

Escuta e valorização dos usuários: concepções e práticas na gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família

Listening and valuing clients: conceptions and practices in the care management in the Family Health Strategy

Tacyla Geyce Freire Muniz Januário (<https://orcid.org/0000-0002-4946-9382>)¹
Leilany Dantas Varela (<https://orcid.org/0000-0002-6317-5807>)¹
Kaline Nayanne de Souza Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-0722-4686>)²
Rauana dos Santos Faustino (<https://orcid.org/0000-0002-8779-4151>)³
Antonio Germane Alves Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-4897-1178>)¹

Abstract We aimed to analyze the practices of receiving, bonding, and shared responsibility in producing care in the Family Health Strategy. This qualitative, exploratory study in the dimension of hermeneutics-dialectics was conducted from August and November 2021 in Iguatu, Ceará, with 25 professional coordinators of the Family Health Strategy teams. A semi-structured interview was adopted to collect data. We identified different conceptions among the coordinators about reception and bonding. We shared responsibility: conceptual aspects linked to the experimental care practice mode the team experienced, the aspects that intervened in these processes, and the relationships built through care management and production. We evidenced contributions to evaluating and improving care management and production in the Family Health Strategy and the Unified Health System (SUS). Reception, bonding, and shared responsibility were proven potential tools in qualifying care management in the Family Health Strategy. Improving professional skills and investing in relational technologies are required for humanized health practice.

Key words Unified Health System, Family Health Strategy, Humanized Care

Resumo Objetivou-se analisar as práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização na produção do cuidado da Estratégia Saúde da Família. Estudo exploratório de natureza qualitativa, na dimensão da hermenêutica-dialética, realizado entre agosto e novembro de 2021, em Iguatu, Ceará. Participaram 25 profissionais coordenadores das equipes da Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se entrevista semiestruturada para coleta de dados. Identificaram-se diferentes concepções entre os coordenadores sobre acolhimento, vínculo e corresponsabilização, sendo eles: aspectos conceituais ligados ao modo de experiência das práticas de cuidado vivenciadas pela equipe, e os aspectos intervenientes nesses processos e nas relações construídas na gestão e produção do cuidado. Evidenciaram-se contribuições para a avaliação e o aprimoramento da gestão e produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família e no Sistema Único de Saúde. As práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização mostraram-se como ferramentas potenciais na qualificação da gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Considera-se que o aperfeiçoamento das habilidades profissionais e o investimento nas tecnologias relacionais são exigências para a prática humanizada em saúde.

Palavras-chave Sistema Único de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Humanização da Assistência

¹ Universidade Regional do Cariri (URCA). Rua Cel. Antônio Luiz 1161, Pimenta. 63105-010 Crato CE Brasil.

tacyla.muniz@urca.br

² Prefeitura Municipal de Iguatu. Iguatu CE Brasil.

³ Prefeitura Municipal do Barro. Barro CE Brasil.

Introdução

As práticas cotidianas do cuidado em saúde exprimem as transformações históricas na assistência e gerência do cuidado. Nas relações humanas, esse processo é potencializado na utilização de dispositivos – entre eles, o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização. O objeto de estudo se delimitou nas concepções e práticas da gestão do cuidado no território da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A dimensionalidade do cuidado por meio dos dispositivos exige reflexão e criticidade. Para isso, é necessário estar sensível ao desenvolvimento de práticas que consideram interconexões e intercorrências envolvidas no processo de cuidar¹. Os processos de gerenciamento e assistência são indissociáveis na gestão do cuidado em saúde.

A gestão do cuidado é dinâmica e complexa, mas capaz de ajudar a modificar o processo de trabalho. É um sistema de cuidado indispensável para a qualificação da assistência, que transversaliza os diferentes contextos da saúde, potencializa a atuação articulada entre profissionais, e relaciona as questões sociais e políticas dos territórios com implicações à prática clínica. A produção do cuidado ocorre a partir dos encontros entre trabalhadores e usuários – componentes centrais do cuidado –, visando autonomia para a tomada de decisão compartilhada. Dessarte, o planejamento do cuidado foca na resolutividade, no vínculo, na corresponsabilização, na equidade e na integralidade²⁻⁴.

