



TECNOLOGIAS LEVES NA ATENÇÃO BÁSICA: DISCURSO DOS ENFERMEIROS

Joyce Wadna Rodrigues de Souza¹, Fabrícia Cristina Vidal Silva², Paloma Karen Holanda Brito³, Rayara Cibelle Ribeiro da Silva⁴, Bruna Alves⁵, Marcelo Costa Fernandes⁶

¹ Enfermeira, graduada na Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB – Brasil. Email: wadnajoyce@gmail.com

² Enfermeira, graduada na Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB – Brasil. Email: fabrícia.vidal23@gmail.com

³ Enfermeira, graduada na Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB – Brasil. Email: pah.karenhb@gmail.com

⁴ Enfermeira, graduada na Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB – Brasil. Email: rayararibeiro@outlook.com

⁵ Enfermeira, graduada na Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, PB – Brasil. Email: brunaalves0117@gmail.com

⁶ Enfermeiro. Docente da Universidade Federal de Campina Grande. Doutor pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. Líder do Grupo de Pesquisa Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde – LATICs/ UFCG/ CNPq, Cajazeiras, PB – Brasil. E-mail: celo_cf@hotmail.com.

RESUMO

O estudo objetivou identificar a utilização das tecnologias leves nas práticas cotidianas do enfermeiro da Atenção Básica. Trata-se de Pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizada na Atenção Básica do município de Cajazeiras, no estado da Paraíba. Os participantes deste estudo foram 15 enfermeiros que integram um total de 23 Equipes de Saúde da Família. Para proceder a ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos enfermeiros selecionados para esta investigação, recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. O estudo respeitou as exigências da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras sob o número do processo 1.347.458. A partir dos depoimentos dos enfermeiros emergiram-se quatro Discursos do Sujeito Coletivo: Acolhimento como estratégia da integralidade do cuidado; Ação de escuta: prática sensível e estratégica para o protagonismo dos usuários; Vínculo: formação de laços entre os atores sociais inseridos no território adscrito; Autonomização: empoderamento dos sujeitos no processo saúde e doença. A prática do enfermeiro na Atenção Básica, desenvolvida por ações que refletem e valorizam o uso de tecnologias leves, bem como a construção de relações intercessoras entre enfermeiros e atores sociais.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Saúde Pública.

LIGHT TECHNOLOGIES IN PRIMARY CARE: NURSES ' DISCOURSE

ABSTRACT

The study aimed to identify the use of light technologies in the daily practices of the primary care nurse. This is a descriptive research with a qualitative approach, carried out in the primary care of the municipality of Cajazeiras, in the state of Paraíba. The participants of this study were 15 nurses who comprise a total of 23 family health teams. To carry out the



ordering and organization of empirical data, produced in semi-structured interviews with the nurses selected for this investigation, the methodological process of the collective subject discourse was resorted to. The study complied with the requirements of resolution 466/2012 of the Ministry of Health and began after the approval of the project by the Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Campina Grande Campus Cajazeiras under the process number 1,347,458. From the testimonies of the nurses emerged four Discourses of the Collective Subject emerged: Welcoming as a strategy of integrality of care; Listening action: Sensitive and strategic practice for the protagonism of users; Bond: formation of bonds between the social actors inserted in the Adscribed territory; Autonomization: Empowerment of subjects in the health and disease process. The practice of the primary care nurse, developed by actions that reflect and value the use of light technologies, as well as the construction of intercessors relationships between nurses and social actors.

Keywords: Primary Health Care; Nursing; Public Health.

INTRODUÇÃO

As tecnologias estão ganhando cada vez mais espaço nos serviços de saúde, em especial na Atenção Básica (AB). Estas possuem papel primordial na viabilização da articulação e construção de relações interpessoais entre o enfermeiro desse cenário de atenção e os atores sociais sob a sua responsabilidade do território adscrito, no sentido da produção do cuidado de forma integral para atender as necessidades de saúde da população.

O termo “tecnologia” não está apenas relacionado a produtos tecnológicos, como máquinas, equipamentos e instrumentos, refere-se também à utilização de saberes e habilidades que permeiam a geração de produtos e organizam as ações humanas. As tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde são classificadas como: leve, leve-dura e dura; as quais dizem respeito, de maneira sucinta, às vinculações humanas, saberes bem estruturados e instrumentos tecnológicos, respectivamente ⁽¹⁾.

As tecnologias do cuidado são meios imprescindíveis para fortalecer e qualificar o trabalho da enfermagem, pois remetem à operacionalização de procedimentos fundamentados em informações e ferramentas interligadas ao saber-fazer. Assim, a prestação do cuidado torna-se mais eficaz quando são incorporadas em sua produção as expressões tecnológicas do conhecimento, objetivando o trabalho vivo de forma sistematizada ⁽²⁾.

A tecnologia leve está amplamente relacionada à escuta, comunicação e formação de vínculo entre profissional e usuário; concerne às tecnologias das relações humanas, efetivadas por meio do trabalho vivo em ato e caracteriza-se, ainda, pelo estabelecimento de vínculos entre os sujeitos envolvidos nessa ação ⁽²⁾.

Para tanto, as tecnologias leves, que tem como principal característica o cuidado relacional, se manifestam como possíveis meios de aperfeiçoar as ações desempenhadas



no campo da saúde, mais precisamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que representam a porta preferencial de entrada da população ao sistema de saúde ⁽³⁾.

Mesmo compreendendo o uso da tecnologia interacionista como algo inerente e benéfico no processo de trabalho, ainda é perceptível, no atual cenário de saúde, a dificuldade na implementação das tecnologias leves do cuidado pelo enfermeiro na AB, ora por desconhecimento por parte da categoria profissional, ora pelo próprio ambiente em que ocorre as suas práticas, que muitas vezes inviabiliza a execução dessas ferramentas.

Entende-se, portanto, que as tecnologias do cuidado devem ser transversais a todos os cenários de prestação do cuidado, bem como utilizadas por toda a equipe interdisciplinar. Porém, nesta investigação será focado o profissional enfermeiro, o qual possui papel protagonista na condução do plano de cuidado ao sujeito, família e comunidade no campo da AB. Este cenário de atenção em saúde, de acordo com a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, é caracterizado com um conjunto de ações de saúde que busca desenvolver a atenção integral, de modo a envolver os aspectos biopsicossociais e a interferir diretamente nos determinantes de saúde da comunidade assistida. Essa portaria ainda preconiza a utilização de tecnologias de cuidado para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde, auxiliando no manejo das necessidades de saúde daquela população, identificando fatores de riscos e de vulnerabilidade, assim como os de proteção e resiliência ⁽⁴⁾.

Deste modo, o estudo baseou-se na seguinte questão norteadora: qual o discurso dos enfermeiros com relação ao uso das tecnologias leves do cuidado no âmbito da Atenção Básica?

Sendo assim, para responder a essa pergunta, a presente investigação objetivou identificar a utilização das tecnologias leves nas práticas cotidianas do enfermeiro da Atenção Básica.

MÉTODO

Pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, realizada na Atenção Básica do município de Cajazeiras, no estado da Paraíba. Os participantes deste estudo foram 15 enfermeiros que integram um total de 23 Equipes de Saúde da Família, lotadas nas 19 Unidades de Saúde da Família da Atenção Básica desse município.

Foi adotado como critério de inclusão, trabalhar há mais de seis meses como enfermeiro na Atenção Básica, compreendendo-se que esse seja o período mínimo para desenvolver familiaridade com a dinâmica desse cenário de atenção. Como critérios para exclusão, foram adotados estar de férias, licença-saúde ou afastado. Assim, a amostra de



15 profissionais representa o total de enfermeiros que permaneceram após o estabelecimento destes critérios.

A coleta de informações foi realizada mediante entrevista semiestruturada, entre os meses de janeiro e fevereiro de 2016, em local reservado nas Unidades Básicas de Saúde, onde estão lotados os enfermeiros. A entrevista teve a finalidade de obter informações para a análise, a partir das impressões individuais sobre questões interligadas aos objetivos do estudo. As coletas foram realizadas individualmente, constando de questões objetivas, que permitiram a caracterização do perfil dos sujeitos, e perguntas subjetivas, norteadoras sobre a temática proposta, respeitando a livre expressão de suas representações e significações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e transcritas. A participação no estudo iniciou-se mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para proceder a ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos enfermeiros selecionados para esta investigação, recorreu-se ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Trata-se de estratégia metodológica de organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Basicamente, consiste em analisar o material verbal coletado para se extrair dele as Ideias Centrais (IC) e suas correspondentes Expressões-Chaves (ECH), que são as figuras metodológicas utilizadas neste estudo. Esses depoimentos compõem a matéria-prima, sob a forma de um ou vários discursos-sínteses na primeira pessoa do singular, ou melhor, na primeira pessoa (coletiva) do singular, uma vez que ao mesmo tempo em que evidencia a presença de um ser individual do discurso, faz uma referência coletiva, pois esse ser individual fala em nome de uma coletividade⁽⁵⁾.

O estudo respeitou as exigências da resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras sob o número do processo 1.347.458.

RESULTADOS

Dos 15 enfermeiros entrevistados, 14 eram do sexo feminino. Acerca da idade dos participantes, verificou-se que a maioria pertencia à faixa etária de 25 a 35 anos, 12 casos; e acima de 35 anos, apenas três; constatando-se que existe maior frequência de profissionais adultos jovens na enfermagem.

No que se refere ao tempo de atuação profissional desses sujeitos, os enfermeiros apresentam tempo médio de atuação de seis anos, o que demonstra a pouca experiência



desses profissionais no campo de atuação da enfermagem. Em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros no âmbito da AB, dos 15 enfermeiros, oito atuam de um a seis anos nas ESF, sendo quatro anos o tempo médio de atuação nesse cenário.

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, dos 15 enfermeiros participantes, 12 fizeram/fazem cursos de pós-graduação, enquanto três não fizeram/fazem. Dos enfermeiros que realizaram/realizam a pós-graduação, 11 estão relacionados à Atenção Básica, sendo oito na Especialização de Saúde da Família e três em Saúde Pública.

Por conseguinte, a partir dos depoimentos dos enfermeiros, emergiram-se quatro DSC, com as seguintes IC: Acolhimento como estratégia da integralidade do cuidado; Ação de escuta: prática sensível e estratégica para o protagonismo dos usuários; Vínculo: formação de laços entre os atores sociais inseridos no território adscrito; Autonomização: empoderamento dos sujeitos no processo saúde e doença.

O primeiro discurso aborda o acolhimento como estratégia da integralidade do cuidado em saúde. Para a construção deste DSC, participaram oito enfermeiros.

Ideia Central 01 - Acolhimento como estratégia da integralidade do cuidado.

Discurso do Sujeito Coletivo 01 - *Pra mim acolhimento se traduz em escuta, você precisa escutar, dispor de um pouco mais de tempo pra escutar esse paciente, pois se você não dispõe de tempo, nem de habilidade, nem paciência pra fazer uma escuta, você não acolhe. E acolhimento não necessariamente tá ligado a você chegar na unidade, a você fazer uma palestra, é você escutar a queixa do usuário, entender, tomá-la pra si em uma compreensão geral e vê-lo de maneira ampla, não só fragmentada, não só tipo atender bem. Além disso, ele parte do pressuposto de que envolve a humanização no atendimento, né? E a humanização é uma ação, uma boa resposta, uma boa informação, né? Então, humanização e acolhimento andam juntos, você já tem um olhar diferenciado, e também tem muito a ver com pessoa, o profissional, isso aí vai de cada profissional.*

Este discurso apresenta uma das principais estratégias utilizadas pelo enfermeiro para o acolhimento, a escuta ativa e de qualidade. Vê-se que esta ferramenta contribui para a integralidade no cuidado à pessoa, família e comunidade.

O segundo DSC expõe a ação de escuta como uma prática que demanda atitudes de sensibilidade ao tempo que promove o protagonismo dos usuários, tendo participado da construção deste discurso seis enfermeiros.

Ideia Central 02 - Ação de escuta: prática sensível e estratégica para o protagonismo dos usuários.



Discurso do Sujeito Coletivo 02: *A ação de escuta é primeiro você olha pra o paciente, você identifica-se com ele, né? Deixá-lo à vontade, pra ele falar toda a demanda que ele tem né? O que ele tá vivenciando naquele momento, se comprometer com a escuta. Eu vou escutar ele e vou focar no que ele quer me falar, no que ele quer me dizer, não deixando nenhuma nuance, assim, pra trás. Então, a gente tem esse ouvir, essa escuta, mas escuta, como eu posso dizer? Compromissada! É você escutar, olhar, conversar mesmo com ele, não entrar só num ouvido e sair no outro e ficar calada sem dizer nada, mas ver quais são os problemas dele, às vezes ele chega com um problema, mas com a escuta qualificada a pessoa já sabe o motivo, também é você saber dá uma palavra, é você saber direcionar o usuário, pra que sane a situação dele, é se colocar na situação dele e conhecer a necessidade dele.*

A partir do discurso anterior, percebe-se que o ato de ouvir o paciente e permitir que ele fale sobre as suas necessidades pode ser uma excelente técnica para traçar o plano de cuidados para o usuário, uma vez que este plano será direcionado para os seus problemas de saúde reais.

O terceiro Discurso traz o vínculo como dispositivo potencial para formação de laços entre os atores sociais inseridos no território adscrito da UBS. Foram utilizadas dez entrevistas de enfermeiros para a construção do DSC.

Ideia Central 03 - Vínculo: formação de laços entre os atores sociais inseridos no território adscrito.

Discurso do Sujeito Coletivo 03: *Eis o sentido da Atenção Básica: formação de vínculo. Porque é um dos princípios que norteiam, é tanto que eu acho que um profissional de Atenção Primária ele deve realmente formar vínculo e deve ser um vínculo duradouro. Então, assim, o meu entendimento acerca do vínculo é você ter/estar justamente por dentro da situação da sua população, é eu estabelecer uma relação com o usuário, mas uma relação de troca, entendeu? Não dá para ter vínculo se você não mantém um diálogo, se você não busca esse vínculo. Então, não dá pra estabelecer um vínculo com aquela condição que aquele paciente chegou naquele momento, porque aquela condição é passageira, é uma condição, (...) você tem que realmente estabelecer vínculo com a pessoa, com a comunidade, de modo que tentar fazer com que esse vínculo não seja meu, mas que esse vínculo ele seja da Unidade. O vínculo pra mim seria isso, aproximação da população com a Unidade. Ela tem que tá ligada à equipe, porque a equipe vai permanecer, e é importante demais. Tem que o profissional saber uma maneira de se entrar na comunidade, seja ela de qual forma for, junto com os Agentes de Saúde, junto com o*



médico, pra ter essa vinculação, não só paciente com profissional, de o paciente se sentir acolhido de vim procurar a UBS.

Entende-se, com base no discurso 03, que o vínculo criado entre a equipe de saúde e o paciente constitui-se como algo positivo para a prestação do cuidado e é possibilitado principalmente pela característica de territorialidade que a atenção básica possui.

O último discurso sobre autonomização retrata o empoderamento dos sujeitos no processo saúde e doença. Participaram sete enfermeiros para a construção do DSC.

Ideia Central 04 - Autonomização: empoderamento dos sujeitos no processo saúde e doença.

Discurso do Sujeito Coletivo 04: Autonomização vem de autonomia dos sujeitos, dos pacientes? Essa questão de ele mesmo se sentir responsável pelo cuidado, né? Que é um sujeito ativo nas suas situações de saúde, né? Independente dela qual for, mas você também assumir a responsabilidade, a responsabilização também da sua condição de saúde. É importante, e assim, é papel da Unidade também fazer com que ele se sinta sujeito principal do cuidado, né? É uma mão dupla, em determinados pontos vai ser necessário à gente tá mais próximo, de tentar incentivar de uma forma que eu não imponha que ele participe, que ele entenda seu processo saúde e doença, né? Que ele entenda o que precisa ser feito, mas que ele junto comigo possa decidir o que deve ser feito. Então, eu tenho que empoderar e dizer que eles são capazes, mostrar pra eles, e deixar eles andar com as próprias pernas. Quando chegam as pacientes pra mim eu tento envolver, fazer com que eles entendem o que eles têm, entendeu? Porque ESF é isso, é o conhecimento profissional, o conhecimento técnico-científico mais o conhecimento e cultura popular. Então, eu acho que isso aí explica essa autonomização, né?

A autonomia, de acordo com o discurso anterior, apresenta-se como um atributo que torna o paciente protagonista do seu cuidado de saúde. Deste modo, a tomada de decisão é feita em conjunto com quem vai oferecer o serviço, neste caso os profissionais de saúde, e também com quem irá receber, ou seja, os pacientes.

DISCUSSÕES

As tecnologias leves caracterizam-se, sob o ponto de vista da Enfermagem, como elementos primordiais para a promoção do cuidado, retratado a partir saberes empregados do profissional para o cliente, sendo estas atitudes consideradas primordiais para fomentar a autonomia do usuário ⁽⁶⁾.



A utilização desses dispositivos de tecnologias leves constitui novas possibilidades de mudança no processo de trabalho na AB, caracterizando-se como desafio, já que a visão biologicista de fazer saúde ainda é presente nesse cenário, o que dificulta a efetivação de ações que assegurem a integralidade do cuidado ⁽⁷⁾.

Ao que concerne aos tipos de tecnologia leves encontradas pelos enfermeiros no âmbito da Atenção Básica, predominaram os elementos “Acolhimento”, “Escuta”, “Vínculo” e “Autonomização”, comprovando a real utilização desse tipo de tecnologia no dia a dia de trabalho.

Com base nos DSC demonstrados acima, observa-se que mesmo existindo um (des)conhecimento sobre as definições das tecnologias, como a leve, os sujeitos participantes acabam externando características que são pertinentes a tal tecnologia, o que é importante, já que esse campo de atenção almeja novas possibilidades de produção do cuidado.

O acolhimento, conforme observado no DSC01, é uma tecnologia leve que vai além do que apenas tratar e receber bem, esta configura-se como uma ferramenta que requer atitudes de respeito, demonstração de interesse e responsabilização pelos problemas e necessidades de saúde da população. Trata-se da construção de uma relação entre profissional e usuário, na qual exista o compartilhamento de responsabilidades para que estes sejam impulsionados a valorizar sua essência humana e histórica ⁽⁷⁾.

Entende-se que o acolhimento é uma prática possível no cotidiano do enfermeiro na AB, desde que haja um movimento instituinte que demonstre os ganhos dessa prática para os usuários, que recebem um plano de cuidados efetivo e são inseridos como protagonistas no seu processo saúde e doença; e também para os próprios profissionais, que contarão com reconhecimento frente à população e à gestão, ao conseguirem solucionar problemáticas identificadas.

O acolhimento e a escuta qualificada são ferramentas tecnológicas interligadas e essenciais no processo de cuidado, não podendo ser reduzidas a execução de uma prática centrada na “queixa-conduta”, aproximando-se da fragmentação do cuidado. Mesmo diante da existência de normas e rotinas dentro do serviço, o enfermeiro deve perceber, além dos sinais e sintomas, os sentimentos de angústia e inquietação das pessoas que procuram o atendimento, otimizando a humanização da assistência ⁽⁸⁾.

Sendo assim, o DSC02 reverbera a escuta como prática potencializadora no processo relacional entre usuário e profissional, uma vez que essa técnica promove a aproximação e o conhecimento das necessidades, hábitos e valores da comunidade, que por sua vez



favorecem o desvelamento de uma prática resolutiva pautada nos modos de viver dos atores sociais.

Associada a um olhar ampliado, a escuta qualificada viabiliza aos trabalhadores melhor compreensão do processo saúde, doença e cuidado dos usuários e a complexidade de vida e contextos em que estes se inserem. Além disso, conduz o usuário a uma posição de protagonismo, favorecendo que este se torne agente ativo na produção de saúde e mudanças de vida ⁽⁹⁾.

Nesse sentido, existe a necessidade de saber ouvir o usuário, pois a atuação adequada dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, a partir da escuta qualificada, facilita o processo de cuidado e melhora a resolutividade de problemas trazidos pelos usuários até o serviço, permitindo os encaminhamentos e condutas corretas ⁽¹⁰⁾.

O DSC03 impulsiona a importância do vínculo entre profissionais e usuários do serviço, sendo assim, a partir dessa tecnologia interacionista, a formação de laços entre a unidade de saúde e a comunidade é possibilitada. Essa parceria viabiliza conhecer as problemáticas e vulnerabilidades da comunidade e permite a construção de afetos entre os sujeitos, constituindo-se uma ferramenta efetiva na horizontalização e democratização do cuidado em saúde.

Pesquisa desenvolvida com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de um município do estado de Minas Gerais constatou, a partir dos discursos dos participantes, a importância do vínculo como ferramenta para conhecer melhor as características socioculturais, hábitos e modos de vida da comunidade, para assim formular estratégias com base nas necessidades de saúde da população adscrita, com vistas à melhoria nas condições de vida e saúde ⁽¹⁰⁾.

A utilização do vínculo, bem como das demais tecnologias leves, exigem do profissional enfermeiro uma gama de conhecimentos e habilidades que, quando aplicados, conseguem valorizar os sujeitos que utilizam os serviços de saúde. Essas tecnologias representam uma maneira de reorganizar e ampliar a qualidade do cuidado ⁽⁴⁾.

Por fim, com base no DSC04, percebe-se que os enfermeiros entendem a autonomização como ferramenta efetiva para a manifestação da subjetividade do outro. Representa a prática em saúde que, junto aos demais dispositivos relacionais, como acolhimento, escuta e vínculo, é capaz de transformar as maneiras de se produzir saúde. Sendo assim, possibilita desenvolver um trabalho em que o usuário possa ser protagonista do seu processo saúde, doença e cuidado.

Convergindo com essa perspectiva, estudo realizado a partir da vivência de uma ESF no município de Icapuí – CE observou a importância de os profissionais vivenciarem um



processo de ressignificação de seus conceitos, saberes e práticas cuidativas, sabendo respeitar a autonomia do outro, e assim, elaborarem novas formas de produção de cuidado para além do saber técnico-científico. Com isso, notou-se que o cuidado está além da oferta de ações assistenciais e não pode ser limitado à prática de procedimentos, rotinas e protocolos, devendo fundamentar-se na perspectiva de atenção na qual o sujeito é colocado em evidência. Por isso, a ESF é o cenário privilegiado para a efetivação desses modos de cuidar ⁽¹¹⁾ com vistas, inclusive, ao empoderamento das pessoas inseridas no território de atuação.

Dessa forma, compreende-se a autonomização dos sujeitos como ação comunicacional e interacional que demanda atos de saber receber e ouvir a população, por meio dos quais o enfermeiro busca incentivar o usuário a se perceber como sujeito ativo e responsável pelo seu processo saúde, doença e cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática do enfermeiro na AB, desenvolvida por ações que refletem e valorizam o uso de tecnologias leves como acolhimento, escuta, vínculo e autonomização, bem como a construção de relações intercessoras entre enfermeiros e atores sociais, considerando o modelo hegemônico e as reformas macroestruturais, pode representar novas possibilidades de renovação e inovação do processo de trabalho do enfermeiro nesse cenário de atenção.

É importante ressaltar que os resultados obtidos nesta investigação possuem limitações, visto que foi desenvolvido na Estratégia Saúde da Família de um único município, retratando, portanto, uma realidade local, de forma que não se pode generalizar as suas considerações para os demais serviços da AB de abrangência nacional, uma vez que depende do contexto de saúde de cada população e da dinâmica do processo de trabalho dos enfermeiros em distintas realidades.

Para tanto, destaca-se a escassez de publicações sobre essa temática, reafirmando a necessidade de mais estudos e reflexões no âmbito da assistência, do ensino e da pesquisa ao que concerne às tecnologias leves do cuidado em saúde, podendo contribuir de maneira enriquecedora para o conhecimento acerca desta temática e com a concretização dessas práticas pelo enfermeiro no cotidiano da AB. Contudo, apesar da incipiente produção científica acerca do tema, reitera-se a relevância da utilização de tais tecnologias para possibilitar mudanças necessárias nas formas de produzir saúde.

REFERÊNCIAS



Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

Thofehrn MB; Montesinos MJL; Arrieira IC; Àvila VC; Vasques TCS; Farias ID. Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. Rev CogitareEnferm. [Internet]. 2014 [Cited 2018 Ago 12], 19:1:141-6; Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35972>

Oliveira JSB; Suto CSS; Silva RV. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. Rev. Saúde.Com [Internet]. 2016 [Cited 2018 Out 10], 12:2:613-621; Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/425>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [Cited 2018 Set 2018]; Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Lefèvre F; Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa(desdobramentos). Caxias do Sul: Educus, 2005.

Teixeira E. Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. Porto Alegre: Moriá; 2017.

Santos FPA; Nery AA; Matumoto S. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. RevEscEnferm USP [Internet]. 2013 [Cited 2018 Set 25], 47:1:107-114. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s008062342013000100014&script=sci_abstract&tlng=pt

Oliveira KKD; Amorim KKP, Fernandes APN; Monteiro AI. Impacto da implementação do acolhimento com classificação de risco para o trabalho dos profissionais de uma unidade de pronto atendimento. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [Cited 2018 Nov 02], 17:1:148-56. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/586>

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

Penna CMM; Faria RSR; Rezende GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [Cited 2019 Mar 14], 18:4:815-822. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>.

Silva MRF, Silveira LC; Pontes RJS; Vieira AN. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. Rev Min Enferm [Internet]. 2015 [Cited 2018 Nov 18], 19:1:249-254. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1000>