Desse modo, é essencial valorizar os diferentes modos de como a população busca ajuda nos serviços

de saúde, respeitando a maneira de ser de cada um, observando os limites necessários<sup>8</sup>.

A temática da *humanização* começou a ser discutida no início dos anos 2000, diante de um quadro crônico de dificuldade de acesso aos serviços e aos bens de saúde, e de acompanhamento das necessidades e vulnerabilidades de cada usuário que trazia, veementemente, a questão do vínculo preconizado como princípio da ESF. Também as dimensões de valorização do trabalhador e desprecarização das relações de trabalho, educação permanente e participação incipiente na gestão dos serviços assumem protagonismo em diálogos.

Estudo realizado revelou, que “os discursos apontavam para a urgência de se encontrar outras respostas à crise da saúde, identificada por muitos como falência do modelo SUS”<sup>9:389</sup>. É nesse contexto que o Estado assume a preocupação e propõe transformações no modelo de atenção saúde e gestão dos serviços de saúde. Efetivando-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que se apropria da autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários, afetivos, e a participação coletiva nos processos de gestão como valores norteadores.

O acolhimento emerge como um marcorreferencial de relevância para a PNH. Trata-se de uma das referências avaliativas, porque persegue o ideal de identificação e satisfação das necessidades do usuário, para construir um encaminhamento eficaz, tendo como produto final a qualificação da relação trabalhador/usuário. “Sujeitos são desejos, necessidades, interesses em conjugação e conflito. Eles inventam o mundo se inventando. Aqui, o mundo do trabalho é criação e uso de si, mas também é luta e resistência ao trabalhar em si.”<sup>10:64</sup>

Exige, no entanto, intervenção de toda equipe multiprofissional, elaboração de projetos terapêuticos singulares e coletivos e agilidade no atendimento, por meio da observância dos protocolos do Ministério da Saúde, ou daqueles que, por ventura, tenham sido desenvolvidos pela própria equipe.

## METODOLOGIA

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado num Centro de Saúde da Família (CSF) da cidade de Fortaleza/CE, no período de outubro a novembro de 2010 com 14 trabalhadores e quatro usuários adscritos à unidade. Os trabalhadores incluídos na pesquisa tinham mais de um ano de atuação na ESF, e os usuários, além de serem cadastrados, deveriam estar adscritos há pelo menos 2 anos na área de abrangência do CSF.

Para coleta de dados, utilizou-se a técnica da oficina temática. A oficina, que foi explorada neste

estudo, tematizou sobre as relações no serviço de saúde. Nesta, o tema do acolhimento emerge como gerador de inquietações. Utilizou-se para produção da análise de dados o método intitulado hermenêutico-dialético, em que a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para ser melhor compreendida<sup>11</sup>. Para a operacionalização da análise de dados, foram observados três passos: Ordenação dos dados: através da transcrição das gravações da oficina, releitura do material e organização dos relatos, realizando um mapeamento de todos os dados obtidos na realização dos grupos focais. Classificação dos dados: após questionamentos para identificação do que era relevante, os dados foram classificados em categorias específicas e concretas, surgidas a partir da coleta de informações. Análise final: estabelecimento de articulações entre os dados e os referenciais teóricos das discussões da oficina, tentando responder às questões com base nos objetivos.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados no texto pelas letras T – trabalhadores e U – usuários com números referentes à ordem alfabética dos nomes.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o protocolo de número 127/2010. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e concordaram dele participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia do seu anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As três categorias obtidas são analisadas a seguir.

### Acolhimento como espaço de compartilhamento de afetos

Os resultados revelam que o acolhimento é visto por alguns como espaços de compartilhamento de afetos, assim como algo potente para organização do serviço ou capaz de despontencializar o que tem sido feito. Por isso é importante ouvir essas falas e compreender que há uma micropolítica do encontro que é ativada cotidianamente, e que passa desde o conhecimento das ofertas que o serviço tem para a comunidade, assim como o que ao ser demandado pode ser ofertado, uma verdadeira promoção da saúde que se estabelece a partir dos diálogos revelados<sup>12</sup>. É amplo o campo de relações capazes de agirem para culminarem em práticas de cuidado, essa dialogicidade dá pistas para que isso aconteça.

