

A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES NO PROCESSO DE CUIDAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.

THE IMPORTANCE OF LIGHT TECHNOLOGIES IN PRIMARY HEALTH CARE

Natalia de Aviz Lisboa¹

Sáila Freire Santos²

Elizabel Izidorio Lima³

O objetivo deste artigo é avaliar o uso das tecnologias leves na atenção primária a saúde. Compreende-se que a partir de um atendimento qualificado o usuário se sente motivado a buscar cada vez mais a unidade de saúde. A comunicação e o acolhimento são ferramentas poderosas no processo de cuidar, que tem por finalidade melhorar a compreensão para fortalecer o vínculo do usuário com a unidade de saúde. Para atingir nosso objetivo foi realizado um levantamento nos bancos de dados LILACS, MedLine e SciELO, no período de fevereiro a junho de 2017, de artigos científicos e dissertações sobre o tema publicados entre 2004 e 2017. Os resultados apontam para uma banalização da tecnologia leve, que se reduz à lógica de uma tecnologia dura e de uma leve/dura defasada que torna o sistema de saúde pouco resolutivo. Conclui-se que não há uma falta de conhecimento tecnológico no atendimento, mas sim uma falta de responsabilização e interesse por parte dos diversos serviços em atender os usuários e seus problemas de forma individualizada.

Palavras-chave: Tecnologia Leve. Assistência de Enfermagem. Atenção Básica.

The aim of this article is to assess the use of light technologies in primary health care. It is understood that a qualified service motivates users to go to the health unit. Communication and fostering are powerful tools in the care process, which aims to improve understanding in order to strengthen the user's link to the health unit. To attain our objective a bibliographical research in the databases LILACS, MedLine and SciELO was carried out from February to June 2017. Scientific articles and thesis published between 2002 and 2017 were selected. The results point out a trivialization of light technologies, which are limited to the logic of hard and light / hard technologies, causing the health system to become not decisive. It is concluded that there is not a lack of technological knowledge in the service, but rather a lack of responsibility and interest of the health services to care for the users in and individualized way.

Keywords: Light Technology. Nursing Care. Basic Attention.

¹Bacharel em Enfermagem (FADBA); Salvador – Bahia; CV: <http://lattes.cnpq.br/4530324622849293>; E-mail: ty-lisboa@hotmail.com

²Acadêmica do curso de Enfermagem (UESC); Ilhéus – Bahia; CV: <http://lattes.cnpq.br/3780547811778174>; E-mail: saila.freire@gmail.com

³Mestranda do curso de Ciências em Saúde (UESC), Cachoeira – Bahia; CV: <http://lattes.cnpq.br/5605917528507918>; E-mail: elisabel05@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde se reformula a partir de uma interação de práticas e saberes dos profissionais e usuários em seu cotidiano. A comunicação e o acolhimento são ferramentas poderosas no processo do cuidar, e tem por finalidade melhorar a compreensão, de tal modo fortalecendo o vínculo do usuário com a unidade de saúde. O diálogo é fundamental para o bem estar das relações interpessoais. A qualidade da assistência é comprometida, não pelo uso das tecnologias, mas pela forma como os profissionais lidam com a tecnologia na saúde e seus instrumentos de trabalho.

Segundo Rossi e Lima (2005), a tecnologia em saúde é definida como um conjunto de produtos destinados a consolidar o processo de trabalho na saúde, sendo classificadas em tecnologias leves (das relações de vínculo, autonomização, acolhimento, comunicação), leve/duras (saber bem estruturado que opera no processo de trabalho, bem como na clínica médica e na epidemiologia) e duras (equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais). Com o avanço da tecnologia é imersos nelas, os profissionais esquecem que cuidam de pessoas, esquecem de responder dúvidas, de atentar para as necessidades do usuário, e por vezes esquecem até do respeito que todo ser humano merece.

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou por uma reformulação no modelo assistencial, e tem como prioridade a atenção básica, que é o primeiro contato direto com a comunidade e que se caracteriza como porta de entrada para os demais níveis de complexidade. O atendimento especializado é priorizado para que o cuidado se torne resolutivo, a fim de proporcionar ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, que são objetivos priorizados pelo SUS para atender às necessidades da população, intercalando as diferentes tecnologias para aperfeiçoar o cuidado, com ênfase nas tecnologias leves, aprimorando a assistência à saúde, centrada nas necessidades dos usuários, interferindo diretamente nos processos de cuidar.