O entendimento sobre acolhimento, vínculo e corresponsabilização tornou-se necessário para aprimorar as ações de cuidado no território. Tais processos potencializam o cuidado em busca da resolutividade da atenção e a intersubjetividade das práticas; ou seja, na promoção de relações humanas afetivas em saúde. Embora, a aplicação dos dispositivos seja recomendada pela Política Nacional de Humanização⁵, a prática no cotidiano dos serviços de saúde carece desta ampliação clínica, diversidade assistencial e participação social.

O acolhimento possibilita reconhecer a legitimidade e a singularidade no que o outro necessita. Exercê-lo requer escuta qualificada, compromisso e vínculo entre os atores envolvidos. É uma estratégia fundamental para promover mudança no processo de trabalho, reestruturação dos serviços de saúde e resolutividade do cuidado, possibilitando relações harmônicas⁵⁻⁷.

O vínculo também é um dispositivo importante e necessário nos processos de trabalho,

que visa afinidade interpessoal e bom relacionamento entre profissional e usuário, sendo capaz de estimular a autonomia deste no processo terapêutico. Contudo, a burocracia nos serviços e excesso de trabalho ameaçam a visualização e a valorização do profissional, o que deveria existir como requisito para o funcionamento do serviço, em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado^{8,9}.

A corresponsabilidade apresenta-se como um qualificador do cuidado, que implica o envolvimento dos profissionais de saúde, usuário e sua família nos planos e ações terapêuticas, e também na articulação entre serviços de saúde e de apoio. A ausência de um desses atores no processo do cuidado reitera o cuidado fragmentado^{10,11}.

Práticas de cuidado acolhedoras são capazes de promover vínculo, e a corresponsabilidade direciona a resolutividade e a integralidade do cuidado. Entraves nesses processos dificultam o fornecimento de orientações básicas, atenuações de angústias e dúvidas dos usuários e seu relacionamento com a equipe, fragilizando e desqualificando o cuidado em saúde.

Ao reconhecer as fragilidades e potencialidades nas ações durante a gestão do cuidado, torna-se possível o aprimoramento da atenção integrada, singular, holística e uniforme, com impacto positivo na qualidade dos serviços e satisfação dos usuários¹²⁻¹⁴. A produção do cuidado se operacionaliza com dispositivos relacionais que podem potencializar a integralidade em saúde.

Objetivou-se analisar as práticas de acolhimento, vínculo e corresponsabilização na produção do cuidado da Estratégia Saúde da Família.

Método

Optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa na dimensão da hermenêutica e dialética, com proposição metodológica na pesquisa exploratória. O método qualitativo identifica aspectos multifatoriais presentes na natureza dos dados – do subjetivo ao relacional –, focado na intensidade vivencial¹⁵.

O estudo foi realizado em Iguatu, município da região Centro-Sul do estado do Ceará. Esse município possui cobertura de 100% da população pela ESF, com atuação de 36 equipes. Inovou na implantação do “Programa Saúde da Família”, na década de 1990, com alcance resolutivo no sistema local de saúde, sendo pioneiro no método de territorialização, em 1987, apoiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁶.

Os participantes foram os coordenadores das equipes de ESF do município. Esta função é desempenhada pelos enfermeiros integrantes das equipes. Estes, foram convidados a participar do estudo, conforme critérios de inclusão: ter experiência mínima de seis meses na ESF e pelo menos três meses na ESF atual; estar em pleno exercício da profissão durante o período de coleta de dados.

Foram convidados para participar do estudo 38 coordenadores das equipes da ESF do município. Destes, oito foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. E, cinco não participaram por excederem o máximo de cinco tentativas para agendamento de entrevista. Por fim, a amostra foi composta por 25 coordenadores. Aos participantes, deu-se o nome de Gestor UBS 1, Gestor UBS 2, e assim sucessivamente, até Gestor UBS 25.

A coleta dos dados ocorreu entre agosto e novembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada. O instrumento de coleta pertence à pesquisa “Produção do Cuidado na Estratégia Saúde da Família: práticas, afetos, tecnologias e avaliação”, do qual foram utilizadas informações pertinentes à gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família, com ênfase no acolhimento, vínculo e corresponsabilização. O roteiro da entrevista foi estruturado contendo perguntas relacionadas à produção do cuidado na ESF e condições crônicas de saúde, sendo duas delas utilizadas neste estudo. As falas foram registradas por meio de gravações autorizadas previamente pelos participantes.