*No cotidiano, cada um tem que refletir, ver realmente qual é o seu papel e ver também se a comunidade está entendendo também esse papel. Tem que ter uma troca de informação[...] mais comunicação, mais integração de funcionário com funcionário, de usuário para com funcionários, tem que ser todo um conjunto. Todo mundo tentando falar a mesma língua [...]. (T6)*

*[...] aí fica lá, vai lá para o acolhimento, [...] o acolhimento aqui está erradíssimo, uma sala só com um computador e uma balança e um aparelho de pressão para toda unidade[...] a angústia começa aí [...].(T10)*

As falas revelam ainda que tais afetamentos cotidianos geram mal estar, e é importante que sejam democratizados nas unidades de saúde espaços para essa escuta, tanto do ponto de vista dos trabalhadores, como dos usuários. A fala da trabalhadora supracitada faz eco a de muitos usuários. Talvez pela hibridez desse sujeito-trabalhador que vive essa comunidade com sua multiplicidade de representações, essa expressão tenha sido tão enfática. É necessário refletir sobre que acolhimento se tem realizado. Sair do aspecto instrumental e, ao fazer uma escuta ativa dos sujeitos, identificar as condições de possibilidades de acontecer um acolhimento real, a partir da utilização inclusive de tecnologias leves, as relacionais, nesse processo<sup>7</sup>.

A Estratégia Saúde da Família prevê uma nova lógica de relações, algo que dê conta das dimensões sociais, culturais, da produção da vida e da saúde dos vários sujeitos implicados. Trabalhadores, usuários e o próprio gestor precisam compartilhar desse movimento de acolherem-se como sujeitos. Por isso a emergência de garantir nesse CSF da pesquisa, espaços de escuta e de reconhecimento das manifestações cotidianas que existem nesses territórios. Agir atento à integralidade da atenção deve ser o eixo central da prática e com respeito a diversidades locais.

*A gente se sente impotente mesmo, é no acolhimento do dia a dia daqui [...]. (T14)*

O trabalhador, ao se expressar, revela o quanto o acolhimento precisa ser assumido como praxis e ser capaz de provocar movimentos de ressignificação do próprio trabalho. A revelação de impotência deste sentimento precisa ser atualizado de um modo a que esse trabalhador, ao ser acolhido, também possa acolher. Esse ato, indubitavelmente, deve ganhar expressão no coletivo, apesar da singularidade expressa. Desse modo, pode-se imprimir uma ação cuidadora acolhedora em que não há assujeitamentos, e sim protagonização dos sujeitos<sup>13</sup>.

### Acolhimento como ação medicalizada no Centro de Saúde da Família

Por não romper com o modelo assistencial hegemônico, essa prática tornou-se mecanicista e biologicista no seu fazer, contribuindo para reforçar o processo de medicalização que a sociedade vive, ao se fortalecer a prática da consulta como questão cultural.

*Um acolhimento só para todos os médicos e enfermeiros [...].(T10)*

*É muito difícil sair um paciente sem ser atendido, entendeu? Porque tem o acolhimento, às vezes tem um profissional no médico, 'Doutor, tem essa pessoa aqui, tem como resolver'? (T2)*

*Faz tempo que eu estou nessa fila, quantas horas eu estou aqui nessa fila esperando [...]. (U4)*

Entende-se por medicalização social um processo associado à incorporação de normas de conduta lideradas pela biomedicina e à redefinição de experiências humanas como se fossem problemas médicos. Ocorre uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização da abordagem dos diferentes modos de andar a vida, dos valores e dos processos subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença. Isso acaba repercutindo numa diminuição do potencial cultural das pessoas para lidar de maneira autônoma com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte<sup>14</sup>.

O acolhimento tem se efetivado no cotidiano do Centro de Saúde da Família como ação burocrática e o que precisa se refletir não é apenas se ele foi ou não atendido, mas como ele teve uma escuta de seus problemas, bem como, se a abordagem terapêutica foi concebida em diálogo, respeitando os domínios (cultura, conhecimentos, saberes e práticas) que o usuário traz consigo.