O objetivo deste artigo é avaliar o uso das tecnologias leves na atenção primária à saúde do usuário, enfatizando que a tecnologia leve é uma ciência subjetiva que produz um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar o cuidado.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa realizada de fevereiro a junho de 2017 nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MedLine (Literatura Internacional em Ciência da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando como descritores as expressões tecnologia leves, assistência de enfermagem e atenção básica. Foram selecionados artigos e dissertações publicados entre 2004 e 2017.

A pesquisa foi realizada em quatro etapas: 1. definição do tema, 2. busca ativa de produções científicas nos bancos de dados, 3. aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e 4. análise e discussão dos dados encontrados.

Foram adotados como critérios de inclusão artigos em português publicados entre os anos de 2004 a 2017 e artigos que abordassem o tema proposto. Foram excluídas as publicações que não correspondiam ao tema e período proposto, mantendo-se somente os artigos que, após análise, correspondiam ao foco de interesse da pesquisa. Os dados analisados foram subdivididos em quatro categorias: conceito histórico, conceito de tecnologias, acolhimento e fatores que afetam o cuidado na atenção básica.

Inicialmente foram encontradas 830 publicações relacionadas à atenção básica e tecnologias em saúde. Após a utilização dos descritores: tecnologia leves; assistência de enfermagem e atenção básica, foram selecionados 130 artigos. Foram realizadas comparações entre os artigos, visando identificar semelhanças e diferenças teóricas e metodológicas ao longo dos anos, excluindo as publicações repetidas e que não se encontravam dentro do período proposto. Após a leitura foram selecionados 31 artigos para compor a amostra.

REFORMULAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Dentre os modelos existentes no sistema de saúde brasileiro, Cutolo (2006) destaca o modelo biomédico, que é caracterizado pela explicação biólogo-mecanicista da doença e pelo combate do agente etiológico. Neste modelo, a assistência é fundamentada na relação causa-efeito, o que resulta em ações de recuperação e reabilitação da doença.

Em oposição a este, o modelo Saúde da

Família (SF) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu na década de 1990 como uma nova sugestão de referência no Brasil, para impulsionar alterações no modelo assistencial em saúde, em consonância com a constituição de 1988 e os princípios do SUS (FERTONANI et al., 2015).

Este modelo propõe uma assistência integral e contínua às famílias e comunidades atendidas no local onde vivem, trabalham e se relacionam. Abrange ainda atuações multiprofissionais com uma perspectiva interdisciplinar, edificação de relações acolhedoras, vínculo, compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população do território sob responsabilidade da unidade de saúde, intervindo sobre os fatores de risco, com ênfase na vigilância em saúde e na promoção da saúde (FERTONANI et al., 2015).

No entanto, entendemos que o novo modelo tem como base a integralidade. De acordo com Albuquerque e Stotz (2004), os elementos que se incorporam à discussão do conceito de integralidade, especialmente com vistas à promoção da saúde, são os de intersectorialidade e participação social. Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país. E, pensando assim, observar que as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a sua promoção.

Diante dessa discussão, poderíamos conceituar integralidade como um princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas a nível do indivíduo e da coletividade, buscando atuar nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, para garantir que as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde sejam integradas, numa visão interdisciplinar que incorpore na prática o conceito ampliado de saúde.

A atenção primária, que se caracteriza pela prevenção e promoção a saúde, ainda sofre dificuldades para superar a visão hospitalocêntrica dos métodos curativos, cuja base são os cuidados da saúde em hospitais, uma vez instalada a doença, tornando o médico o único responsável pela saúde do indivíduo.

De acordo com Sousa e Hamann (2009), o consumo elevado de tecnologia dura, de modo geral, pouco ou nada acrescenta ao processo de produção da saúde das pessoas e da comunidade. Os médicos tendem a subestimar o contato e o diálogo com o usuário, solicitam uma bateria de exames de laboratório e outros complementares, bem como

consultas especializadas, que poderiam ser resolvidos na própria Unidade de Saúde. E o usuário, por sua vez, tende a valorizar a qualidade do seu atendimento pelos procedimentos complexos utilizados em seu tratamento.

A atenção básica é constituída por um conjunto de ações de saúde com ênfase na proteção, promoção, manutenção da saúde e prevenção de agravos, na esfera individual e coletiva. Com essas características, a atenção básica se tornou a porta de entrada para a população brasileira no SUS.

