

## **AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Carla Coutinho da Silva; Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento; João Pedro Sobral Neto; Maria Valéria Gorayeb de Carvalho.

*Associação Caruaruense de Ensino Superior e técnico – ASCES. carllacoutinho@gmail.com*

**Resumo:** Quando relacionada com o cuidado, percebe-se que tecnologia consiste em conhecimentos que fundamentam a implementação do cuidado. Sendo assim, por passar pelo processo de trabalho em saúde e participar da construção de saberes, seu entendimento deve transcender a visão de um produto palpável e basear-se em um conjunto de ações cuja finalidade é a elaboração de estratégia de cuidados, estabelecimento de relações e vínculo, o que é englobado pelas tecnologias leves. O presente estudo tem por objetivo contribuir para a discussão da necessidade constante de avaliação das tecnologias leves utilizadas nos serviços de saúde, ressaltando a Estratégia de Saúde da Família. Foi utilizada a revisão integrativa. No universo pesquisado, foi possível identificar que o modelo médico centrado se repete na prática, apesar de todas as mudanças propostas pela ESF no paradigma da atenção à saúde. Foi percebido também que práticas em saúde baseadas em acolhimento, escuta, responsabilização, autonomia e vínculo são indispensáveis para uma linha de cuidado efetiva.

**Palavras-chave:** Tecnologia leve, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços de saúde.

### **Introdução**

Desde a crise estrutural do capitalismo, ocorrida em 1970, fazendo com que países desenvolvidos entrassem em crise, os gastos com políticas sociais passaram a ter mais atenção. Avaliar os serviços de saúde, enquanto seus gastos, tornou-se necessidade. Dentro do contexto da crise citada e com o aumento dos custos médicos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) convoca países para uma Conferência de Saúde, que se realizou em Alma ata em 1978 (FERRI,2006). Nesta conferência surgiu no tocante à saúde do mundo a Atenção Primária a Saúde. Esta que por formar parte integral do sistema de

serviços de saúde, tem como foco o desenvolvimento econômico e social da comunidade. No Brasil, na década de 80, foi realizado a oitava Conferência Nacional de Saúde, onde reconheceu-se a saúde como um direito de todos e dever do estado, demarcando o início da construção do sistema único de Saúde (SUS). Este Sistema foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e trouxe consigo um novo modelo político que visava a diminuição de doenças e agravos.

Neste contexto a Atenção Básica foi criada para servir como porta de entrada do sistema de saúde, tendo como função a elaboração de ações para a prevenção,

recuperação e promoção da saúde dos indivíduos. Sob a perspectiva de organizar as ações da AB foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que posteriormente em 1998 foi passado de programa para estratégia, chamando-se assim Estratégia de Saúde da Família. Rompendo com o modelo tradicional, que é centrado na doença e hospital, a estratégia privilegia a promoção e proteção de forma integral e contínua a indivíduos e famílias, buscando o aumento da qualidade de vida, que para muitos está intimamente relacionada com a qualidade de saúde que estes indivíduos possuem.

Alguns estudiosos como Mehry concordam que para (re) construir o modo de produção dos serviços de saúde, é válido que se tenha a produção de cuidado como finalidade do processo de trabalho em saúde. Para que as ações em saúde tenham o cuidado como produto final, estas ações devem ser embasadas no acolhimento, relações de responsabilidade, autonomia dos envolvidos, resolubilidade, vínculo, o social e o econômico, ou seja, o uso das tecnologias do cuidar, sendo que, só por meio das quais é possível chegar a integralidade. Quando é relacionado cuidado e tecnologia, percebe-se que tecnologia consiste em conhecimentos que fundamentam a implementação do

cuidado. Sendo assim, por passar pelo processo de trabalho em saúde e participar da construção de saberes, seu entendimento deve transcender a visão de um produto palpável e basear-se em um conjunto de ações cuja finalidade é a elaboração de estratégia de cuidados, estabelecimento de relações e vínculo, o que é englobado pelas tecnologias leves (FERRI et al, 2007; ROCHA et al, 2008; SOUZA, 2011).

Mehry (2002), além de incluir os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde também insere a este os saberes que trabalham na organização das ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Ele classifica as tecnologias em três categorias, as tecnologias duras, que se refere às normas institucionais e organizacionais, a leve-dura que compreende os saberes estruturados dentro do processo de trabalho e a leve que são produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo as relações, autonomia e vínculo, como citado anteriormente. Apesar destas tecnologias se relacionarem, as mudanças no processo de cuidado apenas se concretizarão com a incorporação das tecnologias leves no processo de trabalho. Com a distribuição da oferta de serviços de saúde, no processo de construção do SUS, principalmente na atenção básica o

acolhimento, acesso e vínculo vem para complementar as práticas dos serviços e gerar grandes debates. (Mehry 1994 apud PEDUZZI, 2007).

Partindo do pressuposto que a população necessita cada vez mais de intervenções humanas e resolutivas, entendemos que avaliar pela perspectiva dos usuários, a qualidade do acesso, vínculos estabelecidos, atendimento e o modo como o cliente é acolhido dentro da estratégia, é necessário para potencializar o poder resolutivo esperado pela população, além de (re)alocar recursos, objetivos e ações, que sejam relacionadas com as necessidades existentes. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo contribuir para a discussão da necessidade constante de avaliação das tecnologias leves utilizadas nos serviços de saúde, ressaltando a Estratégia de Saúde da Família. Entendendo, assim, a avaliação como um instrumento capaz de ressaltar as fragilidades das equipes de saúde, além de dar bases para futuras ações e tomadas de decisões.

## **Metodologia**

Foi utilizada a revisão integrativa. Esse tipo de pesquisa é um dos recursos da Prática Baseada em Evidência (PBE), que resume o passado da literatura ou teórica para

proporcionar o aprofundamento do conhecimento em determinado fenômeno e apresenta as seguintes etapas: a primeira etapa é a identificação da questão norteadora da pesquisa ou seleção do tema e hipótese, a segunda consiste no estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, na terceira são eleitas as bases de dados e busca na literatura, na quarta etapa é realizada a análise e na quinta e sexta os dados são discutidos e sintetizados, respectivamente.

A questão norteadora do estudo foi: quais as evidências na literatura sobre a Avaliação das tecnologias do cuidar no contexto da Atenção primária em saúde? As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS) e a Biblioteca Científica Eletrônica em Linha (SciELO). Utilizou-se os descritores controlados: Tecnologia leve, Atenção Primária à Saúde e Avaliação de serviços de saúde.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisas completos e revisões com versão online disponibilizados de maneira gratuita, nas línguas portuguesa, publicados em periódicos científicos classificados nos estratos A ou B do webqualis da Saúde Coletiva no período de 2007 a 2015, de modo a retratar a produção científica da atualidade. Os critérios de exclusão foram: editoriais, resenhas, relatos de experiências e reflexões

teóricas, dissertações, teses e monografias; resumos publicados em anais de eventos. Foram excluídos artigos repetidos, bem como aqueles que não possuísem relação direta com o tema.

Foram encontrados inicialmente 138 artigos, o que, após refinamento dos mesmos, resultaram em 45 estudos que foram analisados com base em um protocolo de apreciação. Finalmente, foram incluídos 5 artigos, de onde surgiram as seguintes categorias: Características gerais dos estudos, Tecnologias do cuidar e Tecnologias leves no processo de trabalho em saúde na Unidade Básica de Saúde.

A seleção e a análise dos estudos foram realizadas por meio do protocolo que especificava título, descritores, periódico, ano de publicação, natureza do estudo, tipo de serviço e sujeitos da pesquisa.

## **Resultados e discussão**

### **Características gerais dos estudos**

Os estudos selecionados mostram a predominância de delineamentos transversais com abordagem qualitativa, que consiste em uma orientação cada vez mais difundida no âmbito da saúde nesta virada de século. Tal ascensão não deve ser interpretada como uma hegemonia desse enfoque sobre os demais na

Saúde coletiva, mas parte da premissa que as questões de pesquisa vinculam-se aos problemas da existência humana, problemas esses que transcendem as potencialidades do modelo tradicional, no caso da saúde, o modelo da ciência positiva. A população participante das pesquisas analisadas foi composta por adultos ou exclusivamente idosos, sendo 40% dos estudos realizados com usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este é um dado importante, pois partindo do pressuposto de que a melhoria do atendimento a usuários do sistema de saúde deve ser a motivação principal para se realizar uma avaliação, ouvir o que os usuários têm a nos dizer traz consigo fenômenos sociais, expectativas individuais e coletivas, fatores econômicos, políticos e culturais, que certamente influenciarão o resultado a ser alcançado. A classificação dos estudos de acordo com o título, autor, revista, método e sujeito da pesquisa foram apresentadas na Figura 1.

Os resultados dos estudos mostram que os profissionais de saúde da ESF encontram-se com suas práticas distantes do que vem sendo preconizado para serviços de saúde acolhedores, responsáveis e integralizadores. Há uma predominância das tecnologias duras e leves-duras, que levam a um atendimento médico centrado, reduzido a questão farmacológica. O usuário dá muita

**Figura 1. Classificação dos estudos de acordo com o título, autor, revista, método e sujeito da pesquisa.**

Estudo	Título	Autor	Revista/Ano de publicação	Método	Sujeito da Pesquisa
E1	Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil	SANTOS, WJ; GIACOMIM, KC; FIRMO, JOA	Ciência & Saúde Coletiva, 2014	Abordagem qualitativa. O modelo dos Signos, Significados e Ações foi utilizado na coleta e análise dos dados, aplicando como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada.	Usuários idosos
E2	Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde	MIELKE, FB	Esc Anna Nery, 2011	Estudo avaliativo qualitativo. Para a coleta de dados utilizou-se observação participante e entrevista individual. Os dados foram analisados pelo Método Comparativo Constante.	Profissionais da ESF
E3	Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise	ARAÚJO, AK; TANAKA, OY	Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 2012	Utilizou-se como método a hermenêutica filosófica. Procedeu-se à análise das narrativas a partir de três linhas de argumentação.	Profissionais da ESF
E4	Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente	LAVADO, MM et al	Arquivos Catarinenses de Medicina	Pesquisa qualitativa que utiliza o método exploratório, com análise transversal dos dados.	Dois médicos da ESF
E5	As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família.	FERRI, SMN et al	Interface: Comunicação, Saúde e Educação, 2007	A coleta de dados deu-se por meio da entrevista semiestruturada. A abordagem foi de natureza qualitativa, e os dados foram ordenados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).	Usuários da ESF

importância ao trato, valoriza a incorporação das tecnologias leves nos espaços de produção em saúde e queixa-se da falta de interesse e responsabilização acerca de sua pessoa e do seu problema. É necessário que haja uma reconfiguração nestas tecnologias das relações, para que o cuidado seja não de sujeito/objeto, mas de sujeito/sujeito.

### **Tecnologias do cuidar**

A constante associação do termo “tecnologia” com máquinas modernas, tem dificultado a compreensão de que falar em tecnologia em saúde não se refere apenas à aparelhos sofisticados, mas à produção de cuidado. Este é o objetivo principal na área da saúde. Porém, os modelos de atenção adotados nos atuais serviços de saúde mostram que não é sempre que a produção do cuidado está comprometida com a cura. Ao relacionar cuidado e tecnologia, vê-se que a tecnologia consiste em conhecimentos que fundamentam sua implementação. Sendo assim, por participar da construção de saberes e do processo de trabalho em saúde, seu entendimento deve transcender a visão de um produto palpável e basear-se em um conjunto de ações cuja finalidade é a elaboração de estratégia de cuidados e o estabelecimento de relações (ROCHA et al, 2008).

O profissional e o paciente têm uma dinâmica que sofre influência de fatores pertinentes a ambos e ao meio que isto acontece. A união entre os dois atores constitui algo complexo, pois nem sempre o que o profissional proporciona é aquilo que o cliente deseja (SILVA, ALVIM, FIGUEIREDO, 2008). É só a partir dessa relação que usuários e trabalhadores adentram nos processos de trabalho e se reduzem como trabalhadores e sujeitos sociais. (MENDES-GONÇALVES, 1992 apud PEDUZZI, 2007). O trabalho vivo trazido por Merhy e Feuerwerker (2009) aponta para duas dimensões, a primeira vincula-se a atividade para a produção de um produto e sua finalidade. Nesta, o trabalhador está inserido em uma cadeia material dura e simbólica. A segunda se relaciona com o trabalhador e sua relação com seus atos e o produto que realiza.

Para a realização dos processos de trabalho em saúde há a utilização de diferentes tipos de tecnologias, então “o ‘trabalho vivo’ reúne as diferentes tecnologias na medida necessária para resolver o problema de saúde, considerando as singularidades e os fluxos de afetamento que interagem entre o trabalhador de saúde e o usuário, em ato” (AMORIM, ASSIS, SANTOS, 2014, p. 541). Partindo deste pressuposto, as tecnologias dividem-se em três modalidades: tecnologia dura, leve-dura



e leve. Merhy (1997, p. 41) classifica estas tecnologias como: Leve (como no caso das tecnologias de relações, que envolve vínculo, autonomização e acolhimento), leve-dura (como no caso dos saberes estruturados) e dura (equipamentos tecnológicos, normas, estruturas organizacionais).

A consolidação do uso destas tecnologias pelos profissionais varia de acordo com os tipos de relações que ele estabelece com os sujeitos que participam do processo de trabalho. Apesar destas tecnologias se inter-relacionarem na saúde, o ser humano, devido sua complexidade, precisa especialmente das tecnologias leves, pois ela permite a construção de relações e vínculo afetivo, características necessárias na produção de cuidado, para que tanto o profissional como o cliente possam se beneficiar deste momento (SILVA, AVIM, FIGUEIREDO, 2008).

### **Tecnologias leves no processo de trabalho em saúde na Unidade Básica de Saúde**

O modelo assistencial de saúde atual esteve sempre centrado no saber médico, onde o trabalho de outros profissionais estruturava-se a partir deste. Neste modelo, o cuidado em saúde baseia-se, principalmente, em tecnologias leves-duras e duras, sendo, portanto, voltado à produção de

procedimentos. Quando o núcleo de tecnologias do processo do trabalho do profissional em saúde está centrado nas tecnologias ditas leves, trabalha-se com a transferência de conhecimentos para o autocuidado, portanto a autonomia e subjetividade do usuário é respeitada visando o protagonismo do indivíduo que procura o serviço de saúde (MERHY, FRANCO, 2003)

A transição tecnológica, caracterizada por novas modalidades de assistência onde há mudança na relação entre as tecnologias existentes, é fundamental para que haja um novo modo de produzir saúde. Entretanto, há diferentes obstáculos para que isto aconteça. Entre eles estão: a assistência individual e curativista, que recorta o indivíduo e atenta somente para os aspectos relacionados ao funcionamento dos sistemas, deficiente formação profissional voltada para a assistência integral ao paciente e a lógica capitalista, onde a saúde é um bem rentável que pode ser consumido e negociado (BONFADA et al, 2012).

O acesso à Atenção Primária, na maioria das vezes mostra-se baseado na procura espontânea às unidades sem correlação com suas especificidades e sua capacidade resolutiva. A baixa resolutividade dos serviços pode ser resultado do modo de organização e operacionalização do trabalho, que por vezes não tem como foco central a

satisfação das necessidades e o bem-estar dos usuários. Diante disto, pode-se dizer que as ações em saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado, isto em todos os níveis de organização, mas precisamente na Atenção Básica, por ser o nível de atenção onde se estabelece os contatos entre indivíduos e família.(MARQUES; LIMA, 2004).

Em nossa sociedade as tecnologias duras e leve-dura encontram terreno fértil para se imporem sobre as tecnologias leves. Superar esta conformação exige a criação de novos arranjos e combinações, que aumentem o peso desta tecnologia, por parte dos atores envolvidos no processo de atendimento ao cliente. O acolhimento e o vínculo é identificado na ESF como ferramentas estratégicas para operacionalização das tecnologias leves, pois estes compreendem a responsabilização dos profissionais pelo usuário, escuta qualificada e garantia de assistência resolutiva. As tecnologias leves não se dissociam das demais tecnologias, assim, apesar da atuação das tecnologias duras no processo de trabalho, este fato não deve acabar com a presença das tecnologias leves, pois seria de grande perda para o processo de cuidado a ausência de relação entre profissional e paciente (COELHO; JORGE, 2009; GARUZI, 2014).

## Conclusão

No universo pesquisado, foi possível identificar que práticas em saúde baseadas em acolhimento, escuta, responsabilização, autonomia e vínculo são indispensáveis para uma linha de cuidado efetiva. Percebe-se que o modelo médico centrado se repete na prática, apesar de todas as mudanças propostas pela ESF no paradigma da atenção à saúde. As relações usuário-profissional ainda se estabelecem na perspectiva do poder, onde este último fica sua intervenção na doença e privilegia as tecnologias duras e procedimentais.

Diante do exposto, torna-se urgente romper com este modelo médico hegemônico, que recorre exclusivamente as tecnologias duras e leves-duras, limitado em suas limitações e subalternidade, ausente de compromisso com as necessidades da população. Esta ruptura, entretanto, ultrapassa o espaço das políticas de saúde e precisa avançar com uma abordagem mais complexa dos eventos que envolvem o processo saúde-doença através de novas perspectivas na formação em saúde, educação continuada e processos de trabalho pautados nas tecnologias leves.

## Referências



AMORIM, A.C.C. L.A; ASSIS, M.M.A;  
SANTOS, A.M. **Vínculo e responsabilização**

**como dispositivos para produção do**  
**cuidado na estratégia saúde da família.**

Revista Baiana de Saúde Pública, v.38, n.3,  
p.539-554 jul./set. 2014.

ARAUJO, A.K; TANAKA, O.Y. **Avaliação**  
**do processo de acolhimento em Saúde**  
**Mental na região centro-oeste do município**  
**de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS**  
**em análise.** Interface - Comunic, Saúde, Educ  
v.16, n.43, p.917-28, out./dez. 2012.

BONFADA, D. et al. **A integralidade da**  
**atenção à saúde como eixo da organização**  
**tecnológica nos serviços.** *Ciênc. saúde*  
*coletiva* [online], vol.17, n.2, pp. 555-560,  
2012.

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. **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, Supl. 1, p.:1523-1531, 2009.

FERRI, S.M.N. **As tecnologias leves como**  
**geradoras de satisfação em usuários de**  
**uma unidade de saúde da família –**  
**elemento analisador da qualidade do**  
**cuidado prestado?.** 2006. Dissertação  
(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de  
Enfermagem em Saúde Pública, Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade  
de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERRI, S.M.N. et al. **As tecnologias leves**  
**como geradoras de satisfação em usuários**  
**de uma unidade de saúde da família.**  
Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.11, n.23,  
p.515-29, set/dez 2007.

GARUZI, M et al. **Acolhimento na**  
**Estratégia Saúde da Família: revisão**  
**integrativa.** *Rev Panam Salud Publica*, v. 35,  
n. 2, 2014.

LAVADO, M.M et al. **Avaliação do**  
**processo de trabalho médico no programa**  
**saúde da família: uma ferramenta para**  
**educação permanente.** *Arquivos*  
*Catarinenses de Medicina* Vol. 36, no. 2, p.:  
75-81, 2007.

MARQUES, G.Q; LIMA, M.A.D.S. **As**  
**tecnologias leves como orientadoras dos**  
**processos de trabalho em serviços de saúde.**  
*Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS); v.  
25, n. 1, p.:17-25. 2004.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do**  
**Trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo**  
**perdido: a micropolítica do trabalho vivo**  
**em saúde.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.  
*Agir em saúde: um desafio para o público.*  
São Paulo: Hucitec, 1997. P. 71-112.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.

**Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea.** In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). *Leituras de novas tecnologias e saúde.* São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-56

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais.** *Saúde Debate*, v. 27, n. 65, p.316-323, 2003.

MIELKE, F.B; OLSCHOWSKY, A. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde.** *Esc Anna Nery* (impr.); v. 15, n. 4, p.:762-768, out-dez, 2011.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população.** 2007. Tese de livre docência. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo (SP).

ROCHA, P.K. et al. **Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de**

**Cuidado.** *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-6, jan-fev 2008.

SANTOS, W.J; GIACOMIN, K.C; FIRMO, J. O. A. **Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p.: 3441-3450, 2014.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. **Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar.** *Esc Anna Nery Rev Enferm*; v. 12, n. 2, p. 291 – 8, jun 2008.

SOUZA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em enfermagem.** 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.