

**ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:  
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS**

*Hosting in the Family Health Strategy: conceptions and practices*

**Como citar este artigo**

Candeias R, Silva Filho JA, Silva MNV, Moreira MRL, Pinto AGA. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: concepções e práticas. Rev Norte Mineira de enferm. 2019; 8(1):49-57.



**Autor correspondente**

José Adelmo da Silva Filho<sup>2</sup>.  
Universidade Regional do Cariri - URCA  
Correio eletrônico: adelmof12@gmail.com

Raimunda das Candeias<sup>1</sup>, José Adelmo da Silva Filho<sup>2</sup>, Maria Nágela Valéria da Silva<sup>3</sup>, Maria Regilânia Lopes Moreira<sup>4</sup>, Antonio Germane Alves Pinto<sup>5</sup>.

1. Enfermeira, Mestra em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: raica\_candy@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5614-8897>.
2. Enfermeiro, mestrando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Crato (CE), Brasil. E-mail: adelmof12@gmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-0261-2014>.
3. Enfermeira, Universidade Regional do Cariri. Iguatu (CE), Brasil. E-mail: nagila1976@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2338-3406>;
4. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri. Crato (CE), Brasil. E-mail: mregilania\_enf@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-3862-8536>;
5. Enfermeiro, Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto K da Universidade Regional do Cariri. Crato (CE), Brasil. E-mail: germanepinto@hotmail.com ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>.

**Objetivo:** Descrever as concepções sobre o acolhimento e as experiências na prática cotidiana da Estratégia Saúde da Família. **Método:** Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa. Participaram 49 profissionais das equipes multiprofissionais de 12 unidades de Saúde da Família do município de Iguatu/Ceará. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta de dados, que foram analisados de acordo com a análise hermenêutico-dialética proposta por Minayo. A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob o Nº 1.836.797. **Resultados:** verificou-se que os profissionais desconhecem o acolhimento em todas as suas dimensões e o consideram como uma atribuição específica do recepcionista relacionada a uma triagem com classificação de risco dos usuários ou ao repasse de informações. **Considerações Finais:** percebe-se que a compreensão e a prática do acolhimento ainda são fragmentadas, distantes do necessário para uma atenção integral à saúde.

**Descritores:** Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde.

**Objective:** To describe the conceptions about welcoming and experiences in the daily practice of the Family Health Strategy. **Method:** Descriptive and exploratory



research with a qualitative approach. 49 professionals from the multidisciplinary teams of 12 Family Health Units of the municipality of Iguatu / Ceará participated. Semi-structured interviews were used to collect data, which were analyzed according to the hermeneutic-dialectic analysis proposed by Minayo. The research received a favorable opinion from the Research Ethics Committee of the Regional University of Cariri under No. 1,836,797. **Results:** it was found that professionals are unaware of the reception in all its dimensions and consider it as a specific receptionist assignment related to screening with risk classification of users or the transfer of information. **Final Considerations:** it is clear that the comprehension and practice of welcoming are still fragmented, far from what is necessary for comprehensive health care.

**Descriptors:** Health; User Embrace; Family Health Strategy; Unified Health System; Primary Health Care; Comprehensive Health Care.

## INTRODUÇÃO

O modelo de saúde no Brasil foi, ao longo da sua história, baseada em um modelo hospitalocêntrico, em que a concepção de saúde concentrava-se na ausência de doenças. Incentiva-se a inversão dessa concepção desde a criação do Sistema Único de Saúde a partir da compreensão da saúde no seu processo de forma holística, a qual considera, entre outros aspectos, a influência de determinantes e condicionantes sobre o processo saúde-doença<sup>(1-2)</sup>.

A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca-se como ferramenta importante nesse contexto de transformações, que tem como um dos seus objetivos a melhoria e a mudança no modelo de atenção e gestão da saúde, por intermédio da humanização e do caráter transversal atribuídos à política. Busca-se por meio da humanização da saúde garantir um sistema de saúde mais integral, democrático e de qualidade<sup>(3)</sup>.