A atenção básica passou a ser desenvolvida, sob forma de trabalho em equipe, por meio da execução de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas dirigidas às populações adscritas, todas em consonância com o perfil epidemiológico vigente no território, e utiliza, para sua efetivação o uso das tecnologias leves (BRASIL, 2012).

De acordo com Merhy et al. (2006), a humanização do atendimento com tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado, sendo seus objetivos a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

É preciso promover a construção de práticas de saúde que possibilitem mudanças sociais e a autonomização do usuário. O acolhimento do paciente, baseado na comunicação e no respeito, cria um vínculo que facilita a compreensão da verdadeira motivação que levou o paciente a procurar o serviço, e com base no que o usuário relata, é possível determinar se a Unidade de Saúde da Família possui densidade tecnológica para atender às necessidades desse usuário (BRASIL, 2012).

TECNOLOGIAS DA RELAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo Machado e Haddad (2010), humanizar a atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, entender suas necessidades específicas e, assim, criar condições para que o usuário tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. É tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer forma de discriminação, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano. A humanização na atenção básica refere-se às

possíveis transformações que a gestão e a comunidade em conjunto podem realizar, adotando um caráter ético com cuidados específicos de acolhimento, respeito ao usuário como um ser social e não apenas um consumidor dos serviços de saúde. Na prática do processo de trabalho, essas transformações são possíveis com uso das tecnologias leves, uma ferramenta indispensável para a humanização do processo de cuidar.

O vínculo, como tecnologia leve nas relações na ESF, é parte do princípio de que os profissionais deverão assumir a responsabilização pela área adstrita; conseqüentemente, ocorre uma interação geradora de vínculos, “laços”, entre os trabalhadores da saúde e os usuários, necessários ao mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, de acordo com as diretrizes que norteiam a prática na unidade.

Ao exemplificar os desafios das tecnologias em saúde, Costa et al. (2009, p. 117) afirmam que:

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda da saúde da população brasileira conceitos como: vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção sanitária humanizada e humanística. Este desafio de desconstrução implica muito labor, mas a vantagem da superação destes desafios leva à transformação da realidade e à construção de práticas de saúde solidárias, acolhedoras e conseqüentemente mais efetivas e resolutivas.

Compreende-se trabalho em saúde como as relações em que uma pessoa se destina a cuidar do outro, suprindo assim suas necessidades. A tecnologia das relações como o acolhimento, respeito, comunicação e o vínculo são preconizada na Atenção Básica e é fundamental para uma assistência qualificada e humanizada.

De acordo com Jorge (2011), o vínculo é união de laços afetivos entre os trabalhadores e os usuários. Além disso, a busca de resolutividade para atender às necessidades é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles, para a continuidade do cuidado.

No entanto, para Nora e Junges (2013), na prática profissional, as práticas humanizadas vão

perdendo força nos serviços de saúde, devido à precariedade das unidades, falta de recursos, superlotação e um quadro de profissionais incapazes de atender às demandas. Apesar disso, devemos ter consciência das particularidades dos indivíduos, promovendo o cuidado necessário para os usuários. Barra (2011, p. 127) argumenta que:

A dimensão do cuidado para se concretizar no cotidiano do trabalho em saúde necessita de condições estruturais dentro da instituição em que se realiza, como depende também do direcionamento mais geral da política de saúde. Isto quer dizer que para que um profissional possa exercer o cuidado, ele necessita de boas condições de trabalho, de equipamentos e insumos necessários em cada caso, o que dependerá dos valores que orientam a condução das políticas de saúde no âmbito da gestão.

Infelizmente, os objetivos da atenção básica têm sido negligenciados por diversos motivos, mas dentre os problemas enfrentados destacam-se a ausência da equipe mínima exigida pelo Ministério da Saúde, a não realização do mapeamento do território e o desconhecimento das necessidades da população adscrita, impossibilitando a identificação dos principais problemas e agravos que acometem a comunidade, a falta de profissionais qualificados para assistir a população, associado também à falta de reconhecimento.

De acordo com Santos, Tonhom e Komatsu (2017), os profissionais sentem falta de educação permanente e, devido à rotina de trabalho, muitas vezes as visitas domiciliares acabam-se tornando a execução de metas estabelecidas, sendo a qualidade substituída pela quantidade de serviços realizados, o que resulta em uma assistência ineficiente no processo de cuidar, devido à falta de planejamento.