A análise e interpretação dos dados ocorreram à luz da hermenêutica-dialética, por meio da interpretação compreensiva e crítica da realidade, e elaboração de ideologias. A hermenêutica-dialética propõe a valorização das convergências e divergências das falas, assim como as complementaridades e diferenças presentes nestas. Enquanto a hermenêutica procura atingir o sentido e o acordo, a dialética enfatiza o que é diferente, o contraste e a criticidade^{15,17-19}.

Operacionalmente, o processo analítico seguiu nas seguintes etapas: organização, classificação e análise final dos dados.

Durante a organização dos dados, ocorreu a identificação do material por meio da transcrição e leitura, possibilitando a visualização horizontal dos achados. As falas foram ouvidas e lidas várias vezes, para identificar as unidades de sentido. Na classificação, fez-se a síntese vertical e horizontal de cada unidade, com base em recortes textuais das falas que basearam as sínteses. Os fragmentos

das falas foram agrupados em envelopes, metaforicamente representando as “gavetas”, à luz de Minayo¹⁵.

Posteriormente, mediante sínteses horizontais, estabeleceram-se as categorias analíticas em movimentos de convergência e divergência, complementaridades e diferenças. A partir da leitura transversal do conteúdo das categorias analíticas estabelecidas e síntese horizontal, obtiveram-se os dados empíricos do estudo. A análise final dos dados permitiu desvendar o conteúdo das falas, com o auxílio do material referencial disponível. Utilizou-se de técnicas associadas à contribuição de autores, experiências dos pesquisadores, seus conhecimentos e vivências.

A pesquisa respeitou as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e às orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em sua Carta Circular nº 1, de 2021, com orientações para pesquisas de qualquer etapa em ambiente virtual^{20,21}. Os participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos princípios éticos. A realização da pesquisa foi aprovada com anuência da Secretaria de Saúde do Município de Iguatu, no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URCA, sob Parecer nº 4.498.440.

Resultados

Analisaram-se as concepções de 25 coordenadores das unidades sobre a gestão do cuidado na ESF, todos enfermeiros, sendo três do sexo masculino e 22 do sexo feminino. 24 coordenadores trabalhavam há mais de um ano nas respectivas unidades de saúde e somente um deles há menos de um ano. Quanto à titulação, 20 participantes possuíam especialização em Saúde da Família e/ou Saúde Coletiva, três possuíam o mesmo nível de titulação em outras áreas de atuação e um somente com graduação.

Emergiram-se aspectos importantes ao campo de debate da ESF no SUS. As produções falas foram interpretadas e categorizadas no sentido contributivo para a avaliação e o aprimoramento da gestão e produção do cuidado nesse contexto.

O acolhimento como encontro e escuta em busca da resolutividade

Evidenciou-se a concepção de acolhimento como ato de receber satisfatoriamente o usuário no serviço. Tal indicativo foi compreendido enquanto um processo que se iniciava desde a

entrada do usuário na unidade e permanência em todos os atendimentos subsequentes, oportuno para construir confiança, orientar e incentivar adesão às condutas:

Acolhimento é o momento em que o usuário chega à unidade de saúde [...] a maneira como você recebe e dá orientações (Gestor UBS 4).

Acolhimento é aquele primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, quem vai recebê-lo, como vai recebê-lo, como vai dar seguimento. [...] como vai ser orientado e direcionado (Gestor UBS 17).

[...] entendo como acolhimento o ato de recebermos de maneira satisfatória e atenciosa os usuários, buscando atender às suas necessidades (Gestor UBS 24).

[...] Eu acho o acolhimento importante porque, a partir dele, você gera confiança do usuário com os serviços. Fica até mais fácil para que esse usuário tenha uma boa adesão às condutas [...] (Gestor UBS 5).