Em 2003 cria-se a PNH com a perspectiva de tornar ainda mais evidente a necessidade da integralidade na assistência em saúde, considerando-se os atores envolvidos nesse processo. Assim, busca-se uma visão unilateralizada para sanar as necessidades não só individuais, mas, com a compreensão de um ser coletivo, as carências comunitárias<sup>(4)</sup>.

Diante do panorama da PNH destaca-se o acolhimento, uma vez que representa uma das diretrizes da política, realçando-se a indispensabilidade do protagonismo dos envolvidos no modo de fazer saúde, desde os gestores, profissionais e usuários<sup>(4)</sup>.

O acolhimento designa-se como um conjunto de ações que viabiliza melhora do serviço, colocando no centro do cuidado o paciente que o receberá. Entende-se que o processo de acolher deve se perpetuar por todas as esferas da assistência, desde o primeiro contato até a resolubilidade das demandas de maior complexidade, quando possível<sup>(5-6)</sup>.

Nesse sentido, destaca-se que o processo de acolhimento se constitui, no seu sentido mais amplo, como uma ferramenta que possibilita a interação entre a comunidade e os profissionais, de forma sistemática e proativa, visando dispensar um cuidado direcionado às necessidades de saúde da comunidade<sup>(7)</sup>. Dessa forma, o estudo objetiva-se descrever as concepções sobre o acolhimento e as experiências, na prática cotidiana da Estratégia Saúde da Família (ESF).

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Optou-se por tais métodos de pesquisa por proporcionarem a exploração e interpretação de um fenômeno gerado no meio social, considerando as crenças, valores e significados das pessoas desse meio<sup>(8-9)</sup>.

Foi realizado o estudo no município de Iguatu-Ceará. Entrevistaram-se os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família das Estratégias Saúde da Família do município, o qual possui 29 unidades de saúde distribuídas entre zona rural e urbana, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde.

Participaram do estudo os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Convidaram-se os participantes para a pesquisa mediante apresentação da pesquisadora e assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido, no ato do exercício da profissão na ESF.

As equipes em que, após três visitas consecutivas à unidade, não foi possível a realização da entrevista com pelo menos três dos profissionais integrantes, seja por indisponibilidade de tempo ou por afastamento para férias, licença ou adoecimento durante o período de realização da pesquisa, foram excluídas da pesquisa.

Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada direcionada por instrumento do tipo roteiro composto por seis perguntas sobre a identificação do profissional, a compreensão deste sobre o acolhimento, a forma como se realizava o acolhimento na sua unidade, os instrumentos/estratégias utilizados para efetivação, as facilidades e dificuldades encontradas, bem como a avaliação do profissional quanto à realização do acolhimento na unidade de saúde em que trabalhava.

Este tipo de entrevista foi escolhido por esta possibilitar o entrevistado falar livremente, porém, de forma direcionada, sobre suas vivências, experiências e opiniões sobre a temática.

Realizaram-se as entrevistas entre fevereiro a abril de 2017. Utilizou-se um gravador portátil para áudio gravação, como forma de assegurar maior fidedignidade na transcrição dos depoimentos, os quais foram apresentados posteriormente em categorias segundo a análise hermenêutico-dialética operacionalizada por Minayo<sup>(9)</sup>, que se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados alcançados/Interpretação.

Nesta primeira etapa realiza-se a organização das informações do material coletado para uma posterior análise. Na segunda, o material é explorado, as categorias são definidas e os conteúdos da análise são codificados e classificados. Na terceira e última etapa, realiza-se a condensação de todas as informações adquiridas, abrindo espaço para uma análise crítica e reflexiva dos resultados<sup>(9)</sup>.

Os profissionais foram identificados pelo nome de sua formação profissional em caixa alta, seguido pelo número cardinal referente à sua ESF atribuído por ordem de sorteio, por exemplo: ENFERMEIRA 1, MÉDICO 2, ACS 3, e assim sucessivamente.