A visita domiciliar é uma estratégia que deve ser fortalecida na unidade básica, porque além de fortalecer o vínculo com os usuários e sua família, permite identificar as dificuldades, os hábitos e costumes, de forma que as intervenções necessárias sejam realizadas de acordo com cada realidade encontrada, proporcionando uma assistência qualificada para a comunidade.

O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato às demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde. É necessário que o projeto de acolhimento e produção de vínculo seja um projeto de toda a equipe, a fim de concretizar

o trabalho vivo. Para que isso ocorra, a enfermeira deve tornar seu trabalho mais voltado para a clínica, valorizando o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço e cumprindo suas obrigações com maior resolutividade (SCHIMITH; LIMA, 2004).

Apesquisa realizada por Medeiros et al. (2010) sobre as informações durante a espera pelo atendimento, com 53 usuários que aguardavam na UBS, indicaram que 50,9% dos usuários receberam algum tipo de informação e 49,1% não receberam orientação. Esses resultados andam em direção contrária à Política Nacional de Humanização (PNH), pois a comunicação entre os profissionais e usuários não deve acontecer apenas dentro dos consultórios, mas de forma permanente e continuada, seja na sala de espera ou demais lugares da unidade.

Para Medeiros et al. (2010), "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas e a identificação das necessidades, sejam estas individuais ou coletivas. Assim, o acolhimento tem se mostrado, no ESF, uma instância potente para a organização do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade.

Outro desafio consiste nos poucos mecanismos de acesso para à capacitação dos profissionais de saúde (educação permanente). Assim, faz-se necessária a reconstrução das ações educativas nos serviços de saúde desde a formação do profissional até a oferta de formação continuada, visando o estabelecimento de uma nova cultura, voltada para os compromissos sociais e para responder às reais demandas da população brasileira (MITRE et al., 2012).

Os obstáculos para o desenvolvimento do trabalho acolhedor incluem a pressão da demanda, o desconhecimento da realidade da população por alguns membros da equipe que não realizam visitas domiciliares, o imediatismo inerente à sociedade atual, a dificuldade de realizar encaminhamentos para especialistas, o despreparo dos profissionais para o trabalho em equipe, o acolhimento de demandas de saúde mental, o desgaste da equipe e a resistência dos usuários, decorrente da hegemonia do modelo médico-privatista, limitação de espaço físico, limitação de horários, postura do profissional, falta de condições da ESF para atendimentos de urgência e falta de retaguarda de serviços de remoção (GARUZI et al., 2014).

O acolhimento é uma diretriz da Política

Nacional de Humanização (PNH) que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Na opinião de Teixeira (2005), o acolhimento deveria ser do tipo dialogado, como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer momento do atendimento, isto é, em qualquer um dos encontros. Da mesma forma, Santos e Penna (2017) afirmam que o acolhimento deve partir de toda a equipe, não apenas da recepção, que é o primeiro contato direto entre o usuário e a unidade. Por vezes, os profissionais se acostumam com a rotina e esquecem que os usuários que procuram a unidade não estão habituados com o ambiente, levando assim a um afastamento desses usuários por falta de acolhimento.

Existem dois modos de acolhimento, denominados 'formal' e 'informal', que podem ser considerados na unidade. O 'formal' consiste no atendimento programado e individual dos usuários, com ações, metodologias e espaços definidos. Já o acolhimento denominado informal é o que não determina horário nem local específico, sendo o usuário atendido pelo profissional que no momento estiver disponível (LOPES et al., 2014).

Guerreiro et al. (2013) é mais específico no que diz respeito à realidade do processo de trabalho no atendimento básico e explica que a incorporação de uma postura de acolhimento formal, a escuta de queixas, medos e expectativas, a identificação de riscos e de vulnerabilidades e a responsabilização são ações que remetem a esta dimensão.

Tornar vivo esse processo de trabalho na prática requer o uso das tecnologias leves que são subjetivas, os usos dessas subjetividades estão relacionados à integralidade, equidade, ao acolhimento e vínculo, todas as ações na oferta dos serviços devem utilizar as tecnologias leves que permitem o real conhecimento das necessidades específicas de cada indivíduo.

Segundo Aranha (2011), o profissional de saúde deve levar em consideração os aspectos subjetivos, culturais, ambientais e de estilo de vida

do indivíduo, para que desta forma o cliente possa se sentir “aceito” de forma integral, com suas expectativas atendidas. Dessa forma o serviço torna-se mais resolutivo e consegue dar respostas às demandas dos usuários, gerando um maior grau de satisfação.