Os participantes conceberam que o acolhimento se concretiza mediante a escuta qualificada, capaz de valorizar o que os usuários trazem como demanda. O modo de acolher deve associar-se à busca pela resolutividade. Nesse sentido, considerou-se a importância do retorno da informação ao usuário referente à sua necessidade:

O acolhimento eu entendo como a escuta qualificada, né? Com atenção e respeito, valorizando aquilo que o usuário traz (Gestor UBS 1).

[...] é necessário que tenha uma pessoa que escute e acolha o problema ou demanda desse usuário e tente resolver. Ou encaminhando para algum outro serviço, ou direcionando para alguma consulta, ou vacina, ou curativo, de acordo com a demanda por ele solicitada (Gestor UBS 7).

Mesmo que a gente não tenha a capacidade de resolver, mas que a gente acolha aquela queixa e tente de alguma forma dar uma resposta (Gestor UBS 9).

É acolhido e direcionado, dependendo da demanda procurada (Gestor UBS 24).

Em complemento, emergiu a concepção sobre o processo de acolhimento como ferramenta para organização do atendimento pelo serviço de saúde, ao qual deve proporcionar uma relação equânime e resolutiva da oferta do cuidado com atenção para as necessidades e demandas de cada usuário:

Eu entendo o acolhimento como ferramenta de organização da fila de espera, onde os usuários que precisam mais serão atendidos com prioridade e não por ordem de chegada (Gestor UBS 23).

O acolhimento na construção de vínculo e responsabilização do cuidado em saúde

Em convergência, a prática do acolhimento foi percebida como uma postura multiprofissional em processos colaborativos de trabalho:

O acolhimento pode ser feito por qualquer profissional (Gestor UBS 19).

Assim que o usuário chega, a primeira pessoa com quem ele entra em contato é com a atendente, né? [...] ela faz todo o acolhimento e encaminha para o médico, enfermeiro, para o técnico, o profissional de saúde da área (Gestor UBS 4).

O acolhimento é um artefato importante e oportuno para a formação do vínculo. O modo como os profissionais receberam os usuários e a disponibilidade do profissional para atender suas demandas foram capazes de estabelecer o vínculo, mediado pelo respeito e a confiança entre profissional-usuário:

O usuário percebe em nós a receptividade, a vontade de ajudá-lo e assim a gente consegue estabelecer esse vínculo de respeito e confiança (Gestor UBS 1).

O acolhimento é o momento de receber o usuário gerando confiança para que ele expresse sua real necessidade e seja direcionado para o atendimento necessário (Gestor UBS 10).

A construção de relações mediadas por comportamentos empáticos, afetivos e confiáveis foi entendida como vínculo. A aproximação entre a população adscrita e os profissionais de saúde estabeleceu um elo de reconhecimento dos usuários assistidos e a responsabilidade assumida pela equipe na unidade:

O vínculo consiste na construção das relações de afetividade, de confiança entre profissional de saúde – no caso, enfermeiro – e nossos usuários (Gestor UBS 23).

[...] o vínculo é você ter aquela aproximação com a comunidade, com todo mundo (Gestor UBS 2).

O vínculo que nós temos com todos esses usuários, dentro do possível é... conhecer as pessoas que são assistidas pela equipe [...] (Gestor UBS 11).

A partir de um acolhimento, se estabelece um vínculo com responsabilidade (Gestor UBS 18).

Em complemento, a fragilização das relações de vínculo entre equipe-usuário nas práticas de cuidado é ocasionada pela frequente rotatividade de profissionais, por vezes, proposta pelas atitudes de gestão:

Com relação ao vínculo, também acho muito importante, porque também, o vínculo, ele leva uma confiança e é uma das ferramentas que eu

acho mais importante na estratégia, apesar que eu vejo que a gestão não valoriza tanto esse vínculo, que quase todos os anos há proposta de fazer rodízio, então não vejo essa valorização por parte dos gestores (Gestor UBS 5).

A corresponsabilidade é compreendida não apenas como inerente à equipe de trabalho ou profissionais do cuidado, mas também como uma esfera multidimensional, a partir da participação de múltiplos atores no cuidado. O próprio usuário, a equipe de profissionais, a família, a gestão e a comunidade foram os principais atores citados como responsáveis pelo compartilhamento das diversas responsabilidades presentes no cuidado com a saúde:

Corresponsabilização: a equipe de saúde é responsável pelo tratamento do usuário (Gestor UBS 24).