Observou-se ainda que a capacidade política e a criatividade, tão necessárias para o enfrentamento dos problemas que compõem a vida nos territórios da ESF, precisam ser estimuladas<sup>12</sup>. É necessário ter consciência dos feitos e possuir autonomia para produção de mudanças.

### **Acolhimento como sobrecarga e fator desumanizante no trabalho**

Entendeu-se que a forma como vem acontecendo o acolhimento, no CSF, acarreta sobrecarga e consequente insatisfação, fato que as equipes de saúde assumem no seu cotidiano.

*A gente vê que a pior dificuldade mesmo é a quantidade. O número de pessoas que tem, a demanda muito grande, para pouco funcionário estar atendendo. (T7)*

*Não dou conta da minha população, que é a população que vem reclamar aqui, [...] eu particularmente queria fazer uma discussão sobre o atual acolhimento, e a proposta do acolhimento é de escuta, é de você escutar, é de você realmente dar um encaminhamento para o paciente, um encaminhamento correto [...]. (T5)*

Qualquer processo de trabalho que se constrói baseado na lógica procedimental, focado na consulta médica, além de gerar filas intermináveis, torna invisíveis as necessidades reais dos usuários que o acessam<sup>15</sup> ou que estão na sua adscrição territorial. É exatamente nesses desencontros e pontos de tensão que são geradas as práticas pouco cuidadoras no saúde da família. A organização do processo de trabalho tem sido potencial geradora de sofrimentos entre os trabalhadores do centro de saúde, fato que precisa ser considerado, pois pode seguir rumos distintos e ser promotora de prazer<sup>16</sup>. É importante considerar que isso pode ser modificado, a partir do momento em

que os sujeitos implicados no processo assumam os desafios.

### **CONCLUSÃO**

As lacunas no processo de gestão do cuidado, a partir do dispositivo do acolhimento, foram observadas - falta de ofertas aos usuários que procuram o centro de saúde, dificuldade de relações entre os vários sujeitos implicados e forte enfoque dado ao modelo de atenção que se pauta por uma lógica cartesiana.

É necessário conhecer os diversos sujeitos e as competências de cada profissão para potencializar esse momento, por isso, além da dimensão individual, singularizada da atenção, é preciso reforçar os espaços coletivos de produção da saúde.

Viu-se então que é necessário realizar uma gestão participativa; sem ampliação de ofertas, o acolhimento não terá sucesso. Foi importante perceber que a participação popular é elemento importante, já que a transformação desse espaço é o objeto do acolhimento.

Pensar saúde a partir dos espaços de produção de vida, envolve uma outra lógica, em que o diálogo é uma ferramenta importante por dinamizar reflexões e revelar a criatividade para resolução de problemas da e com a própria comunidade. Mudança no jeito de gerenciar a unidade se faz necessário, focada na estratégia de co-gestão de processos.

Como limitações para o estudo pode-se pontuar a ausência do gestor do centro de saúde que deveria assumir, como premissa para o acesso qualificado, a escuta dos sujeitos (trabalhadores e usuários) envolvidos no processo do acolhimento.

### **REFERÊNCIAS**

1. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
2. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc saúde coletiva. 2008; 13:23-34.
3. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. Rev enferm UERJ. 2011; 19:397-402.
4. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada. Equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
5. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2009; 13:531-42.
6. Franco TB, Merhy EE. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Salud Colectiva. 2011; 7:9-20.

7. Merhy E E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2005.
8. Andrade LMO, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. IN: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; Hucitec; 2006. p. 783-836.
9. Barros RB, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9:389-94.
10. Santos-Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da saúde, muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalhador da saúde. Ijuí (SP): Unijuí; 2007.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
12. Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. Ciênc saúde coletiva. 2004. 9:617-26.
13. Andrade CS, Franco TB, Ferreira VSC. Acolhimento: uma experiência de pesquisa ação na mudança do processo de trabalho em saúde. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 130-46.
14. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2008; 42:914-20.
15. Almeida JF, Ferreira VSC. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde na produção do cuidado aos hipertensos na Estratégia Saúde da Família. In: Franco TB, Andrade CS, Ferreira VSC, organizadores. A produção subjetiva do cuidado: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 103-22.
16. Lazzarato M, Negri A. Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.