Conforme Rossi e Lima (2005), considerar o indivíduo em suas particularidades e demonstrar real interesse no momento particular pelo qual passa é de grande importância para a concretização do cuidado humanizado. No entanto, para Coelho e Jorge (2009), o atendimento em saúde muitas vezes é centrado na relação queixa/condução, priorizando assim a tecnologia dura para resolução de problemas, o que resulta em uma relação automática entre profissionais e usuários. O respeito ao ser humano é de extrema importância no atendimento humanizado, fortalecendo a continuidade na manutenção da saúde dos usuários.

Nesse sentido, Figueiras (2010, p. 93) acrescenta que:

O processo de trabalho está na maioria das vezes estruturado sob a lógica das tecnologias duras e no trabalho morto, com enfoque no modelo biológico, valorizando a cura de doenças e o uso de equipamentos, o que dificulta a implementação de estratégias que favoreçam a promoção à saúde em seu conceito mais amplo, como completo bem estar físico, social e mental, e não somente a ausência de doenças.

Na perspectiva de Moreira (2010), a comunicação é uma ferramenta fundamental no processo do cuidar que facilita a compreensão e fortalece o vínculo, resultando no bem-estar e conforto do paciente. A prática assistencial focada nas ações curativas revela um cenário caótico do sistema de saúde, evidenciando sua complexidade em termos de comunicação no processo de trabalho, onde a comunicação entre a unidade e a comunidade somam negativamente para a qualificação de uma assistência humanizada (Fogaça et al., 2017).

A pesquisa realizada por Rodrigues et al. (2017) evidenciou a necessidade de informações à mulheres hipertensivas na unidade básica, pois a baixa adesão ao tratamento é decorrente dos conceitos vagos a respeito da condução no tratamento e do estilo de vida saudável. O diálogo superficial dos profissionais revela a necessidade de uma reavaliação da prática profissional.

É imprescindível a formação de profissionais

que atuem na perspectiva de desenvolver estratégias no cuidado integral à saúde da mulher, uma vez que a presença da mulher nas unidades é mais frequente que a dos homens, devido a sua inserção nos programas de planejamento familiar, pré-natal, preventivo e puericultura.

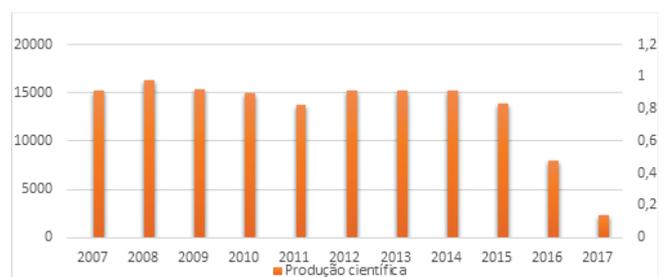
Na gestação a mulher encontra-se vulnerável, cheia de dúvidas e questionamentos, a comunicação deve ser estimulada para que a humanização seja resolutiva da assistência ao pré-natal. “O simples encaminhamento de uma pessoa de um serviço para outro, sem comunicação ou continuidade, não quer dizer a garantia de uma assistência resolutiva” (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, p. 814).

O estudo de Melo et al. (2017) revelou um déficit de conhecimento das gestantes abordadas pelos autores na atenção básica em relação às patologias na gravidez. E as ações educativas realizadas foram resolutivas para sanar não só as lacunas identificadas na gestação, mas todas os questionamentos das usuárias em torno do pré-natal, através da escuta qualificada e do diálogo, que são imprescindíveis para a resolutividade no processo de cuidar.

São necessárias mais pesquisas para identificar as possíveis lacunas existentes no serviço de saúde para o cumprimento de ações assistenciais na atenção básica. Diversos artigos conceituam as tecnologias leves como primordiais para o processo de cuidar.

Quanto à produção científica relacionada à tecnologia leve na atenção básica (Gráfico 1), é importante observar a diminuição do interesse científico pelo tema a partir dos anos de 2015 a 2017. Por ser a produção científica um indicador importante na área da Saúde, essa redução é preocupante, uma vez que pode ser um reflexo do desinteresse na qualidade da assistência.

Gráfico 1. Produção científica relacionada à tecnologia leve na atenção básica.



Fonte: Dados da pesquisa

A valorização de uma tecnologia dura defasada e pouco resolutive vem crescendo ao longo dos anos, fazendo com que exista um descrédito do uso das tecnologias leves. Essa afirmação decorre também da diminuição da produção científica, da ausência de capacitação dos profissionais de saúde e do descrédito do SUS perante as universidades na formação dos futuros profissionais, que já chegam à atenção primária despreparados e sem saber o real significado do que é acolhimento e vínculo. É necessário reestruturar o processo de trabalho, tornando-o multiprofissional e promovendo uma relação de confiança e solidariedade entre o profissional e o usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há mais de uma década os autores definem, analisam e discutem as tecnologias leves na saúde; no entanto, as mudanças são lentas e as melhorias poucas. A realidade das unidades básicas indica que ainda não há um acolhimento eficaz dos usuários, devido a inúmeros problemas enfrentados na atenção primária.

De acordo com a pesquisa realizada, conclui-se que é de fundamental importância a aplicação das tecnologias leves no processo de cuidar, para um atendimento qualificado e humanizado. Observou-se também que não há falta de conhecimentos tecnológicos no atendimento, mas sim uma falta de responsabilização e interesse dos diversos serviços aos usuários em entender os seus problemas particulares e coletivos.

É preciso, portanto, ampliar o conhecimento e a compreensão da importância do uso das tecnologias leves na atenção básica, fomentando novas pesquisas que possibilitem um maior esclarecimento sobre o tema proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE P. C.; STOTZ, E.N.; A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004. Recife – PB.

ARANHA, J. S.; SILVA, M. E. S.; SILVA, J. L. L. Acolhimento e humanização: perspectiva do atendimento na atenção básica. **Revista Eletrônica Informe-se em promoção da saúde**, v. 7, n. 2, p. 23-24, 2011.

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n. 2, p. 119-142, 2011.

JORGE BESSA et al. Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, 2011.

BRASIL. Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

SANTOS, Simone Carvalho; DA ROCHA TONHOM, Sílvia Franco; KOMATSU, Ricardo Shoiti. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 118-127, 2017.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; DE ARAÚJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 440, 2012.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, de 2006.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, 2009.

FERTONANI, et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino et al. O processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma abordagem multiprofissional no município de Barra Mansa-RJ. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal Fluminense, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.uff.br/jspui/handle/1/988>>. Acesso: 24 de Maio de 2017.

FOGAÇA, Najara Reigota et al. Operacionalização De Grupos De Pré-Natal: Percepção Dos Profissionais Do Serviço Da Atenção Primária À Saúde Operation Of Prenatal Groups: The Professionals'perception Of Primary Health Care Service. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, 2017.

GARUZI, M; et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da

Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, p. 144-149, 2014.

GUERRERO, Patricia et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto - enferm., Florianópolis**, v. 22, n. 1, p. 132-140, Mar. 2013.

LOPES, G.V.D.O. et al. Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev Bras Enferm, Brasília**, v. 67, n. 1, p. 104-110, jan-fev. 2014.

MACHADO, E. P; HADDAD, J. G. V; ZOBOLI, E. L. C. P. A comunicação como tecnologia leve para humanizar a relação enfermeiro-usuário na Atenção Básica. **Revista Bioethikos** - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(4):447-452.

MEDEIROS, F. A., ARAÚJO-SOUZA, G. C. D., ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A., & CLARA-COSTA, I. D. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de salud pública** Volume 12 (3), Natal-RN; 2010.

MERHY EE, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 113-150.

MELO, Adila Carvalho et al. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS RASTREADAS PELA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017.

MITRE, S.M; ANDRADE, E.G; COTTA, R.M.M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MOREIRA, João Batista. Material didático: comunicação: tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do usuário – enfermeiro e usuário. **Trabalho de conclusão do curso de especialização da atenção básica**. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <_https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0900.pdf>. Acesso: 06 de Fevereiro de 2017.

NORA, Carlise Rigon Dalla; JUNGES, Jose Roque. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013.

RODRIGUES, Kátia et al. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. **CIAIQ**, v. 2, 2017.

ROSSI, Flávia Raquel; DIAS DA SILVA LIMA, Maria Alice. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, 2005.

SANTOS, Tatiana Vasques Camelo; PENNA, Cláudia Maria de Mattosç. TECNOLOGIAS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE. **Anais do Seminário Científico da FACIG**, n. 1, 2017.

SCHIMITH, M.D.; LIMA M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, vol. 20 n. 06, p.1487-94, 2004.

SILVA, Maria Zeneide Nunes; DE ANDRADE, Andréa Batista; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.