Corresponsabilização é o compartilhamento de responsabilidade entre profissional de saúde e usuário. É uma construção conjunta de cuidado (Gestor UBS 23).

[...] e a corresponsabilização é lembrar que todo mundo tem responsabilidade no problema de saúde daquela pessoa, não só a enfermeira, não só o médico, mas a secretaria de saúde, o próprio usuário, a comunidade (Gestor UBS 2).

A corresponsabilização... eu acho que uma coisa está interligada com a outra, né? Quando você cria aquele vínculo, você cria aquela corresponsabilidade com o usuário, aquela responsabilidade de acolher o usuário, de atender, de dar a informação correta (Gestor UBS 12).

Na prática clínica, a corresponsabilização é o ápice do processo, sendo mais facilmente estabelecida quando houver oferta do acolhimento e estabelecimento do vínculo, tornando um processo dependente do outro.

Discussão

Os achados sobre as concepções relacionadas ao acolhimento, vínculo e corresponsabilização se dispuseram em suas fragilidades e potencialidades. No cotidiano do trabalho, a produção do cuidado em saúde se desvelou entre as práticas cotidianas e as relações estabelecidas na gestão do cuidado. Apresenta-se a crítica refletida nos sentidos expressados pelos gestores da Estratégia Saúde da Família e o insuficiente alcance dos princípios organizacionais com a práxis no SUS.

Em uma dimensão comunicativa, o acolhimento esteve relacionado apenas a receber o usuário na unidade como um ato da equipe durante

suas práticas, causando empobrecimento do sentido mais amplo do que seja acolhimento, pois acolher deve ir além, e estar presente em todas as relações de cuidado. A postura acolhedora deve ocorrer nos encontros reais – no ato de receber, escutar e direcionar –, não somente na receptividade, sendo fundamental o interesse na demanda do usuário, responsabilizando-se integralmente por ele²².

Complementa-se que o primeiro contato, quando bem conduzido, por meio de escuta efetiva e resolutividade, oportuniza a satisfação do usuário pelo serviço, sendo imprescindíveis a humanização e a tomada de decisões. Oportuniza reflexões acerca da importância da ampliação das habilidades e competências técnico-científicas, a fim de aprimorar as posturas e condutas dos profissionais durante o primeiro contato, em busca da escuta efetiva e resolutiva aos pares^{23,24}.

Em contraposição, a persistência de significar o acolhimento à escuta qualificada interfere no alcance da resolutividade, contudo o profissional deve comprometer-se com a escuta. Nessa ótica, a PNH considera que, por intermédio dela, o acesso adequado às necessidades do usuário pode ser garantido e as chances de efetividade do cuidado se ampliam. Mediante a escuta qualificada, a humanização se concretiza e as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas dos sujeitos são mais facilmente visualizadas^{5,25-27}.

Embora o acolhimento seja capaz de modificar as práticas dos serviços, até o momento é pouco exercido em decorrência de aspectos que dificultam as ações. Indica-se a classificação de risco como ferramenta útil para humanizar a assistência, tornando-a acolhedora e resolutiva. Estratégias de educação permanente e educação em saúde constituem-se potenciais transformadores dessa realidade^{28,29}.

Dialeticamente, as potencialidades e fragilidades para a produção do cuidado foram notadas com aproximações e distanciamentos do acolhimento preconizado pela PNH. O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, quando alguns princípios são considerados, entre eles, deslocar-se de um eixo central para a equipe multiprofissional. Assim, é capaz de atender adequadamente as demandas dos indivíduos e suas singularidades, pois a efetiva integralidade da assistência ao usuário e a resolução dos problemas se ampliam⁵.

Desafios como demanda superior à preconizada, falta de ambiente para realizar escuta qualificada, ausência de recursos básicos e humanização da equipe, são consideradas situações

intervenientes. Estas são enfrentadas por trabalhadores de saúde para desenvolverem o acolhimento nas unidades³⁰.