A pesquisa, durante a sua execução, respeitou os preceitos éticos e legais contidos na Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri sob o Nº 1.836.797 e CAAE 55335616.4.0000.5055.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 49 profissionais da saúde, entre médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), gerando 245 discursos. Sortearam-se 15 unidades para a coleta de dados, porém, devido a algumas limitações no decorrer do estudo, como a exclusão de algumas equipes a partir dos critérios anteriormente elencados e a recusa de profissionais, restringiu-se a coleta a profissionais de 12 ESF.

Foram entrevistados ainda seis médicos (12,2%), dos quais quatro com nacionalidade cubana; oito enfermeiros (16,3 %); dez técnicos em enfermagem (20, 4%); nove cirurgiões-dentistas (18,3%); seis auxiliares/ técnicos em saúde bucal (12,2%) e dez ACS (20,4 %). Salienta-se que três das unidades de saúde visitadas funcionavam com mais de uma equipe e, em duas destas, o médico, o cirurgião-dentista e o técnico em saúde bucal correspondiam à mesma equipe.

Mediante os dados, verificou-se o predomínio de profissionais do sexo feminino principalmente com idade entre 31 e 50 anos, mas variando ente 20 e 65 anos. Destaca-se, ainda, que quando ao tempo de formação, grande parte dos participantes (40,8%) possuíam mais de dez anos de formação profissional e atuavam em ESF entre um e dez anos.

Os profissionais participantes foram questionados sobre o que compreendiam a respeito do acolhimento e alguns profissionais demonstraram visão mais ampliada e até empática, outros, porém, evidenciaram concepção limitada do acolhimento, remetendo à recepção do usuário. Agregando-se as diversas opiniões sobre o tema, observou-se familiaridade com o termo, conforme ilustram as falas a seguir:

*“Acolhimento é a recepção do usuário, é a escuta qualificada, saber qual é a demanda, o que é que ele está demandando da unidade, saber se pode ser resolvido apenas com uma orientação ou se precisa triar para passar em consulta médica, enfermeiro ou dentista, de acordo com o problema.” (ENFERMEIRA 1)*

*“[...] a gente que trabalha na unidade, ao facilitar o acesso do paciente à unidade, seja por meio de visita, atividades coletivas na área ou outra coisa que facilite o acesso. É isso.” (CIRURGIÃO-DENTISTA 3)*

*“Acolhimento é só a forma que a gente recebe o paciente que vem aqui. Eu entendo por isso.” (TECNICO/AUXILIAR EM HIEGIENE BUCAL 4)*

*“Entendo por colhimento es la recepción del paciente, víu? É que o paciente chega e seria então [...] Siempre pregunta lo estado general de el paciente, viu? [...] Preguntar cuál es la queja que tiene en este momento, como poderá ajudar ele [...] sería la tomada de su presión, temperatura, Y ver cómo se puede ir resolviendo sus problemas, viu?” (MÉDICA 11)*

No concernente às dimensões de acolhimento trazidas pelo Ministério da Saúde, como sendo prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde, os profissionais compreendem o acolhimento como um modo de receber bem o usuário na unidade, direcionando-o ou referenciando-o.

Foi possível evidenciar que, predominantemente essa concepção de acolhimento nas falas dos entrevistados. Averiguou-se que, apesar de a maioria dividir mesma concepção, ainda existem aqueles que valorizam a dimensão subjetiva do outro, o compreendendo em sua singularidade e como parte de um contexto cultural e socioeconômico, permitindo a visão mais ampla que um simples problema de saúde, como é observado nas falas abaixo:

*“[...] ele é muito importante, porque a pessoa chega na unidade, muitas vezes, com muitos problemas, né? Muitas vezes não está nem sentindo aquela dor, mas às vezes ela está passando dificuldade na casa dela e ela chega na unidade até para conversar [...] precisando de um carinho, de uma conversa, que muitas vezes não encontra em casa [...].” (ACS 1)*

É sabido que o acesso, recepção e triagem compõem a estrutura organizacional das unidades de saúde e devem ser realizados quando o usuário chega ao serviço, diferente do acolhimento, assim, não essas práticas não devem ser confundidas como é perceptível nas seguintes falas:

*“Mas aqui o acolhimento ele acontece principalmente por parte do atendente, né?” (ENFERMEIRA 1)*

*“Esse acolhimento, na verdade, não é direcionado a nós como agente de saúde. Essa parte aí fica na porta de entrada, com o pessoal que trabalha no balcão de atendimento, né? Com as atendentes.” (ACS 7)*

*“Primeiro eu cumprimento a pessoa, né? Dou bom dia, boa tarde, conforme o horário seja, e digo o procedimento que vou realizar, porque o acolhimento parte da recepção, né?” (TÉCNICO EM ENFERMAGEM 8)*

A partir das falas, percebe-se que o processo de trabalho ocorre de forma fragmentada e individualizada. Aponta-se como atribuição dos atendentes/receptionistas a preparação dos atendimentos, escuta das necessidades e expectativas dos usuários, portanto, o acolhimento. Percebe-se ainda que, com esse pensamento, o acolhimento é uma estratégia de trabalho restrita apenas aos limites internos da ESF.

*“[...] quando o paciente chega, a gente aborda ele, [...] pergunta se ele vai passar no médico, na enfermeira, o que é que está sentindo, para gente fazer tipo uma triagem [...].” (TÉCNICO EM ENFERMAGEM 2)*

*“Se ele chegar me pedindo qualquer tipo de informação, aí eu peço para ele entrar, peço para ele explicar o que é que tá acontecendo. Aí eu tento resolver o problema dele dando conselho [...].” (TÉCNICO EM ENFERMAGEM 6)*

*“[...] o acolhimento, de fato, não acontece! Porque os nossos pacientes, dos programas específicos são agendados, e eles são, por exemplo: gestante, hipertenso, puericultura... Eles já são agendados, né? E os pacientes, aqueles que vêm para demanda livre, eu juntamente com a atendente, a gente faz um agendamento e, assim, uma classificação de risco [...].” (ENFERMEIRA 3)*

No que tange à relação ao acolhimento como triagem dos usuários com a classificação de risco, verifica-se que os depoimentos acima apontam para uma fragmentação dos saberes, que deve ser trabalhada e discutida em reuniões da equipe. Identifica-se que, quando o acolhimento é também descrito como passagem de informações e orientações, os resultados são igualmente insatisfatórios, como se observa nas falas a seguir:

*“[...] a estratégia que a gente tem é o agendamento de toda a demanda. É uma das estratégias que a gente procura fazer dentro da unidade. [...] Assim a gente procura proporcionar o melhor acolhimento pra ele.” (CIRURGIÃO-DENTISTA 6)*

Os profissionais desenvolvem suas atividades semanais utilizando o cronograma como sinônimo de acolhimento. Perdem-se, a partir disso, as oportunidades de aproximação com usuário para a criação de vínculo, cumplicidade, escuta qualificada e acesso, que tanto são necessários no processo de cuidado. Apontam-se, ainda, estratégias para o controle do acesso aos serviços e organização para atender a demanda espontânea. Observe:

*“[...] nós temos [...] uno posto aquí na porta, una pancarta informativa que ella fala sobre atendimento que se faz por a parte de médico acá no PSF. [...] fala do atendimento, día que to acá con a crianza, el día que eres salud mental, el día que é para atendimento demanda libre e hacer mas cosa así, orientando el paciente que día ten que chegar aquí no [...] nosso PSF para procurar atendimento.” (MÉDICO 4)*

*“Antes de tudo eu cumprimento a pessoa, né? Faço sempre perguntas abertas, né? ‘A senhora está sentindo o quê? Aí eu deixo a pessoa contar tudo.’ (MÉDICA 9)*

Se posicionar respeitosa e humanamente ao tratar o usuário também foi apontado como prática cotidiana de acolhimento. Assim, compreendem que a resolutividade de problemas envolve tanto aspectos organizacionais do serviço, bem como a postura profissional mediante o usuário e suas demandas.

O relacionamento respeitoso e empático entre o profissional e o paciente possibilita o acolhimento do usuário em suas condições. Sabe-se ainda que uma assistência prestada com qualidade é fortemente influenciada pela habilidade de comunicação do profissional frente ao sujeito envolvido.

Quando questionados sobre as facilidades encontradas para acolher os usuários em suas demandas, identificaram-se os seguintes aspectos que influenciavam positivamente um acolhimento fácil e espontâneo:

*“Compreensão dos pacientes, né? Graças a Deus, os nossos pacientes são bastante compreensíveis, né?”* (ENFERMEIRA 2)

*“Assim, eu já acho que já conta o meu tempo de serviço. Já me ajuda, porque a experiência já nos coloca como mais aptas a atender aquilo ali, né?”* (TÉCNICA EM ENFERMAGEM 10)

*“Eu acho que las facilidades que eu encontro para acolher mejor aos usuários son los recursos necessários para atender de forma apropiada aos pacientes: medicamentos, privacidade, boa iluminação, ventilação... essas coisas.”* (MÉDICO 12)

*“O vínculo que eu tenho com a minha comunidade [é uma facilidade]. [...] Conhecê-los bem, eles confiarem em mim e eu ter respaldo pra isso, entendeu? De eu ser primeiro elo que eles vão correr atrás até pra falar da própria vida familiar, da própria vida pessoal dele.”* (ACS 11)

Quando paciente e profissionais se mostram dispostos e acessíveis ao diálogo, observa-se que a inviabilidade da assistência no momento passa a ser mais facilmente compreendida pelos usuários quando dá. Entretanto, que isso remonta ainda ao conhecimento e práticas limitadas sobre o acolhimento. Pode-se comprometer a atenção integral e dissolver a confiança do usuário com o serviço por não ter sido atendido no momento em que precisava.

Em relação às dificuldades, verifica-se que as equipes elencaram diversos desafios como o imediatismo, a falta de capacitação profissional, o desconhecimento dos usuários sobre o processo de trabalho na ESF, a grande demanda e a sobrecarga burocrática. Compartilharam-se muitas destas dificuldades entre as equipes, sobressaindo, entretanto, os aspectos relacionados aos usuários, conforme a seguir:

*“[...] a população dificulta o acolhimento porque ela quer um atendimento imediato. [...] O pessoal tem muito aquela coisa do imediatismo, né?”* (ENFERMEIRA 3)

*“[...] muitas vezes também o paciente não entende a dinâmica do PSF e cria confusão. Ai, se não tiver paciência, tem briga.”* (TECNICO EM ENFERMAGEM 3)

Também como fator que inviabiliza o acolhimento as sobrecargas pessoais de cada profissional. Sabe-se que o preenchimento do dia com atividades acumuladas e o estresse diário, bem como problemas de ordem pessoal e a necessidade de usufruir de vida social são algumas demandas que os profissionais precisam gerenciar. Entende-se que a capacidade de organização de cada item é algo muito particular e seu enfrentamento inadequado pode ocasionar desajustes, recaindo em consequências que podem afetar a relação profissional-usuário, conforme demonstra o seguinte relato:

*“[...] algum profissional que venha a ter algum tipo de problema para acolher. [...] Porque tem alguns profissionais que são complicados, são difíceis de lidar... São impacientes, estão cansados, estressados e, às vezes, acolhem o paciente da forma indevida, né? Não escuta bem, né?”* (ENFERMEIRO 1)

Também o não comparecimento dos usuários às consultas devido à visão errônea de buscar o serviço somente em situações de urgência, como ilustrado a seguir:

*“[...] posso dizer que [as dificuldades para o acolhimento] são mais em relação ao paciente que não quer ser atendido. A gente faz de tudo, a gente disponibiliza muitos meios dele ser atendido, sem muita burocracia e não precisar vim marcar aqui, mas tem gente que não quer!” (CIRURGIÃO-DENTISTA 3)*

*“Às vezes você marca e ele não vem. Isso é uma grande dificuldade. Eles fazem a fila, você marca e, no dia do atendimento, eles não vêm.” (TECNICO EM HIGIENE BUCAL 7)*

Situações como essas normalmente podem relacionar-se ao desconhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde bucal e prevenção dos agravos orais, ou ainda remeter a um pensamento sólido de uma odontologia mutiladora. Neste sentido, é imprescindível a orientação destes aspectos aos usuários.

Na literatura apresenta-se consenso quanto aos sentidos sobre o acolhimento, que vão desde recepção do usuário até a atenção resolutive de seus problemas. Porém, mesmo diante de variados conceitos e definições, todos confluem para descrições que abordam o acolhimento como uma diretriz do processo de trabalho direcionada ao usuário, que organiza os serviços de saúde, visando à garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde e ao atendimento mais humanizado<sup>(5-6-10)</sup>.

Em estudo semelhante, verifica-se que os profissionais compreendem o acolhimento ainda de forma muito restrita, relacionando tal fato à falta de capacitação desses profissionais quanto às diretrizes da PNH antes de ingressarem no mercado de trabalho<sup>(6-11)</sup>.

No cotidiano das unidades das ESF, sabe-se que, adaptam-se várias atividades às condições da unidade, por isso, confundem-se com o acolhimento, como acontece com as ações realizadas na recepção para ouvir e conversar com usuários e/ou resolver os seus problemas. Salienta-se que, todos os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde precisam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes para este tipo de atendimento<sup>(12)</sup>.

Portanto, reconhece-se o acolhimento como uma fase do atendimento nos serviços de saúde. Busca-se, desde a criação da PNH, visibilidade quanto a sua importância e conceitos próprios, para além da definição limitada de recepção do usuário<sup>(13-14)</sup>.

Por conseguinte, deve-se compreendê-lo como um exercício diário dos profissionais a ser ativamente praticado por todos e entre todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho. Assim, não se deve atribuí-lo como atividade específica de um determinado profissional<sup>(6-15)</sup>.

Assim, faz-se necessário esclarecer que a triagem com classificação de risco é abordada na PNH, com a finalidade de otimizar o atendimento. Identifica-se, através dessa estratégia, o grau de necessidade do usuário por meio de avaliação clínica criteriosa para se ordenar sua prioridade de atendimento. Entende-se, portanto, que deve ser realizado por profissional capacitado em um protocolo de avaliação previamente definido. Tenta-se, com isso, substituir o conceito tradicional de triagem, caracterizado por usuários atendidos por ordem de chegada, demanda de pacientes disposta em filas extensas e, muitas vezes, exclusão e atendimento insuficiente<sup>(16-17)</sup>. Compreender o acolhimento como um esforço multiprofissional, envolvendo os usuários e a coletividade, não o restringindo apenas a agendamentos<sup>(18)</sup>.

O número de atendimentos limitados, além da determinação de dia específico para agendar consulta e atender cada faixa etária como medidas desnecessárias e até injustas. Compreende-se, então, que a limitação no número de atendimentos representa uma forma de trabalho fundamentada na divisão de responsabilidades e tarefas<sup>(19)</sup>.

Cabe considerar que diversas vezes o paciente se apresenta frágil e inseguro pelo estado de saúde e necessidade de ajuda. Para além disso o profissional deve ser cauteloso, saber falar e também ouvir, concentrando-se no paciente e mantendo postura neutra, para favorecer o conforto, a confiança e a segurança. Portanto, compreende-se que a excelência profissional está mais relacionada à forma de tratamento do paciente como ser humano, respeitando suas opiniões e dialogando sobre a melhor forma de conduzir suas demandas de saúde<sup>(20)</sup>.

Para que as experiências adquiridas em decorrência do enfrentamento das situações difíceis e inesperadas do trabalho favoreceram o aprendizado tão quanto o conhecimento teórico. Aponta-se, então, que os saberes da experiência instrumentalizam o profissional a partir do que se vivencia e aprende cotidianamente com os outros e consigo mesmo<sup>(21)</sup>.

Tais experiências também contribuem para o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito entre os profissionais e usuários, essencial como parte organizacional do processo de trabalho quando da correspondência às necessidades dos usuários<sup>(22)</sup>. Enfatiza-se que o vínculo como diretriz para a construção da integralidade na ESF se representa como uma ferramenta importante na construção de elos entre os profissionais e usuários<sup>(23)</sup>.

Muito embora as condições do ambiente não forem agradáveis e adequadas às expectativas dos usuários e profissionais, podem acarretar frustração e insatisfação para ambos, caracterizando outro fator negativo no processo de acolhimento<sup>(24)</sup>.

Nesse contexto, o conhecimento dos usuários sobre o serviço de saúde associa-se ao protagonismo de cada indivíduo diante das situações. Acredita-se que práticas de educação desenvolvidas com a população torna o indivíduo mais disposto ao acordo e mais ativo na busca de melhorias. Ressalta-se, nesse contexto, que para que ocorra uma prática educativa dialógica, é indispensável estabelecer a participação da comunidade nas ações da unidade, vista que protagonismo destes pode levar à melhorias na qualidade dos cuidados de saúde<sup>(25)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desse modo nota-se que a concepção de acolhimento ainda é fragmentada, contribuindo para o distanciamento da integralidade da saúde e que, possivelmente, esta lacuna se relaciona à compreensão equivocada do conceito de acolhimento, como se observou em muitos discursos.

Destarte, ainda que, no processo de trabalho das equipes, a compreensão de acolhimento é incumbência dos atendentes e/ou recepcionistas, ficando esta prática restrita ao ambiente interno da unidade. Assim, evidenciou-se a grande fragilidade existente nas ações cotidianas dos profissionais, distanciando-os cada vez mais de conduta acolhedora. Ressalta-se, portanto, que o trabalho deve pautar-se na construção e fortalecimento do vínculo com os usuários, na confiança e no respeito, elementos essenciais à garantia de uma assistência mais humanizada e com elevado nível qualidade.

Logo, deve-se compreender que o acolhimento ainda se configura como um grande desafio na estruturação de um cuidado integral na Atenção Primária à Saúde, apesar de reconhecê-lo como essencial para construção de vínculos, satisfação dos usuários, bem como para a instrumentalização e operacionalização da gestão dos serviços de saúde. Ademais, acredita-se que a mobilização para a formação dialógica de profissionais para o acolhimento pode também reconfigurar a concepção dos usuários a respeito ESF como um espaço de pronto atendimento, contribuindo para solidificar a Atenção Primária à Saúde brasileira.

Por fim, aponta-se como principal limitação do estudo a recusa significativa de profissionais em participar do estudo. Sugere-se, concernente às mudanças no cenário da saúde brasileira, que o processo de acolhimento seja elencado em pesquisas e debates posteriores, uma vez que esse se figura com relevância diante de uma assistência integral.

## REFERÊNCIAS

1. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Health surveillance at the SUS: development, effects and perspectives. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6): 1811-1818. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09032018>
2. Santos NR. 30 years of SUS: the beginning, the pathway and the target. *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6): 1729-1736. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>
3. Cunha ATR, Vilar RLA, Melo RHV, Silva AB, Rodrigues MP. Percepções De Usuários Sobre Humanização Na Estratégia Saúde Da Família: Um Estudo Ancorado Na Teoria Da Dádiva. *Rev Ciênc Plur*. 2018; 3(3):16-31. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13094/9350>
4. Reis-Borges GC, Nascimento EM, Borges DM. Impact of National Humanization Policy in the Family Health Strategy. *Distúrb comum*. 2018; 30(1): 194-200. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i1p194-200>
5. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. User embracement in the Family Health Strategy in Brazil: an integrative review. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2):144-9. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>
6. Medeiros FA, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction. *Rev. salud pública*. 2010; 12(3): 402-413. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en)
7. Carvalho FLO, Rodrigues WP, Pereira RSF, Fraga FV, Brandão IM. HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE CIPÓ – BA. *Revista de Saúde ReAGES*. 2018; 1(3): 2-16. Available from: <http://npu.faculdadeages.com.br/index.php/revistadesaude/article/view/113/93>
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
10. Baião BS, Oliveira RA, Lima VVPC, Matos MV, Alves KAP. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. *Rev APS*. 2014;17(3):291-302. Available from: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15197/8021>
11. Silva Filho, JA, Bezerra AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. *Id on Line Id on Line Rev Mult Psic*. 2018; 12(40): 613-627. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1138>
12. Masson N, Falcão A, Velo MMAC, Pereira AC. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2015; 17(2): 103-110. Available from: <http://www.publicacoes.ufes.br/RBPS/article/view/13194/9244>
13. Machado LM, Colomé JS, Silva RM, Sangoi TP, Freitas NQ. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. *Rev pesqui cuid fundam (Online)*. 2016; 8(1): 4026-4035. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4026-4035>
14. Tocchi ASS, Costa ECNF. A gestão em saúde após a política nacional de humanização no Sistema Único de Saúde – SUS. *REV UNINGÁ*. 2014; 40(01): 197-206. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1158>
15. Silva AF, Florencio RMS, Queiroz AM, Santos EM, Carvalho LC, Fernandes JD, et al. TREATMENT OF THE PERSON IN MENTAL SUFFERING IN PRIMARY CARE. *Rev enferm UFPE on line*. 2018; 12(9): 2459-69. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234705/29945>
16. Prudêncio CPG, Monteiro RAN, Ribeiro BCM, Gomes MSM, Manhães LSP. Percepção de enfermeira (o) s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Rev baiana enferm*. 2016; 30(2); 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i2.14917>
17. Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, Schneider P, Alves TF, Acosta AS. Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS). *Enferm Actual Costa Rica*. 2018; (35): 103-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>
18. Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. WELCOMING SERVICES: TRIAGE OR STRATEGY FOR UNIVERSAL HEALTH ACCESS? *REME rev min enferm*. 2014; 18(4):815-822. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140060>
19. Norman AH, Tesser CD. Access to healthcare in the Family Health Strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saúde soc*. 2015; 24(1): p.165-179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>
20. Suguiyatsu LCF, Campos LFLCM, Geara LF, Simões JC. A arte de ouvir o paciente. *Rev Med Res*, 2012; 14(4):256-259. Available from: <http://www.cmrp.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/320/310>
21. Aued GK, Bernardino E, Peres AM, Lacerda MR, Dallaire C, Ribas EN. Clinical competences of nursing assistants: a strategy for people management. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1): 142-149. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690119i>
22. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2018; 28(02); e280206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280206>
23. Peruzzo HE, Bega AG, Lopes APAT, Haddad MCFL, Peres AM, & Marcon SS. The challenges of teamwork in the family health strategy. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(4): e20170372. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
24. Silva Filho JÁ, Rodrigues CKS, Moreira MRL, Araújo NR. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectiva do usuário. *Cad Cult Cienc*. 2017 Dez; 16(2): 45-58. Available from: [http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/1545/pdf\\_1](http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/view/1545/pdf_1)
25. Almeida RE, Moutinho CB, Leite MTS. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. *Interface comun saúde educ*. 2016 June [cited 2019 Jan 29]; 20(57): 389-402. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0128>