Diferente do que se preconiza nas diretrizes da PNH, as ações de acolhimento centralizadas em uma categoria profissional geram processos de trabalho fragilizados e fragmentados. Exige-se do trabalhador do SUS, reconhecer a concepção ampliada do acolhimento e as diretrizes político-institucionais na organização interprofissional das práticas. Ao se propor iniciativas de educação permanente em suas dimensões de atenção, gestão, controle social e formação, espera-se a mudança e inovação dos processos de cuidado na APS³¹⁻³³.

Em coerência aos achados, o acolhimento é uma performance de possibilidade para a criação e manutenção do vínculo. Em uma multiplicidade causal, o vínculo entre usuário-profissional é mais facilmente estabelecido pelo compartilhamento e acolhimento da equipe em situações de angústias e frustrações do usuário diante da insatisfação com o serviço de saúde. Tal prática, potencializa a confiança nas relações e encontros acolhedores^{34,35}.

Quanto à fragilidade, a rotatividade de profissionais das equipes da ESF interfere nas relações de vínculo, pois esta situação implica no rompimento da relação entre profissional-usuário, redução da longitudinalidade e fragilização do cuidado em saúde. Impõe-se a avaliação de serviços do SUS com análise, participação e reflexão crítica sobre estas condicionalidades cotidianas^{36,37}.

Na gestão do cuidado, também sobressai a corresponsabilidade das dimensões gerenciais das ações de saúde. As decisões gestoras se atravessam nas fragilidades das equipes de saúde em seus processos de trabalho, bem como podem transversalizar as potencialidades do cuidado em saúde para a qualidade e integralidade da atenção. O reconhecimento dessas práticas e a valorização do trabalho incentivam a melhoria do cuidado ofertado. A educação permanente se torna relevante para transformação deste contexto e seus atores sociais^{33,35}.

Ao se tratar da corresponsabilização, percebeu-se a carência de compreensão dos participantes sobre o cuidado multidimensional. Se houvesse reconhecimento do processo saúde-doença como de fato é – complexo –, entender-se-ia a necessidade de ampliação da clínica e compartilhamento de cuidados entre equipe, serviço, gestão, usuário e família^{5,38}.

Estudos identificaram que a flexibilização nas práticas e ampliação do cuidado impulsionam

a corresponsabilização, favorecem o vínculo e o cuidado qualificado, embora os protocolos assistenciais sejam importantes para a rotina de trabalho. Desse modo, a corresponsabilização apresentou-se como dimensão proativa para flexibilizar a rotina de trabalho protocolar e construir vínculo, sendo transformador e qualificador das práticas e saberes¹⁰.

Dispõem-se evidências sobre humanização ao se enunciar a dificuldade para sensibilizar o envolvimento e a responsabilidade dos atores nos planos e ações terapêuticos que ainda reiteram o trabalho fragmentado. Sendo assim, o sofrimento do usuário pode ser maximizado, e sua capacidade de enfrentamento dos problemas desestimulada. Como reflexo da fragmentação, têm-se as relações de poder e cuidado expressadas na redução da autonomia do usuário^{11,39}.

Por fim, tal qual em um entrelace, o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização mostram-se interligados no processo vivencial das práticas de cuidado, condutores um do outro na gestão e produção do cuidado. São capazes de oportunizar a produção do cuidar diferenciado, mediado pelo trabalho vivo com base em tecnologias leves/relacionais, e reorientar o modelo assistencial na direção da integralidade^{40,41}.

Em sentidos interpretativos de um cotidiano complexificado pelas relações de cuidado em saúde, a ESF desvela em suas práticas de gestão e atenção, uma possibilidade para a integralidade. Entretanto, as limitações operacionais com base nas ações possíveis das equipes, ainda demandam ampliações para a multiplicidade de um olhar para a saúde.

Considerações finais

As concepções sobre acolhimento, vínculo e responsabilização identificadas evidenciaram que os gestores das unidades de saúde compreenderam o acolhimento como um processo, porém sem efetividade. Essa situação decorre da forma lenta e irregular que é operacionalizado, devido às fragilidades relacionadas aos aspectos cotidianos do trabalho em saúde durante a produção do cuidado.

A corresponsabilização emergiu nas falas como um pressuposto teórico, mas sem apropriação na prática profissional. O vínculo e o processo de vinculação estavam centrados na construção de relações entre equipe, comunidade e território. O pertencimento operacionalizado pelo cadastramento dispara essas vertentes

relacionais, que se complementam na gestão e produção do cuidado.

Como limite desta pesquisa, aponta-se a dimensão narrativa apenas dos coordenadores de unidades básicas da ESF, ao que se indica o desenvolvimento de estudos com participação ampliada de equipes e usuários. Metodologicamente, recomenda-se a continuidade do caráter participativo com a dimensão estratégica do planejamento.

Uma equipe de Saúde da Família pode incorporar as práticas de acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização enquanto ferramentas potenciais para a qualificação da gestão do cuidado

na ESF. O planejamento torna-se ferramenta indispensável para a execução de práticas de cuidado no território com participação social.

As concepções de “humanização” devem ser ressignificadas para a aplicabilidade no contexto de trabalho em saúde. De fato, é preciso reconhecer as pessoas em suas relações de vida, talvez o maior desafio para qualificar as práticas assistenciais com integralidade durante a produção do cuidado na ESF. Os dispositivos intensificam a aplicação das recomendações da PNH no cotidiano das equipes em suas relações de cuidado, gestão e atenção.

Colaboradores

TGFM Januário trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final. LD Varela trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final. KNS Oliveira trabalhou na redação e revisão final. RS Faustino trabalhou na redação e revisão final. AGA Pinto trabalhou concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação e revisão final.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), através do Programa de Bolsa de Produtividade em Pesquisa, Estímulo à Interiorização e Inovação Tecnológica (BPI) processo nº BP4-0172-00041.01.00/20.

Referências

1. Miranda AVS, Almeida MP, Melo SMM. Paradigma do cuidado complexo em saúde: produção de conhecimento no campo da enfermagem. *Interfaces Cien* 2020; 8(3):27-40.
2. Soder R, Guedes-dos-Santos J, Santos L, Oliveira I, Silva L, Peiter C. Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. *Rev Cubana Enferm* 2020; 36(1):e2815.
3. Diehl TVA, Souza FRG, Santos VCF, Riquinho DL, Ramos AR. Gestão do cuidado às condições crônicas no rural sob a coordenação de enfermeiras. *Rev Gaucha Enferm* 2021; 42:e20200298.
4. Agonigi RC, Carvalho SM, Freire MAM, Gonçalves LF. The production of care in the routine of Family Health Teams. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 6):2659-2665.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: MS; 2013.
6. Silva TF, David HMSL, Caldas CP, Martins EL, Ferreira SR. O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 4):249-260.
7. Barros MMAF, Mendes MLC, Frota LMA, Almeida JRS. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. *SANARE* 2018; 17(2):114-119.
8. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis* 2017; 27(4):1003-1022.
9. 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* 2018; 28(2):e280206.

10. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Tanaka OY. Desvelando o cuidado às gestantes de alto risco em serviços de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil: a ótica dos profissionais. *Cad Saude Publica* 2021; 37(11):e00286120.
11. Lima DWC, Paixão AKR, Bezerra KP, Freitas RJM, Azevedo LDS, Moraes FRR. Humanização no cuidado em saúde mental: compreensões dos enfermeiros. *Rev Eletr Saude Mental Alcool Drog* 2021; 17(1):58-65.
12. Coutinho LRP, Barbieri AR, Santos MLM. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saude Debate* 2015; 39(105):514-524.
13. Martins LT, Silva AMN. O trabalho de enfermagem no acolhimento de gestantes na Estratégia Saúde da Família no município de Sinop-MT. *Avan Olhares* 2019; 20(3):401-417.
14. Castro LS, Rached CDA. Acolhimento humanizado no cuidado pré-natal às gestantes da ESF. *JHM Rev* 2019; 5(3):1-17.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Revista Brasileira de Saúde da Família*. 1ª ed. Brasília: MS; 1999.
17. Habermas J. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM; 1987.
18. Gadamer H-G. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
19. Stein E. Dialética e Hermenêutica: uma controvérsia sobre método e filosofia. In: Habermas J, organizador. *Dialética e Hermenêutica*. Porto Alegre: L&PM; 1987. p. 98-134.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS*. Brasília: MS; 2021.
22. Carvalho ALB, Braga LRA, Silva DF, Araujo JBF, Amorim MC, Magalhaes MJO. Vivências de acolhimento na unidade de saúde da família: a experiência do cantinho do chá na UBS do Grotão, João Pessoa -PB. *Saude Redes* 2020; 6(1):205217.
23. Milagres GZ, Mocelin G, Lima AS, El Halal GMCA, Carneiro M, Krug SBF. Atuação dos enfermeiros no acolhimento à demanda espontânea em Estratégia Saúde da Família. *Res Soc Dev* 2022; 11(2):e14511225689.
24. Valério FCEP, Barros GMM, Ramalho Neto JM, Costa AF, Vieira TTP, Costa CP, Araújo RC, Deininger LSC. Avanços e desafios para a implementação do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. *Braz J Dev* 2021; 7(7):68875-68890.
25. Moraes KF, Vasconcelos FG, Rodrigues GA, Iores MM, Ventura LS. A importância da escuta qualificada no acolhimento. *RMIC* 2020; 6(1).
26. Rodrigues IA, Maia AMQ, Souza NPA. Política Nacional de Humanização e o cuidado em saúde: contribuições da política para a atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro. *Rev Interinst Bras Ter Ocup* 2022; 6(1):751-770.
27. Santos AB. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS Rev* 2019; 1(2):170-179.
28. Pereira SB, Brasileiro ME. Acolhimento com classificação de risco na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev Gest Tecnol* 2019; 2(29):54-69.
29. Portela TJA, Farias QLT, Vasconcelos MLO. Construção do acolhimento com classificação de risco em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Ed Popular* 2021; 20(1):343-356.
30. Nobre JPS, Vieira JPA, Gadelha RRM, Carvalho MMB. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. *Rev Expr Catol Saude* 2016; 1(1):13-23.
31. Gusmão ROM, Casimiro FCC, Winters JRF, Maciel R, Luiz DC, Silva Jr. RF. Acolhimento na atenção primária à saúde na percepção da equipe multiprofissional. *R Pesq Cuid Fundam* 2021; 13:1590-1595.
32. Candeias R, Silva Filho JA, Silva MNV, Moreira MRL, Pinto AGA. Acolhimento na estratégia saúde da família: concepções e práticas. *Rev Norte Mineira Enferm* 2020; 8(1):49-57.
33. Cruz LP, Oliveira L, Araújo BO. Importância da educação permanente em saúde para a promoção do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Col UEFS* 2022; 12(1):e5842DOI.
34. Santos Sobrinho AJS, Santos JF. Importância da humanização na adesão dos usuários aos serviços de saúde na atenção primária. *Disciplinarum Scientia* 2021; 22(1):369-378.
35. Oliveira PRS, Calais LB, Souza DLA, Silva MH, Pinto NS. Vínculo, afeto, trabalho em saúde: aproximações ético-políticas sobre o cuidado. *Psicol Argum* 2022; 40(108).
36. Nunes TB, Souza ECR, Gama ZAS, Medeiros WR, Mendonça AEO. Implantação de um ciclo de melhoria no acolhimento de uma unidade básica de saúde. *Rev Bras Enferm* 2021;74(1):e20200099.
37. Tonelli B, Leal AP, Tonelli W, Veloso DC, Gonçalves D, Tonelli S. Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO* 2018; 23(2):180-185.
38. Praisner T, Santos CL. A transferência de cuidados: um dispositivo para análise do cuidado compartilhado na rede de atenção psicossocial. *CBSM* 2021; 13(37):204-224.
39. Cunha LL, Pires FS, Finkler M, Warmling CM. Bioética do cuidado na clínica de ensino: aprendendo com pacientes. *Rev ABENO* 2021; 21(1):1229.
40. Feitosa MVN, Candeias R, Feitosa AKN, Melo WS, Araújo FM, Carmo JF, Silva FDR, Barroso MEC, Pinheiro MCS, Brito AOR. Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *REAS* 2021; 13(3):e5308.
41. Burlandy L, Teixeira MRM, Castro LMC, Cruz MCC, Santos CRB, Benchimol LS, Araújo TS, Ramos DBN, Souza TR. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2020; 36(3):e00093419.

Artigo apresentado em 16/09/2022

Aprovado em 28/03/2023

Versão final apresentada em 26/04/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva