



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

Fabiane Cristina Enzweiler

**O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de
Saúde da Família: Práticas de Cuidado**

Porto Alegre

2020

Fabiane Cristina Enzweiler

**O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de
Saúde da Família: Práticas de Cuidado**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2020

Fabiane Cristina Enzweiler

**O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de
Saúde da Família: Práticas de Cuidado**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde/Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Aprovada em: 14/11/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Andrea Bandeira - PUCRS

Prof. Dra. Carolina Rogel de Souza - UFSC

Prof. Dra. Cristine Maria Warmling - UFRGS

Prof. Dra. Mariângela Lenz Ziede - UFRGS (suplente)

CIP - Catalogação na Publicação

Enzweiler, Fabiane Cristina O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: Práticas de Cuidado / Fabiane Cristina Enzweiler. -- 2020. 71 f.

Orientadora: Fabiana Schneider Pires.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Cuidado em Saúde. 2. Saúde da Família e Comunidade. 3. Processo de trabalho em saúde.

I. Pires, Fabiana Schneider, orient. II. Título.

Às minhas meninas, Gi e Gabi, todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço por todos que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Aos colegas pelo incentivo, companheirismo e troca de experiências.

Aos professores pelos ensinamentos, em especial a minha amada orientadora Prof. Fabi, pela paciência, tranquilidade e gentileza neste percurso acadêmico.

A minha família e amigos pelo carinho e apoio. Em especial agradeço ao Cristiano, que sempre acreditou em meu potencial, me incentivando e cuidando de mim e das minhas meninas, Giovana e Gabriele, com tanta dedicação e amor!

RESUMO

O enfermeiro no Sistema Único de Saúde compõe a equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família e atua vinculado aos usuários e às famílias e tem papel fundamental na equipe de saúde, principalmente no que tange à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, através das consultas de enfermagem, tendo o acolhimento, como uma ferramenta no seu processo de trabalho. O estudo teve como objetivo compreender o trabalho dos enfermeiros e o uso das tecnologias de cuidado para suas práticas na Rede de Atenção em Saúde em um município do Vale do Rio dos Sinos/RS. A entrevista foi utilizada como instrumento de pesquisa com enfermeiros atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do município. Os dados produzidos foram analisados pela análise de discurso, das quais emergiram categorias: a compreensão da prática profissional, o acolhimento como prática da atenção básica, a construção de uma tecnologia de cuidado e os espaços de produção de si. Os resultados e análises indicam que, em sua prática profissional os participantes se utilizam do acolhimento em diferentes dimensões: como tecnologia para o trabalho, como o uso de si por si e pelos outros e como competência profissional. Para além de ser um arranjo tecnológico para responder às demandas nas unidades de saúde, o acolhimento surge como uma relação intersubjetiva, produzindo efeitos que ultrapassam a assistência, criando espaços de produção de si no trabalho. Assim como a tecnologia, o cuidado é construído socialmente e o enfermeiro ao conectar-se com as tecnologias, faz uso delas como uma ferramenta de trabalho, mas o seu trabalho o transforma em um ser do cuidado em saúde, abrindo espaços para os processos de subjetivação e para as negociações do uso de si por si e o uso de si por outros em seu cotidiano de trabalho.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde; Saúde da Família e Comunidade; Processo de trabalho em saúde.

ABSTRACT

The nurse in the Unified Health System composes the multidisciplinary team of the Family Health Strategy and an act linked to users and families and has a fundamental role in the health team, especially with regard to the expansion of coverage and improvement of the quality of care, through nursing consultations, with welcoming as a tool in their work process. The study aimed to understand the work of nurses and the use of care technologies for their practices in the Health Care Network in a municipality in the Vale do Rio dos Sinos/RS. The interview was used as a research instrument with nurses working in the family health strategies of the municipality. The data produced were analyzed by discourse analysis, from which categories emerged: the understanding of professional practice, welcoming as a practice of primary care, the construction of a care technology and the spaces of self-production. The results and analyses indicate that, in their professional practice, participants use welcoming in different dimensions: as technology for work, such as the use of themselves and others and as professional competence. In addition to being a technological arrangement to respond to the demands in health units, welcoming emerges as an intersubjective relationship, producing effects that go beyond care, creating spaces for the production of ones at work. Like technology, care is socially constructed and nurses connect with technologies make use of them as a work tool, but their work transforms it into a health care being, opening spaces for the processes of subjectivities and negotiations of the use of themselves and the use of themselves by others in their daily work.

Keywords: Health Care; Family and Community Health; Health work process.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
FSNH	Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPG ENSAU	Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1	AGIR EM COMPETÊNCIA.....	17
3.2	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS) NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	20
3.3	TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE: O TRABALHO VIVO	23
3.4	PRÁTICA DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE: CONCEITOS E COMPREENSÕES PARA O TRABALHO.....	27
4	METODOLOGIA	31
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1	COMPREENSÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	36
5.2	O ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA DA ATENÇÃO BÁSICA.....	41
5.3	DOS PROTOCOLOS À PRÁTICA: A CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO.....	45
5.4	ACOLHIMENTO E ENCONTROS INTERSUBJETIVOS: ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SI.....	49
6	PRODUTOS TÉCNICOS	51
6.1	PRODUTO TÉCNICO: CAPÍTULO DE LIVRO DIGITAL <i>E-BOOK</i>	51
6.2	PRODUTO TÉCNICO: BOLETIM INFORMATIVO - EDIÇÃO SUPLEMENTAR DA REVISTA SABERES PLURAIS.....	51
6.3	PRODUTO TÉCNICO: APRESENTAÇÃO NA 6ª JORNADA MUNICIPAL DE SAÚDE COLETIVA.....	56
6.4	PRODUTO TÉCNICO: AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ESPAÇO <i>DRAMATIQUE</i>	57
6.5	PRODUTO TÉCNICO: DESENVOLVIMENTO DE SITE	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	REFERENCIAS	60
	APÊNDICE A –ROTEIRO DE ENTREVISTA	67
	APÊNDICE B –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	68
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA DA FACULDADE DE	

MEDICINA DA UFRGS E AO COMITÊ DE ÉTICA (CEP).....	69
ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	70
ANEXO C - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	71

1 INTRODUÇÃO

Enfermagem é uma das profissões da área da saúde voltada para o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, por meio de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação. A enfermagem tem como prática profissional o cuidado, o acolhimento e o bem estar das pessoas, atuando em equipes nos contextos de assistência à saúde, na coordenação de serviços e setores da assistência ou na gestão, com o objetivo de promover a autonomia das pessoas utilizando-se de práticas de educação em saúde (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

O PSF (Programa Saúde da Família), criado e implantado em 1994, foi uma importante estratégia para reorganizar as práticas na APS (Atenção Primária da Saúde) e para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, por meio do sistema de referência e contra referência. Aquele Programa organizava e articulava os demais níveis de complexidade de atenção com a APS, garantindo, assim, a integralidade das ações e a continuidade do cuidado, com base no trabalho em equipe, priorização da família em seu território, acolhimento, vínculo, ações de prevenção e promoção da saúde, sem descuidar do tratamento e reabilitação (GARUZI et al., 2014).

Em 1997, o Ministério da Saúde promoveu a mudança de PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF), com todas as implicações que essa mudança abrangia. Dessa forma, o PSF deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a APS e consolidou os princípios do SUS; portanto, não poderia mais ser lido como um programa. Em 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº648, de 28 de março, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assumindo um posicionamento claro sobre o que considera Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), conceitua a ESF como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas à: ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; organização do acesso ao sistema; integralidade do atendimento; conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Assim, o enfermeiro da ESF tem papel fundamental na equipe de saúde,

principalmente no que tange a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, através das consultas de enfermagem, aplicando o acolhimento, como uma ferramenta.

Para garantia do princípio da universalidade, com acesso aos serviços nos diversos níveis de assistência do SUS, partiu-se da organização da atenção à saúde, tendo como base a atenção básica. Desde 2006 o profissional enfermeiro compõe a equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), e atua diretamente vinculado à comunidade, realizando cuidados às diferentes necessidades das famílias (BRASIL 2006a, 2011, 2017a).

Entre as atribuições específicas dos profissionais enfermeiros das equipes que atuam na Atenção Básica, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017) estão: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas; realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território; realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/ auxiliares de enfermagem, ACS e ACE; supervisionar as ações do técnico/ auxiliar de enfermagem e ACS; implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS e exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017a).

O trabalho do enfermeiro nas equipes de ESF centra-se no acolhimento, na realização de ações técnico-assistenciais e no processo de escuta qualificada direcionado à assistência. Sobre as práticas de acolhimento em saúde, destaca-se que estas facilitam a reorganização dos serviços, melhorando a qualidade da assistência e têm o usuário como eixo principal e sujeito ativo do cuidado (FALK et al., 2010). Na perspectiva da ESF como modelo de atenção à saúde, o acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços, com qualificação da escuta, oportunizando a construção de vínculos e ampliando o acesso da população aos cuidados em saúde. O trabalho do enfermeiro, bem como dos demais trabalhadores das equipes de saúde, como explicitado na Política Nacional de Humanização (PNH), pauta-se pela responsabilização com o cuidado (BRASIL, 2013).

O acolhimento, visto como tecnologia de cuidado em saúde, opera na direção de conhecer e melhor enfrentar as necessidades específicas dos sujeitos em busca da

humanização e de relações dialógicas para o desenvolvimento de cada pessoa, nas quais a individualidade, as crenças, as características pessoais, a linguagem, entre outras coisas, sejam respeitadas. O acolhimento é considerado compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado (ROSSI e LIMA 2005).

Acredita-se no uso de competências relacionais (comunicação, empatia, entre outras) para uma construção mútua entre os sujeitos como forma de dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos, valorizando os atores do cuidado (trabalhadores e usuários).

Do ponto de vista da concretização de diretrizes e políticas de saúde no micro-espço do cuidado, o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados, contribuindo para a satisfação do usuário. Significa em sua essência, acolher, ouvir, suprir de forma eficiente a demanda, dar respostas mais adequadas aos usuários e à sua rede social, além de perceber o usuário como sujeito e participante ativo na produção de sua saúde (BACKES et al., 2012).

Beck e Minuzi (2008) destacam o acolhimento enquanto estratégia que deve permear todo o sistema, reorganizando as relações entre profissionais e usuários e promovendo uma assistência mais resolutiva e humanizada, com a construção de sujeitos valorizados, autônomos e criativos.

O acolhimento é entendido como uma tecnologia leve (tecnologia das relações) que deve ser usada na perspectiva de implantação de novas práticas de saúde. Trata-se de uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

O ato de acolher deixa de se resumir à porta de entrada ou à triagem e passa a envolver a escuta das necessidades do usuário e a responsabilização do serviço de saúde pelas demandas identificadas (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

Franco e Merhy (2006), destacam que o acolhimento, como prática em saúde, potencializa a universalização do acesso, pois a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema dando-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessário fortalece vínculos para a resolutividade do cuidado.

Para Pires (2009), o cuidar em enfermagem aborda também no sentido de promover a vida, o potencial vital, o bem estar dos seres humanos em sua individualidade, complexidade e integralidade. E, em relação à utilidade social do trabalho da enfermagem, apesar de não haver consenso em relação à natureza do cuidado de enfermagem, há consenso no que diz respeito à estreita relação entre cuidado humano e o trabalho da enfermagem. Da

geração da vida, sua manutenção e finitude é preciso cuidado. No entanto, na sociedade atual, fortemente dependente de tecnologias materiais, influenciada pela comunicação global, centrada no consumo, nos valores mercantis e na biomedicina, certos valores como solidariedade, direito à vida digna e ao cuidado não são prioridade.

O trabalho em saúde no modelo da ESF pode ser caracterizado como um trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, mas com ações fragmentadas, em que cada área técnica se responsabiliza por uma parte da atividade.

Clot (2010) traz para a discussão sobre o trabalho do ponto de vista da atividade, ou seja, os caminhos que os trabalhadores percorrem para que as tarefas possam se efetivar. Apontam dois momentos na atividade: a estrutura instrumental e o outro à sua inserção num sistema de relações entre os humanos. Uma atividade liga os humanos não apenas ao mundo das coisas, mas também a outros humanos. Logo, os trabalhadores nunca estão sozinhos em face do mundo de objetos no curso de sua atividade de trabalho, daí a necessidade de comunicação verbal e este ponto tem despertado o interesse das pesquisadoras, buscando compreender o entrelaçamento entre as práticas de saúde no cotidiano das equipes da estratégia da saúde da família na APS e o desenvolvimento das competências profissionais.

O conceito de competência profissional emergiu no novo panorama de qualificação para o trabalho a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, no início dos anos 2000, para grande parte dos cursos da área da saúde. Mudanças na organização no mundo do trabalho deslocaram o conceito de qualificação profissional presente na ótica taylorista-fordista para o de competência, renovando as bases das relações de trabalho e de educação (RAMOS, 2011).

Este estudo utilizou como referencial teórico de Schwartz (1998) sobre o uso de si e o trabalho. Para pensar o trabalho como atividade humana é, necessário compreender a atividade como “[...] um impulso de vida, de saúde, sem limite predefinido, que sintetiza, cruza e liga tudo o que se representa separadamente (corpo/espírito; individual/coletivo; fazer/valores; privado/profissional; imposto/ desejado, etc.)” (DURRIVE e SCHWARTZ, 2008, p.23). Para o autor, “toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau, descritível, por um lado, como seguimento de um protocolo experimental e, por outro, como experiência ou encontro” (SCHWARTZ, 1998, p. 15).

O fio condutor para a realização do estudo foram as práticas de cuidado em saúde de enfermeiros (o uso de si no trabalho), analisados em uma rede de atenção básica em saúde. Desta forma, além de uma matriz teórica sobre o trabalho destes profissionais na atenção primária, a compreensão da micropolítica do trabalho em saúde e as tecnologias da produção de cuidado são referenciais teóricos para as análises do estudo.

As dimensões de uma rede de atenção devem ser consideradas como os pontos para a realização do trabalho profissional. Amaral e Bosi (2017), desenvolveram uma matriz com os elementos constitutivos das redes e as suas dimensões a partir dos quais ocorrem as conexões da rede:

- Conectividade, representa as modalidades e efeitos das relações estabelecidas entre as unidades mínimas;
- Integração, referente aos efeitos do conjunto das unidades mínimas e suas relações, identificados como coerência, continuidade e complementaridade de ações na rede;
- Normatividade, indicando a construção e adesão a diretrizes clínicas e linhas de cuidado singulares, assim como o estabelecimento de critérios de encaminhamento, entrada e saída de cada ponto da rede;
- Subjetividade, incluindo protagonismos, sentidos, valores e vínculos afetivos circulantes na rede.

Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é uma das condições para que o serviço seja produtor do cuidado. O estudo apoia-se na dimensão Subjetividade da matriz de Amaral e Bosi (2017), nos referências de Schwartz (1998) sobre o uso de si e o trabalho e o cuidado em sua relação com as tecnologias leves (Merhy, 2002) para analisar as práticas de cuidado por enfermeiros na AB (Atenção Básica).

2 OBJETIVOS

Compreender o trabalho dos enfermeiros e o uso das tecnologias de cuidado para suas práticas na Rede de Atenção em Saúde em um município do Vale do Rio Sinos/RS.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar a rede de APS no município, os pontos de conexão para o acolhimento do usuário nesta rede;
2. Analisar a prática profissional a partir das experiências dos trabalhadores (enfermeiros) e sua relação com tecnologias de cuidado;
3. Relatar o processo de constituição de uma prática de acolhimento em saúde nas unidades de saúde;
4. Compreender o cuidado em saúde a partir da micropolítica do trabalho na Rede de Atenção em Saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AGIR EM COMPETÊNCIA

Para Schwartz (1998), a definição de competência não pode ser analisada separada das condições que no dia-a-dia dão conta de nossa capacidade de viver. Competência é uma realidade vaga que recebe um conteúdo em tendência no campo das atividades sociais; buscando definir suas condições nos limites, que equivaleria à busca absurda do que poderiam ser as competências necessárias para viver. Pela mediação do corpo-si, da linguagem, dos valores, entre o uso industrioso de si e os outros momentos da vida biológica, psíquica, política, cultural, múltiplas circulações em todos os sentidos cristalizam um núcleo comum e vago de competências para viver e das polaridades específicas, segundo as características concretas em que cada indivíduo coloca em prática.

Todas as manifestações de competência em qualquer campo é uma modalidade eficiente de negociações complexas. A partir das condições gerais, específicas de cada forma remunerada de trabalho, e com as diferentes relações de poder a elas associadas, poderá essa questão das competências encontrar um espaço para ser tratada. Trata-se de determinar a competência industriosa que é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos que não podem ser todos avaliados nos mesmos moldes, e muito menos ainda quando ela inclui uma dimensão de valor, uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação dos valores (SCHWARTZ, 1998).

O primeiro ingrediente da competência industriosa contempla e mede o grau de apropriação do primeiro momento, situação onde se desenvolve em conformidade à imagem de um protocolo experimental. Traz referência à prática científica, e indica que todo processo ergológico deve tentar antecipar suas sequências, neutralizar e, até mesmo, anular a dimensão conjuntural da situação de trabalho. A relação com esse ingrediente supõe uma disciplina, um descentramento em relação ao seu próprio ponto de vista sobre a atividade e o mundo. Para apropriar-se dele, é preciso submeter-se a suas normas e imposições internas - de rigor formal variável. Esse tipo de ingrediente será sempre objeto de um aprendizado progressivo, onde o sujeito deve aparentemente esquecer sua experiência, para melhor ter acesso às conexões regradas que se movem na - relativa - generalidade do conceito (SCHWARTZ, 1998).

O segundo ingrediente da competência industriosa encontra-se em um pólo oposto. Toda atividade de trabalho, por um lado analisável como um seguimento de um protocolo de experimentação, era sempre também, em parte, experiência ou encontro. A dimensão experimental parece ser uma característica universal de todo processo ergológico: não existe situação de atividade que não seja afetada pela infiltração do histórico no protocolo. Assim, uma forma de competência ajustada ao tratamento dessa infiltração, tratamento por definição jamais padronizado e que, por isso mesmo, reforça a contingência da situação. Mais pertinente nos parece ser a capacidade para tomar decisões, para arbitrar, levando essas conjunturas em conta. Essa competência do histórico é composta por pontos de referência, conhecimentos mais ou menos intuitivos da vizinhança industriosa, antecipações do comportamento e das arbitragens dos próximos (SCHWARTZ, 1998).

No entanto, o terceiro ingrediente da competência pode ser definido como capacidade e propensão variáveis para estabelecer uma dialética ou uma consonância entre os dois primeiros. Trata-se de uma disposição para identificar de modo continuado uma situação como atualização circunstanciada, que requer um tratamento ajustado a ser criado, de uma configuração genérica permitindo em teoria uma programação sequencial de operações. Essa identificação supõe uma inventividade dinâmica que leve em conta nas suas escolhas tanto as características genéricas quanto os metabolismos locais.

A respeito do quarto ingrediente traz os projetos-herança diferentes, mostrando a ambiguidade das esferas patrimoniais em torno das quais se desenvolviam modalidades variadas de competência industriosa. O teste dessa dimensão incômoda da competência é o problema clássico da transferência das competências, devido à mobilidade, a pluriatividade, e até da precarização das situações de emprego. Se as competências são essencialmente uma qualidade da pessoa, elas serão facilmente encontradas em todas as circunstâncias. Esse ingrediente introduz uma espécie de ruptura no inventário, ele não se situa no mesmo nível. A correlação dos valores que organizam o meio de trabalho (e vice-versa) e a qualidade do uso de si na atividade atenua consideravelmente a pretensão de objetividade e de neutralidade na avaliação das competências (SCHWARTZ, 1998).

Se os elementos heterogêneos citados têm mesmo seu lugar na noção de competência industriosa, então ninguém pode ser competente de modo igual em todos os registros. O problema das eficiências coletivas será o de constituir equilíbrios variados e complementares de ingredientes, conforme o tipo e o nível da tarefa ou da missão a ser realizada. Visto pela ótica do desempenho, a noção de equipe torna-se cada vez mais uma

entidade funcional necessária e valorizada nos organogramas, e auxilia a compreender melhor por que a eficiência emerge cada vez mais como um produto coletivo, este que define o ingrediente cinco. O termo competência coletiva parece-nos, no entanto, impróprio para evocar a série de dificuldades reais compreendidas pelo sexto ingrediente. A competência coletiva, preferimos definir como a expressão qualidade sinérgica, construção sinérgica, que indicaria melhor, como problema, a colocação em síntese de espectros ergológicos diferentes (SCHWARTZ,1998).

O conceito de agir em competência, proposto por Schwartz (2007), tem o objetivo de superar as dificuldades de articular todas as dimensões (heterogêneas) pertinentes ao processo de trabalho. A noção de competência traz a pensar que aquilo que uma pessoa coloca em ação no trabalho não se restringe apenas a extensão protocolar do processo de trabalho ou ao que se considera como prescrito para a situação de trabalho. As dimensões da experiência humana na atividade de trabalho são subjetivas e, portanto, não mensuráveis. A atividade tem algo de sempre indefinível na medida em que ela é sempre micro recriadora.

Não existe situação de trabalho que não convoque *dramatiques* do uso de si, as quais se prendem aos horizontes de uso dentro dos quais cada um avalia a trajetória e o produto, ao mesmo tempo individual e social, do que é levado a fazer (SCHWARTZ, 1998).

O trabalho que é prescrito e o trabalho efetivamente realizado confronta-se com a singularidade de cada cliente e sua demanda. A diferença entre o prescrito e o real é uma afirmação que estrutura as práticas ergonômicas, especialmente aquelas vinculadas à chamada ergonomia da atividade. O trabalho que é prescrito, reafirma que o trabalho não é pura execução. Entre o que é prescrito, mesmo por nós mesmos e o que é produzido quando começamos a fazer, há sempre um distanciamento, e isto é universal (SCHWARTZ e ECHTERNACHT, 2007).

O trabalho efetivamente realizado, afirma que, se esta distância é universal, ela é tendencialmente antecipável, mas nunca inteiramente antecipável. Tais proposições nos indicam que a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real não se vincula apenas às inadequações das prescrições do trabalho, mesmo quando estas se evidenciam. O trabalho não é pura execução porque ele é uso de si. Há sempre uso de si pelo fato de que estar vivo, é reinventar maneiras de viver, de sobreviver, de viver em comum. Viver não pode ser pura execução. Não podemos imaginar nenhuma atividade- de trabalho ou outra - que não seja também uso de si. Não basta, portanto, que a produção utilize homens e

mulheres, é preciso que estes homens e mulheres utilizem a si mesmos. O que quer dizer mobilizar em si mesmo a inteligência, a memória, o corpo. Este uso de si mesmo, deste corpo-si escapa a toda tentativa de antecipação e de quantificação. Trata-se de uma experiência de si mesmo e uma relação com a própria história (SCHWARTZ e ECHTERNACHT, 2007).

Há algo de invisível no trabalho. Torna-se importante revisitar o pensamento em François Daniellou, em uma publicação organizada em 1996, *L'ergonomie en quête de ses principes*, que sintetiza essa idéia do trabalho como um misto de visível e de invisível:

Em suas atividades, os homens ou as mulheres tecem no trabalho. Em relação à *trama*, os fios os religam a um processo técnico, a propriedades da matéria, das ferramentas ou dos clientes, às políticas econômicas - elaboradas eventualmente em um outro continente -, às regras formais, ao controle de outras pessoas... Em relação à *cadeia*, aqui religados à sua própria história, a seu corpo que aprende e que envelhece; a uma multidão de experiências de trabalho e de vida; a muitos grupos sociais que lhes ofertaram saberes, valores, regras com os quais eles produzem dia após dia; aos parentes também, fontes de energia e de preocupações; aos projetos, desejos, angústias, sonhos (Daniellou, 1996, p. 1, APUD: SCHWARTZ, 2011).

O trabalho em saúde insere-se nesta perspectiva: a produção de si e o cuidado ao outro. As competências para o ser-fazer no trabalho em saúde desenvolvem-se nos múltiplos momentos da formação (formais ou não-formais) e por este viés que serão analisados os dados produzidos neste estudo. Compreende-se que há no design do trabalho em saúde - e aqui estão os enfermeiros - uma certa imprevisibilidade da atividade dado ser um trabalho vivo e ao vivo. Este não previsível pode descortinar um conhecimento sobre a atividade humana que excede o estabilizado, formalizado, generalizado e contextualizado (HUBAULT, 1996).

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS) NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Considerando os diferentes modelos de atenção à saúde na história recente do SUS, vê-se a necessidade de contextualizar a ESF e sua trajetória no Brasil.

A portaria 2.436 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, aprova uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Esta vem em substituição da portaria número 2.488 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde e a portaria número 648, de

março de 2006, que estabelece revisão de diretrizes e normas de Atenção Básica para a ESF e o PACS.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio dos exercícios das práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2013).

O enfermeiro inserido na equipe multiprofissional integrante da ESF atua diretamente vinculado à comunidade, prestando cuidados aos diversos integrantes da família. Dentre as várias metodologias assistenciais a serem utilizadas por este profissional na atenção básica, o acolhimento tem papel de destaque. A PNH (Política Nacional de Humanização) é uma política que aposta na inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Então, humanizar se traduz como a inclusão das diferenças nos processos, estimulando a produção e novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Entre as diretrizes da PNH está a clínica ampliada, a co-gestão, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupalidades, os coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2006b).

A Rede de Atenção em Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, que integram o meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, e buscam garantir a integralidade do cuidado. O principal objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade. Como principais características da RAS estão: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, e como centro da comunicação a APS; a centralidade nas necessidades em saúde da população; responsabilização na atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos, e compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2017b). A Organização Mundial da Saúde, em sua proposta de reorganização dos sistemas nacionais de saúde, que é a AB que deve ser pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, pela posição central que deve ter na

constituição das redes de cuidado (OMS, 2008).

A RAS fundamenta-se na compreensão de que a APS representa o primeiro nível da atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários e na coordenação em todo o cuidado realizado nos pontos de atenção. Entende-se como ponto de atenção os espaços nos quais são ofertados determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular (BRASIL, 2017b).

Ocorre um debate na literatura internacional que sustenta a importância da coordenação do cuidado na APS, fortemente apoiada por sistemas que facilitem a comunicação entre os pontos da rede. Ressalta-se, porém, a necessidade de adaptação aos diferentes contextos, tendo como norte a universalização do acesso com qualidade na atenção à saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Uma coordenação do cuidado efetiva se sustenta em três pilares de coordenação: a da informação, a clínica e a administrativa/organizacional. A primeira compreende as diversas ações que garantem que as informações sobre o usuário estejam disponíveis em todos os pontos de atenção e para todos os profissionais envolvidos. A coordenação clínica parte de uma APS robusta e fortalecida, que permite a provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção. A administrativa corresponde aos fluxos e processos organizativos da rede de atenção à saúde que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema de saúde (Vargas et al., 2016, APUD: BOUSQUAT et al., 2017, p.1144).

Para Chueiri (2013), a ordenação do cuidado a partir da AB pressupõe que o planejamento dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado e organizado, considerando as necessidades de saúde da população, que, por sua vez, têm na AB seu local privilegiado de identificação. Na AB, além do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população, a identificação das necessidades seria realizada através da análise da demanda, do conhecimento do território, da comunidade, do vínculo e da relação longitudinal com a população.

Entretanto, Cecílio et al. (2012) afirmam que, apesar de todos os esforços, parece nunca se ter alcançada plenamente a promessa colocada na AB, de como porta de entrada preferencial para os serviços de saúde. Ocorre um importante distanciamento entre a idealidade dos modelos de atenção à saúde vigentes e as práticas sociais concretas realizadas por usuários e profissionais nos espaços reais de produção de cuidado.

Almeida et al. (2010) formulam um conceito onde a coordenação do cuidado seria um atributo organizacional dos serviços de saúde, que se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. Ambos os autores citados acima, reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB nesse atributo. A coordenação entre níveis assistenciais seria a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionada à determinada intervenção, propiciando que, independentemente do local onde sejam realizados, estes estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum.

Estes autores destacam que as condições e a possibilidade de gestão da informação são questões importantes para a organização e coordenação do cuidado. O investimento em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), como a informatização dos prontuários e outras medidas que garantam a continuidade das informações, são iniciativas pró-coordenação importantes em diversas experiências. Apontam que o desafio parece ser integrar esse investimento nos diversos níveis da atenção em saúde, tanto privados como de outras esferas de governo (ALMEIDA et al. 2010).

3.3 TECNOLOGIAS DE CUIDADO EM SAÚDE: O TRABALHO VIVO

O cuidado em saúde é permeado por um processo de identificação com o sujeito que está sendo cuidado. O profissional de saúde faz parte da construção de identidade do sujeito, por compreender o processo saúde-doença e as condições de saúde, por situar-se no ambiente de cuidado que envolve voltar-se à presença do outro, otimizar as interfaces e enriquecer os horizontes com interações intersubjetivas ricas e dinâmica. Podemos construir o entendimento de que esse processo se vincularia a um movimento de compartilhar, dar suporte, proteção e sustentação, demonstrar preocupação e compreensão da situação de saúde e de vida dos sujeitos.

Tomar o cuidado de enfermagem como um processo vivo e suficientemente bom implica lidar com diferentes condições de orientação, aceitação, conflito e frustração, que necessitam tolerância, compreensão, adaptação dinâmica, suporte e mediação. Desse modo, é de extrema importância tematizar com os sujeitos, aspectos de seu interesse, repensar sobre aquilo que os mobiliza e os desacomoda, estimular a produção de narrativas terapêuticas, conhecer as escolhas e tomadas de decisão, fortalecer virtudes e experiências cotidianas positivas, contribuindo para ampliação desse cuidado, no sentido de apreendê-lo sob uma perspectiva integradora e suficientemente boa (DE MELLO e DE LIMA, 2010, p. 567).

Nesse sentido, e ampliando ao cuidado em saúde, a construção de compartilhamento e suporte dá-se pelo diálogo, conversa, fusão de horizontes, para o desenvolvimento do indivíduo e do cuidado de sua saúde. O cuidado em saúde deve considerar a intersubjetividade em uma relação entendida no sentido de encontro, do ato de se colocar diante do outro (AYRES, 2001).

Sob a ótica de desenvolver e compreendermos o cuidado em saúde é pertinente uma atitude profissional reconstrutiva para que os sujeitos possam buscar e se apropriar de informações e conhecimentos que façam sentido. Nesta relação dinâmica, é de extrema importância ouvir o outro, compreender e discordar, entender e concordar o que é colocado para o outro e o que o outro coloca, não com a idéia de um horizonte final a ser alcançado, mas sim um horizonte possível e processual, revendo e repensando os obstáculos na interação, de maneira reconstrutiva e suficientemente boa (DE MELLO e DE LIMA, 2010).

Pensando a organização de modelos de atenção que busquem construir projetos de cuidado articulados à vida das pessoas, Pinheiro (2008) propõe o tema como uma tecnologia e não somente como objeto de práticas de saúde realizadas em determinado nível de atenção, nos quais a complexidade não seja dada pelo grau de hierarquização dos espaços e procedimentos, mas, pelos recursos cognitivos, materiais e financeiros que reúnem.

Para a autora, o cuidado consiste em um modo de agir produzido como experiência de um modo de vida que é delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, os quais se traduzem em práticas e na ação de cidadãos sobre outros em uma dada sociedade. Portanto, o cuidado como ato resulta na prática do cuidar e do ser exercido por um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro (PINHEIRO, 2008).

O outro é o lugar do cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu cuidado, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida (PINHEIRO, 2008, p.111).

Neste entendimento, cuidado em saúde não pertence a um nível de atenção da RAS ou pode ser compreendido como um procedimento técnico simplificado, mas sim se constitui como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser e pensar. É garantir acesso às práticas terapêuticas, permitir, na perspectiva do serviço de saúde, ao usuário sua participação ativa na decisão acerca da melhor tecnologia a ser por ele utilizada (PINHEIRO, 2008).

A autora faz uma crítica, a partir deste entendimento do cuidar em saúde, ao modelo

biomédico (orientador e formador do conjunto de profissões em saúde), por apoiar-se nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças e afastar-se do sujeito humano como totalidade viva, permitindo então que o diagnóstico substitua o cuidado integral à saúde.

Assim, as demandas e necessidades em saúde não são apenas definições ou conceitos como aplicados em outras áreas, como na economia, por exemplo, e na visão integral do cuidado, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2008).

O trabalho em saúde visto como uma prática social, carrega consigo finalidades que correspondem a um projeto de sociedade em que estão imbricadas concepções de saúde-doença-cuidado. O trabalho em saúde, portanto, se compõe amparado a tais concepções, de maneira, necessariamente, dialética (PEDUZZI et al., 2011).

Merhy (2007) em sua compreensão do modo de produção em saúde, destaca particularidades que permitem sua renovação e reinvenção. Aponta a potencialidade do trabalho vivo em ato para produzir ruídos, para além das normas instituídas pela lógica capitalista de produção, trazendo elementos capazes de estabelecer outros projetos, com objetos, instrumentos e produtos diferentes daqueles instituídos e estruturados (FERREIRA, 2009).

A busca por um modelo sustentado na integralidade necessita caminhar pelo território subjetivo do trabalho vivo em ato de saúde, potencializando redes vivas de cuidado perpassando pelas tecnologias leves, não deixando de lado as demais tecnologias (FRANCO e MERHY, 2012; 2013).

As tecnologias das relações, envolvidas no trabalho em saúde, podem ser classificadas como leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de processos de trabalho; as tecnologias leve-duras aquelas onde os saberes bem estruturados operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiologia, o taylorismo e as tecnologias duras, que são os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

As tecnologias leves se apresentam como práticas de acolhimento, escuta e diálogo, traduzido como um campo privilegiado para exercício do autogoverno e de aproximação do fazer em saúde com os projetos de vida das pessoas (TAKEMOTO e SILVA, 2007).

De acordo com Merhy et al. (2006), o uso de tecnologia leve possibilita operar um modelo de atenção que se estrutura a partir da humanização do atendimento e assume uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações. Um modelo pautado por ações de promoção

da saúde, prevenção das doenças, recuperação da saúde e humanização do atendimento por meio de acolhimento e vínculo, pode ultrapassar as fragmentações do modelo biomédico.

Para Teixeira (2004),

a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para (1) a democratização das relações que envolvem o atendimento, (2) o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, (3) o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (TEIXEIRA, 2004, p. 586).

Na APS o enfermeiro utiliza de tecnologias para o cuidado em sua prática profissional (como exemplo, a consulta de enfermagem), tecnologia esta que integra o conhecimento humano, científico e empírico, que sistematiza o fazer com o intuito de prestar uma assistência de melhor qualidade e que se efetiva no cuidado ao indivíduo/ família/ comunidade. Na prática profissional da enfermagem, o uso de tecnologias duras ou leve-duras e as relações interpessoais transcorrem o fazer cotidiano do enfermeiro. Assim, os resultados alcançados podem ser subjetivos e abstratos, o que nos faz refletir que a consulta de enfermagem, enquanto tecnologia, compreende, também, os processos e os métodos que constituem a prática de enfermagem tem, em sua essência, as habilidades e competências relacionais e comunicacionais (MEIER et al., 2008).

A partir disso, observamos uma lacuna na apropriação e reflexão do uso das tecnologias leves pelo enfermeiro da APS. Evidenciamos que há a necessidade de ressaltar a utilização desses conhecimentos no contexto da APS devido à sua relevância. As tecnologias de cuidado complexas e variadas devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde no território em que o enfermeiro atua. As tecnologias em saúde são essenciais para o trabalho do enfermeiro e destacamos o diálogo como importante tecnologia leve para o trabalho, pois na relação intersubjetiva do enfermeiro e do usuário cria-se e consolida-se um vínculo. Mas, apropriar-se e fazer uso das tecnologias leve pode tornar-se um desafio para muitos profissionais, pois, no cotidiano do trabalho nas unidades de saúde, o enfermeiro tem atividades burocráticas e por vezes, a prática da escuta e a consulta de enfermagem ficam subsumidas e até mesmo alguns enfermeiros não interagem com o usuário a partir da comunicação terapêutica (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

A característica da tecnologia em enfermagem é peculiar, pois, ao

cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas, sim, adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao indivíduo (MERHY, 2002, p. 120).

As tecnologias leves são um caminho para o enfermeiro na direção do cuidado humanizado, buscando melhorar a qualidade de vida do usuário. Para isto importa desenvolver práticas profissionais comprometidas com a produção de vida e de saúde, buscando aprimorar constantemente suas competências para atuar na promoção, proteção e manutenção da saúde e da vida nos territórios subjetivos dos usuários na APS (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016).

Franco e Merhy (2013), trazem referência à subjetividade do cuidado em saúde:

é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social (FRANCO; MERHY, 2013 p.152).

A subjetividade no processo de trabalho se estabelece como campo de força capaz de mobilizar e configurar o modo de produção, apto a mover as pessoas na produção deste mundo, sendo por ele produzidas. Subjetividade do trabalho, esta que é constitutiva das práticas de saúde nas redes de atenção, que estabelece linhas múltiplas de relação entre as existências de trabalhadores e usuários, em uma lógica de fluxos-conectivos em prol de um determinado projeto terapêutico comprometido com a integralidade do cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

3.4 PRÁTICA DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE: CONCEITOS E COMPREENSÕES PARA O TRABALHO

Neste tópico aprofundamos o acolhimento enquanto tecnologia leve para o cuidado em saúde. Para Hennington (2008), a produção de cuidados e práticas humanizadoras devem ser consideradas levando-se em conta as especificidades do trabalho que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes. O trabalho em saúde pressupõe patrimônio e demanda necessariamente a socialização, a cooperação e a conformação de grupos e redes. Ainda se inclui as exigências contemporâneas de uma incessante e rápida inserção de novos conhecimentos e tecnologias e do desenvolvimento contínuo de habilidades comunicacionais e de manejo de informações.

O acolhimento como prática de cuidado é uma ação que deve existir nas relações de

cuidado, no vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, na prática de escutar e receber as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. Dessa forma, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas dependendo de quem participa destes processos e de como e em quais condições este processo ocorre (BRASIL, 2013).

Lopes (2014) afirma que existem várias definições de acolhimento, que revelam os múltiplos sentidos e significados atribuídos a este termo. Mas, o mais importante não é busca pela definição correta ou verdadeira, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada e assumida pelos profissionais que executam esta prática. Com isso, em vez de indagar se, em algum serviço, existe ou não o uso da ferramenta acolhimento, talvez seja mais pertinente avaliar como ele se concretiza ou é empregado. O acolhimento é transmitido menos no discurso sobre ele do que nas práticas propriamente ditas.

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece o acolhimento como um dos processos constitutivos das práticas de produção e promoção da saúde. Neste processo de qualificação do modelo de assistência, o acolhimento tem se mostrado como uma das principais diretrizes operacionais para materializar os princípios do SUS, especialmente os da integralidade da atenção à saúde, universalização do acesso e equidade. Ressalta-se que a proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e na gestão dos serviços de saúde, visando à humanização desses serviços. Também é necessário compreender que o sentido e a prática do acolhimento são amplos, e perpassam os mais variados campos e processos de produção de saúde e implicam, ainda, a produção de subjetividades (BRASIL, 2010).

Para Coelho e Jorge (2009), o acolhimento como tecnologia leve parte de que os profissionais devam assumir uma responsabilização pela área adstrita e esta atitude, em uma dimensão cuidadora, é geradora de vínculos entre os trabalhadores da saúde e usuários. Da mesma forma, direciona estratégias de atendimento que envolvem trabalhadores, gestores e usuários. Com isso, as necessidades sentidas pelos usuários poderão ser trabalhadas pelas equipes com humanização do atendimento, por ações que colocam a pessoa no centro do cuidado e não sua doença ou o procedimento a ser realizado.

Quando abordado o acolhimento como atitude e tecnologia de cuidado, trazendo este como mecanismo de ampliação do acesso e como dispositivo de (re)organização do processo

de trabalho das equipes, os sentidos e perspectivas a ele que são fundamentais aos profissionais em ação. Na perspectiva do acolhimento à demanda espontânea, é fundamental traduzir tais sentidos em arranjos e práticas concretas, mesmo que provisoriamente. Também é importante colocar essa tradução concreta em análise (identificando alcances e limites, problemas e potencialidades) e fazer os ajustes necessários em equipe. Há diferentes possibilidades de modelagens de acolhimento, cuja experimentação propicia tanto o ajuste à realidade de cada unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação deste, de forma dialogada e compartilhada. A participação dos profissionais na análise e decisão sobre os modos de acolher é fundamental, também, para a sustentabilidade dessa iniciativa, na medida em que aumenta as chances de autoria e pertencimento coletivos (BRASIL, 2013).

Para o acolhimento é fundamental que as equipes de saúde reflitam sobre um conjunto de elementos que vão desde os saberes que subsidiam o atendimento individual em saúde até a maneira como interagem na organização do processo de trabalho em equipe. Assim, o desafio de produzir o cuidado em saúde apoiado em práticas de acolhimento em uma unidade de saúde exige novos sujeitos capazes de se envolver, principalmente, com a gestão do cuidado. No trabalho em saúde, a produção e o desenvolvimento da gestão do cuidado são aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2013).

Para as práticas e em processos de implantação ou reestruturação do acolhimento devemos considerar os diferentes sentidos relacionados a este, que são agrupadas em três dimensões, segundo Silva Júnior e Mascarenhas (2004) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013):

- o acolhimento como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso: o acolhimento é visto como uma forma de inclusão dos usuários, ampliando o trabalho das equipes para todas as pessoas com necessidades de saúde, e não focado apenas em determinados grupos populacionais (como portadores de agravos). É a utilização do saber profissional para produzir respostas ao usuário, com a articulação dos diferentes saberes, buscando superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às demandas emergentes;

- o acolhimento como postura, atitude e tecnologia do cuidado: nesta dimensão o acolhimento está centrado no campo das tecnologias leves, nas relações que se estabelecem entre os trabalhadores e usuários, nos formas de escuta e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, os modos de criação de vínculos, nas atitudes de sensibilidade do trabalhador no posicionamento ético situacional, que influencia no agenciamento das tecnologias leve-duras

e duras. A atitude humanizada e receptividade dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários resultam em relações de interesse mútuo, confiança e apoio. Abrange tanto as relações entre profissionais e usuários, como as relações intra equipe, como relações democráticas que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva;

- o acolhimento como dispositivo de reorganização dos processos de trabalho: esta dimensão está no centro da proposta organizacional, é a base que orienta o trabalho dos profissionais, os processos em equipe e as capacitações. Como característica provoca mudanças nos modos de organização e nas relações entre os trabalhadores e os modos de cuidar, uma vez que a partir do acolhimento deve-se refletir sobre o conjunto de ofertas apresentadas aos usuários para lidar com as necessidades da saúde da população, a partir da escuta qualificada da demanda. A supervisão está destacada neste item, como um importante modo de organização, acompanhamento e articulação do serviço, tanto no aspecto da atitude como na técnica.

Desta forma, o material selecionado para este estudo, à luz do método, procuramos abordar as práticas de cuidado, entre eles o acolhimento, não no sentido de encontrar e reforçar suas falhas, mas de deslindar os nós que pontuam o emaranhado de saberes e fazeres na prática profissional de enfermeiros na AB.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, do tipo estudo de caso, realizada nas Unidades de Saúde da Família de um município do Vale do Rio dos Sinos/ RS, na região metropolitana de Porto Alegre, capital do estado do RS.

A pesquisa qualitativa se caracteriza por não partir de suposições pré-estabelecidas, mas a partir de questões ou focos de interesses amplos, que vão se tornando mais específicos com o decorrer da investigação e procura entender os significados e as experiências. Suas análises e interpretações devem ser discutidas à medida que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado (ROSALDO, 1993; GODOY, 1995).

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2015).

O estudo de caso tem como característica a profundidade e o detalhamento (VERGARA, 2010). Para Yin (2001), esse estudo representa o método adequado quando há questões do tipo como e por que, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco são fenômenos contemporâneos inseridos no contexto de vida real. O estudo de caso pode ser utilizado de modo exploratório com o objetivo de investigar uma nova área e criar uma teoria a partir da situação. É descritivo, pois tem a finalidade de produzir informações e características sobre um determinado fenômeno, buscando identificar suas causas (YIN, 2001).

Para Canzonieri (2010), a pesquisa tipo exploratória envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com profissionais, o que torna explícito o problema, construindo hipóteses a serem pesquisadas, conhecendo os fatos e fenômenos relacionados ao tema. É descritiva, pois descreve as características do que está sendo pesquisado.

Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas (GEERTZ, 2000). A análise dos dados produzidos não se limita à análise de categorias predefinidas, mas permite aprofundamento de acordo com elementos que vão surgindo durante a produção dos dados. O fenômeno não pode ser compreendido fora do seu contexto, por isso o significado emerge da relação com outros signos (CAPRARA e LANDIM, 2008).

Participaram do estudo 26 enfermeiros das equipes de ESF nas Unidades de Saúde da Família, distribuídos em 14 Unidades, de um município do Vale do Rio dos Sinos/ RS. Foram considerados participantes deste estudo todos os profissionais enfermeiros que estavam

trabalhando nas unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família do município cenário deste estudo no momento da produção de dados, e que aceitaram participar da pesquisa.

As Unidades de Saúde da Família (USF) do município trabalham com um território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a cada área. As equipes das USF são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O município possui como corresponsável pela gestão dos serviços e programas de saúde, uma entidade jurídica sem fins lucrativos de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira. Esta instituição integra a administração indireta do município. Os participantes deste estudo estão vinculados a esta Instituição na modalidade celetista e ingressaram por meio de processo seletivo.

O município dispõe de uma área de 223,6 quilômetros quadrados, com uma população no último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010, de 238.940 pessoas e IDHM (índice de desenvolvimento humano municipal) de 0,747. O salário médio mensal dos trabalhadores formais, em 2018, era de 2,6 salários mínimos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2020). A cobertura populacional da Atenção Básica é de 99,05%, sendo 60,94% contemplada pela estratégia de saúde da família (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020).

Entre os requisitos para o cargo de enfermeiro de saúde coletiva para atuação no município, de acordo com os editais dos processos seletivos, está a obrigatoriedade de pós-graduação em saúde da família ou afim, item que se confirmou durante as entrevistas com todos os participantes. Observamos que os entrevistados possuem em torno de 10 anos de tempo de experiência em atenção básica (AB).

A Rede de Atenção em Saúde (RAS) do município, gerenciada por esta instituição, conta com:

- 01 Hospital Municipal;
- 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA);
- 14 Unidades de Saúde da Família (USF);
- 02 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 01 Laboratório de Análises Clínicas,
- 01 Base de Serviço Móvel e Urgência (SAMU) com ambulâncias;
- 02 Centros de Diagnóstico por Imagem;

- 01 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD);
- 05 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), assim como outros serviços de apoio.

A AB também envolve outras iniciativas: as Equipes de Consultórios na Rua, o Programa Melhor em Casa; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Saúde na Escola (PSE), Unidade de Saúde Móvel e outras.

No município a AB está composta por 37 equipes multiprofissionais, que tem sido a porta de entrada dos serviços, que integram e coordenam o cuidado, atendendo às diversas necessidades de saúde da população, em consonância à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que identifica a Atenção Básica como principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços na rede (BRASIL, 2017a).

A técnica de produção de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). A entrevista é uma conversa entre duas pessoas, feita de maneira profissional e com método claro, a fim de produzir dados úteis para ajudar no diagnóstico ou entender melhor um problema social (LAKATOS e MARCONI, 2010).

O roteiro da entrevista trouxe questões para compreender a prática profissional e reconhecer ingredientes do agir em competência de Schwartz (1998), bem como identificar como é produzido, no cotidiano do trabalho nas unidades de ESF, o acolhimento e se este está inserido na dimensão de um cuidado e portanto, como expressão de tecnologia leve no trabalho vivo em saúde. Buscamos uma visão da parte e do todo no trabalho dos enfermeiros, descobrindo percursos subjetivos e individuais (o agir em competência) e também protocolos e recursos operacionalizados na esfera da padronização de uma prática enquanto tarefa ou atividade prescritiva.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, local de trabalho dos participantes e previamente agendadas de modo a contemplar horários adequados aos participantes. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, a qual foi atribuída um código para cada entrevistado, assegurando-se o sigilo e confidencialidade das identidades. Todos os enfermeiros consultados aceitaram participar da pesquisa e receberam orientações e explicações acerca do estudo, prévias à entrevista, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

A saturação dos dados foi reconhecida com base nos passos descritos em Fontanella et al. (2011) com a disponibilização dos registros brutos; transcrição dos áudios; realização de leituras individuais para a especificação de núcleos de sentido nas manifestações dos

participantes; compilação das entrevistas em temas e enunciados em pré-categorias, agregando-se as falas exemplares dos núcleos de sentido identificados e por fim foi desenvolvida a codificação e nomenclatura dos enunciados e a constatação da saturação teórica.

Segundo Macedo et al. (2008), a Análise do Discurso (AD) possibilita obter o que está implícito no relato a ser analisado, no caso deste estudo, aproximando a linguagem do processo de trabalho. Dessa forma, tendo em vista a necessidade de interpretação das entrevistas, utilizamos dessa análise, que propiciou uma sensível compreensão do discurso, considerando o relato do entrevistado como fruto das relações sociais desenvolvidas (MINAYO, 2004) e que este relato constitui-se em um significado que não é traduzido, mas produzido, e articula o linguístico com o social e o histórico. As concepções dos participantes foram analisadas tratando-se não apenas de descrevê-las, mas de apreender o que elas revelam, em um diálogo constante que inclui objetividades e subjetividades (CAREGNATO e MUTTI, 2006).

Na AD a unidade de análise se explora um texto (produzido a partir de falas e narrativas, por exemplo), não considerando apenas os elementos linguísticos, mas o que é afetado pela exterioridade, e mesmo que não esteja claro, se reflete na materialidade da língua. Na transcrição das entrevistas, um texto foi produzido, mas com as singularidades dos percursos de cada enfermeiro entrevistado, trazendo as subjetividades e com unidades a serem analisadas.

Na AD o sujeito está inscrito na história, e o sistema linguístico é contemplado como um sistema significante, com capacidade de falhas, para significar o que é próprio, e afetado pelo real/contraditório da história. Trata-se de um sistema pensado no funcionamento da língua, com homens falando no mundo (ORLANDI, 2001). Nessa linha, a dispersão, a contradição, a incompletude, a falha, o equívoco integram o real da língua, assim o imaginário e o real são intermediados pelo simbólico. O real é aquilo que não pode ser dito pela língua (pelo sistema), mas é apreendido pela discursividade, isto é, pela ordem do simbólico. Na AD, a interpretação constitui-se como prática social que mobiliza a memória do dizer (o interdiscurso). A noção de memória discursiva, introduzida na teoria da AD é compreendida no sentido de que toda a produção discursiva acontece numa conjuntura dada e coloca em movimento formulações anteriores já enunciadas.

Segundo Parker (1989), por meio de diversas abordagens será possível experienciar um mundo para além da linguagem. Compreendermos como os objetos (tais como personalidade, atitudes e preconceitos) são construídos no discurso e como são aí construídos os sujeitos – como nós nos experienciamos quando falamos e quando ouvimos

outros falarem sobre nós – este é o ponto de intersecção entre as diferentes formas de saberes.

O estudo seguiu as recomendações e diretrizes éticas necessárias à boa prática da pesquisa, conforme resolução CNS nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016). A pesquisa foi inscrita e aprovada no Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, no sistema CEP/ CONEP, através de cadastro na Plataforma Brasil (CAAE: 17459019.7.0000.5347) e aprovada de acordo com o parecer nº 3.506.734 (ANEXO A), assim como as devidas autorizações e anuências do NUMESC no município de realização da pesquisa (ANEXO B/ ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa qualitativa centra-se na interpretação do material produzido e seu compromisso fundamental é assumir o olhar dos participantes para compreensão dos acontecimentos, o que envolve um compromisso com a observação de eventos, ações, normas e valores. Os dados produzidos neste estudo foram sistematizados e as práticas discursivas foram o alicerce para a discussão dos resultados. No período de agosto a setembro de 2019 foram realizadas 26 entrevistas com enfermeiros, distribuídos nas 14 unidades de saúde da família do município cenário da pesquisa.

Percorrendo as diversas narrativas com as quais entramos em contato e que se articulam com as práticas discursivas, abrimos espaços para o devir. Para Davies e Harré (1990), quem somos é sempre uma pergunta aberta que apresenta uma resposta mutável dependendo das posições disponíveis nas nossas práticas discursivas e dos outros, e junto a essas práticas, de nossas histórias que fazemos sentido em nossas próprias vidas e na dos outros. As histórias se localizam em um número de discursos distintos, assim variam na linguagem utilizada, nos conceitos, nas questões e nos julgamentos revelados e nas múltiplas posições ocupadas.

As práticas discursivas que nos permitem acessar a produção de sentido situam-se na escala das relações intersubjetivas. Entretanto, a apreensão das diferentes narrativas implica em ter familiaridade com a diversidade própria ao imaginário social sobre os objetos que são o foco dos processos de significação. As construções históricas destes objetos - o trabalho em enfermagem e as práticas de cuidado na APS - constituem o contexto interpretativo neste estudo para a aproximação aos modos de produção de sentido. Ou seja, há sempre um olhar histórico que precede e acompanha o desenvolvimento de uma pesquisa centrada no conhecimento como produção de sentido. Não se trata aqui de traçar a história de um determinado objeto social mas de compreender as interrelações com a produção de si no mundo do trabalho, o trabalho em rede no sistema de saúde no município e a gestão do cuidado.

5.1 COMPREENSÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em seus cotidianos de prática nas unidades de saúde pode ser caracterizado por uma atuação centrada na proposta de um modelo assistencial que ultrapassa a clínica e a cura, voltado à integralidade do cuidado, na intervenção frente aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde e

da qualidade de vida (FERREIRA et al, 2018).

Os enfermeiros reconhecem, em seu fazer, potencialidades, como: executar a prática clínica por meio da consulta de enfermagem, criar vínculos com a população e estabelecer com a equipe relações interpessoais que possibilitam um ambiente de trabalho produtivo, saudável e satisfatório. Segundo Caçador et al (2015), os aspectos destacados por enfermeiros na ESF como importantes para a realização de suas atribuições são: a valorização e reconhecimento; a educação permanente; o vínculo estabelecido com a comunidade e o trabalho conjunto com os ACS.

Este discurso retrata a prática de trabalho do enfermeiro, observando os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do paciente, o enfermeiro trabalha não só a queixa dele, mas com todo o cuidado, as vacinas, citopatológico, encaminhamentos para UPA. A gente sempre tenta falar um pouco mais, além daquilo que o paciente procura (ENF02).

A secretaria municipal de saúde do município estudado utiliza um sistema de informatização da rede de saúde, proporcionando a interconectividade dos diferentes pontos da RAS e viabilizando o acesso ao prontuário do paciente, independente do local de atendimento. O sistema permite acesso ao histórico de atendimentos, interlocução na atenção básica com a atenção secundária e terciária, acesso aos resultados de exames laboratoriais e de imagem, marcação de exames de imagem e fisioterapia, fluxos e encaminhamentos para serviços especializados e outras facilidades do uso da tecnologia aplicada à saúde.

Frente a este recurso, os enfermeiros trazem a dificuldade da utilização do sistema informatizado:

O sistema de acesso ao prontuário é todo informatizado, mas não é um sistema prático, possui muitos campos a serem preenchidos (ENF20).

O que prejudica o sistema informatizado é que não está integrado com toda a rede, como CAPS por exemplo, assim não temos retorno dos casos (ENF22).

Percebemos que as falhas na interface de conexão entre os pontos das RAS das informações de saúde surgem como um obstáculo na prática no trabalho. O envolvimento dos profissionais nos processos de capacitação das ferramentas do sistema informatizado, a abordagem problematizadora e um espaço para a discussão das dificuldades poderiam ser abordados em momentos de educação permanente em saúde com as equipes de saúde.

Apesar dos significativos avanços do SUS, problemas persistem na consolidação do modelo de atenção em termos de equidade de acesso, qualidade das ações e serviços, assim como utilização adequada de recursos e sustentabilidade. Para melhorias desse modelo é

necessário mudanças no modelo de gestão, aquela na qual os sujeitos (gestores, trabalhadores de saúde e usuários) estejam envolvidos, assumindo papéis de relevância, potencializando as práticas humanizadas com eficiência e efetividade do sistema de saúde. Dentre as dificuldades, a mais relevante, nesse processo, estão os modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho, impedindo ou dificultando o seu protagonismo e autonomia nas políticas e produção de saúde (HENNINGTON, 2008).

Ao inquietar-nos com a inserção do trabalhador enfermeiro nas equipes de saúde da família, buscamos encontrar algo que neste microcosmo do trabalho seja revestido e constituído a partir de relações interpessoais no processo de trabalho, por uma subjetividade. Assim como Thofehr et al. (2011), consideramos que a prática profissional de enfermeiros estrutura-se por “elementos subjetivos fundamentados no cotidiano ou seja, confiança, amizade, responsabilidade, ética, motivação, cooperação, envolvimento, criatividade, iniciativa, solidariedade tendo como foco o sujeito-trabalhador” (THOFEHRN et al., 2011, p. 190).

A dimensão da subjetividade pode auxiliar na tentativa de entender os indivíduos, seus conflitos, seus vínculos consigo mesmo, sua família, o trabalho, a produção e a inserção de cada um na equipe. Torna-se um diferencial necessário o resgate do ser humano em sua subjetividade e o cuidado ao indivíduo. É uma transposição do saber-fazer, que no processo de trabalho se refere à dimensão do material, do concreto e racional, enquanto que o saber-ser traduz a subjetividade relacionada ao aperfeiçoamento da emocionalidade das pessoas através do aprimoramento do autoconhecimento, auto percepção e autocontrole (THOFEHRN et al., 2011).

Merhy et al. (2020) discorrem sobre a subjetividade como processos de subjetivação, que são encontros entre gestores, trabalhadores e usuários e nas relações que aí se estabelecem onde se instauram os campos de força, que conformam modos de estar no encontro. São marcados pela imprevisibilidade enquanto processos, estão em contínuo movimento, são transitórios e passíveis de mudança.

Ressaltamos que a subjetividade não se inscreve num campo puramente racional, mas está relacionada a uma cadeia de significações, nem sempre perceptível para o indivíduo ou para a organização (THOFEHRN et al., 2011).

As dimensões da experiência humana na atividade de trabalho são subjetivas e, assim, não mensuráveis. É o uso de si onde cada trabalhador se posiciona diante das normas, confrontando-as e alterando-as, fazendo suas escolhas, usando de seus gostos, de

sua inteligência, da sua história e da sua sensibilidade, recombina valores e critérios, o que leva cada ato de trabalho a ser único (SCHWARTZ, 2007).

Subjetividade esta que se percebe nas falas a seguir:

...e a enfermagem traz isso de berço, um lado muito mais humanizado, mais da escuta, de se preocupar, de se envolver, além daquilo que o paciente te traz, investigando um pouco mais, do cenário, da família (ENF03).

Eu vejo a profissão de extrema importância (enfermagem), porque tem um olhar totalmente diferenciado as outras profissões da área da saúde, nós temos um olhar mais humano com foco geral no usuário, vê o usuário como um todo, não trata ele por partes, a gente é formado para ter esse olhar muito humano (ENF17).

A questão da especialização ajudou bastante para dar um norte maior na atenção básica, fez toda a diferença... porque na minha época na faculdade não tinha muita, nem de prática nem de teoria, de saúde pública e coletiva, era em restrito...o conhecimento era focado na área hospitalar (ENF16).

Desde minha faculdade, minha prática se voltou para a Atenção Primária, então venho em um percurso desde a faculdade, eu era monitora o PET Saúde, depois fui monitora de Saúde Coletiva, ... depois seleciona para trabalhar na atenção básica... porque é diferente a teoria da prática, não adianta...e na estratégia de saúde da família encontrei uma prática mais voltada para prevenção e promoção à saúde e foi onde me apaixonei (ENF07).

Observamos desafios a serem superados na prática do acolhimento realizado pelo enfermeiro na AB. Dentre estes destacamos o número excessivo de acolhimentos, gerando uma carga de trabalho aumentada pela centralização dos atendimentos:

É muita gente no acolhimento, tem vezes que chego no posto e já tem 15 pacientes na agenda...não gosto de deixar o paciente esperando, e aí ao invés de tu dar um atendimento mais demorado, com orientações mais amplas, um cuidado mais específico, tu vai fazer a coisa meio rápida para poder atender os outros pacientes...E agora piorou um pouco com essa determinação de atender 25 acolhimentos (ENF15).

É muita demanda de pacientes no acolhimento, você não consegue dar conta, não consegue fazer com qualidade este acolhimento...você não consegue ouvir todas essas pessoas, você faz de conta que ouve, porque você tem que ser rápida no seu raciocínio, o atendimento tem que ser rápido...e o acolhimento é um momento de escuta do paciente...(ENF18).

Hoje minha maior dificuldade é o tempo (no acolhimento), porque eu preciso de tempo para acolher o paciente, fazer uma orientação, eu não me sinto uma "triadora" quando faço o acolhimento, eu quero ser resolutiva, mas para isso preciso de tempo. Mas hoje o que gente percebe é que a gestão quer números...hoje eu não tenho tempo pra fazer um bom acolhimento, porque eu preciso acolher números e não demandas (ENF19).

Brehmer e Verdi (2010) reforçam que a (des)organização do número de profissionais apresenta um reflexo negativo, tanto para os usuários - que não recebem um atendimento de real efeito - quanto para os trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos com o mesmo critério de qualidade causam a insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para uma boa atuação.

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) observaram que a abertura das equipes a demanda espontânea ao acolhimento costuma produzir angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional. Isso deve ser considerado, e a gestão deve buscar formas de amparar essa

equipe, de modo a permitir que prossiga lidando com a demanda e com a realidade da população brasileira. Apoio humano, emocional e institucional para a equipe é necessário, tanto quanto facilitar a construção de clima de equipe, de corresponsabilização e de parceria entre os profissionais e sua educação permanente.

Estudos recomendam que o acolhimento e a responsabilidade devam ser personalizados e referentes à população adscrita a cada equipe. Assim, o acolhimento leva a lidar com pessoas conhecidas com problemas conhecidos, ainda que complexos. Este fator tende a diminuir o estresse da avaliação de risco/ vulnerabilidade e a facilitar a corresponsabilização entre equipe e usuários. Pacientes de outras áreas de abrangência deverão ser avaliados e retornarem às suas equipes de referência (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Assim, é importante que o acolhimento seja realizado por área de abrangência, onde cada equipe acolha os usuários pelos quais é responsável. A discussão e compartilhamento dos casos ultrapassa protocolos e fluxogramas e assim facilita uma abordagem ampliada dos problemas. Já o inverso tende a ocorrer nas práticas que utilizam demasiadamente os fluxogramas e protocolos rígidos. Os encaminhamentos excessivos para outros profissionais, que iniciam todo o cuidado de novo, tende ao reforço da lógica hegemônica e à fragmentação do cuidado (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Nas práticas discursivas dos enfermeiros é recorrente a preocupação e o desgaste que as equipes de saúde incompletas causam, principalmente quando falta a figura do médico, que entre suas atividades desenvolve o papel na retaguarda do acolhimento realizado pelo enfermeiro.

A principal dificuldade do acolhimento hoje é a falta de médico, a população é muito grande, é muita procura, muita vulnerabilidade...aqui estou sem médico há 10 meses na minha área (ENF01).

A falta de retaguarda(médica) faz o acolhimento se tornar cansativo, porque tem coisas que perpassa a atribuição do enfermeiro, entra em conflito eticamente com medicina e enfermagem e aí por essas questões burocráticas que a gente acaba travando no acolhimento (ENF03).

A grande dificuldade(do acolhimento) é não ter médico, é o principal ponto. Às vezes por não ter onde encaminhar o paciente ... A gente até acolhe, tenta fazer o máximo, mas aonde a gente vai direcionar este paciente que precisa de consulta médica? (ENF02).

A centralização do acolhimento no profissional enfermeiro, é uma prática usual observada nas ESF do município.

Deveria se descentralizar (o acolhimento) um pouco da figura do enfermeiro... aqui parece que só é feito acolhimento se é feito pelo enfermeiro. Aqui está totalmente centralizado no enfermeiro (ENF06).

O acolhimento que idealizo não é o que acontece na prática, deveriam todos realizar desde a recepção... não deveria ser focado só no enfermeiro, mas pela nossa demanda, nossa estrutura e por ser mais resolutível é assim (ENF14).

Segundo Freire et al. (2008), os profissionais da enfermagem (auxiliares e enfermeiros) foram apontados como os profissionais mais bem preparados para realizar o acolhimento. A realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde da equipe. Todos devem estar envolvidos no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário.

Torna-se imprescindível que as equipes discutam e percebam o acolhimento em seu processo de trabalho. Uma prática de cuidado certamente requer uma atitude cuidadora, mas não pode prescindir de uma organização fundamental como: qual profissional irá receber o usuário na chegada da ESF? Quais ferramentas para avaliar risco e vulnerabilidade do usuário? quais os critérios para encaminhar e agendar consulta médica? Como organizar a agenda dos profissionais e quais as linhas de cuidado a ofertar? Esses fatores ampliam a capacidade clínica da equipe de saúde, para escuta de forma ampliada, reconhecimento de riscos e vulnerabilidades e realização de intervenções (BRASIL, 2013).

5.2 O ACOLHIMENTO COMO PRÁTICA DA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com Matumoto (2011), a prática do enfermeiro na APS brasileira insere-se como uma prática social, pois é realizada a partir de necessidades sociais de saúde, em um contexto histórico ao mesmo tempo que se constitui e se transforma na dinâmica das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do SUS. Na APS os enfermeiros vêm conquistando espaço social e reconhecimento junto aos integrantes da equipe de saúde e aos usuários que experienciam com ele o atendimento clínico e trazem este profissional como referência para o seu cuidado, o que se traduz em muita satisfação e traz sentido ao trabalho.

O processo de constituição de uma prática de acolhimento em saúde nas unidades de saúde pode ser apreendida pelas práticas profissionais de enfermeiros nas ESF do município, a partir do atendimento de demanda espontânea, de forma aberta aos usuários. Algumas particularidades foram observadas, com relação à organização, concepção e maneiras de realização do acolhimento. O acolhimento é centrado no enfermeiro, mas outros profissionais, como técnicos/auxiliares de enfermagem o realizam de maneira pontual, com escuta da queixa principal, verificação dos sinais vitais e encaminhamentos, geralmente para consulta com enfermeiro ou médico.

Esta prática foi observada nas diversas ESF do município do estudo:

O acolhimento é aberto, todos os pacientes que chegam passam pela triagem de sinais vitais com os técnicos (enfermagem)... todos os usuários da manhã passam pela enfermeira. Escuto suas queixas, se é

necessidade de consulta-dia com o médico, encaminhado, ou se é outras queixas tento resolver ... na tarde o acolhimento é realizado com os técnicos (enfermagem) e interconsulta com o enfermeiro da área conforme a necessidade (ENF12).

Agora cada enfermeiro, tem uma tarde livre da semana para o acolhimento, que atende todas as áreas, não tenho agenda programática nesta tarde aí (ENF03).

O acolhimento na manhã é com o enfermeiro e à tarde com técnicos (enfermagem), se necessário chama o enfermeiro de cada área, devido às agendas programáticas da tarde (ENF10).

O acolhimento visto como um dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, constituindo-se como uma atividade ou serviço caracteriza-se como uma das atividades do cotidiano da enfermagem que mais demandam tempo da equipe. Este vem como um desencadeador de alterações nas organizações dos processos de trabalho nas unidades, mas especificamente nos processos de trabalho da enfermagem. O acolhimento visto como uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea, vem em resposta à garantia de acesso da população, alta demanda por consultas médicas, lógica centrada no médico, baixo aproveitamento do potencial para assistência dos demais profissionais e deterioração da relação entre profissional-usuário (TAKEMOTO, 2005).

Para Takemoto e Silva (2007), ao vincularmos esta prática em saúde a um espaço (sala de acolhimento) ou uma pessoa da equipe apenas, podemos desresponsabilizar o restante da equipe no trabalho e nas atitudes que busquem estabelecer relações acolhedoras e de investigação das necessidades de saúde e comprometimento com sua satisfação nos demais espaços de encontro e de atenção à saúde.

O acolhimento ao constituir-se como uma atividade desenvolvida pela unidade perde seus efeitos quando restrito a um profissional ou a um momento do trabalho em saúde. É crucial pensarmos o acolhimento como atitude, como tecnologia de produção de cuidado e que está nos espaços e momentos da produção de serviços de saúde, entre a equipe e os usuários. Compreendemos que há que se ter atenção para não se reduzir à protocolização do acolhimento nas unidades de saúde.

Com relação ao número diário de atendimentos realizados de acolhimento pelos enfermeiros, estes são unânimes em afirmar que o atendimento do acolhimento é de livre demanda aos usuários, como preconizado pelo Ministério da Saúde, mas suas falas demonstram contrariedades:

O enfermeiro realiza o acolhimento no turno da manhã, e é dado um certo limite de 15, e depois disso o paciente é encaminhado para o ambulatório com os técnicos, que fazem sua avaliação (ENF02).

Tinha no início um número de atendimentos de acolhimento para reorganizar as agendas, pra não ser exaustivo e que ficava em torno de 10 a 16 acolhimentos, aí agora tem uma normativa da gestão que é para

ser 25 de manhã (ENF03).

O acolhimento na manhã é realizado pelo enfermeiro, com limite de 12 atendimentos por dia, após com os técnicos (ENF21).

O acolhimento é realizado em livre demanda, demanda livre pela manhã para o enfermeiro, sem número fixo de atendimentos (ENF04).

As equipes das ESF, de modo geral, trazem a preocupação do acolhimento, mas enquanto etapa, tarefa ou protocolo. Captar a acolhida enquanto postura política de produção de cuidado requer a sutileza de desvelar os caminhos que os profissionais de saúde, em equipe ou individualmente, percorrem para apreender as necessidades e desejos do usuário, numa dimensão cuidadora que ultrapasse os sinais e sintomas do adoecimento.

Franco (2006), analisa as práticas profissionais enquanto micropolítica do trabalho em saúde.

Imagino que as redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, especialmente nos cenários de produção do cuidado, radicalizam sobre a primeira idéia de trabalho em redes dentro de uma organização. Assim, quando iniciei a reflexão sobre as redes nos serviços de saúde, fui buscar no texto que Deleuze e Guattari escreveram como introdução ao livro *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*, v. 1 (1996), que tem o título de *Rizoma*, subsídios para pensar a questão. Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais vai-se construindo o socius, o meio social onde cada um está inserido. Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2006, p.459).

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando este desempenha uma certa hegemonia do trabalho vivo, indica um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e com alta possibilidade inventiva.

Merhy (1997, 2020) discorre sobre o trabalho vivo em ato, como uma potência instituinte do trabalho em saúde, com seu alto grau de governar a produção do cuidado e expõe teses sobre a teoria do trabalho e as tecnologias de produção do cuidado, onde o trabalho vivo é o elemento central nessa abordagem. O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com várias conexões, que percorrem territórios afins, assumem características de multiplicidade e heterogeneidade, capazes de operar em alto

grau de criatividade.

O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemonizou o funcionamento do serviço de saúde, mas, concomitantemente com sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que trazem sentido para a produção do cuidado na saúde (MERHY, 1997, 2002).

Com relação à compreensão do acolhimento pelos usuários, na ótica dos enfermeiros, estes percebem que alguns usuários não entendem os objetivos da realização acolhimento, enquanto que outros valorizam a atuação do enfermeiro, o que consequentemente estreita o vínculo com o usuário.

O acolhimento deveria ser mais claro para o usuário, ele ainda não conseguiu entender o que a gente quer fazer com o acolhimento, não compreende a grandeza. Muitas vezes na consulta médica este não consegue abordar tudo o que se aborda no acolhimento, que é o cuidado (ENF07).

As pessoas ainda vem muito, no acolhimento, para consulta médica, não entendem (ENF15).

Costa e Cambirida (2011), indicam que o acolhimento, na visão dos profissionais de enfermagem, representa uma postura de escuta e responsabilização para com o indivíduo, e na voz dos usuários, o acolhimento expressa a qualidade do atendimento, como respeito, bom atendimento e boa recepção. Isto demonstra uma noção fragmentada do preconizado pela PNH, que não limita acolhimento a um bom atendimento, mas inclui como pontos primordiais a oferta de uma atenção resolutiva, com escuta qualificada e responsabilização pela integralidade do sujeito.

Ao compreenderem os objetivos do acolhimento e, nas situações concretas, se sentirem de fato acolhidos, escutados, cuidados, os usuários podem de forma construtiva muito mais do que participar do seu atendimento no serviço de saúde, podem protagonizar atos de cuidado e de valorização da relação profissional-usuário.

As experiências de acolhimento de fato vividas, sentidas ou percebidas pelos usuários são efetivas como produtoras de cuidado e inclusão legitimando o trabalho em saúde da APS.

Os entraves para a prática acolhedora no cotidiano das unidades de saúde na APS sustentam um modelo exaustivo para profissionais de saúde e muitas vezes para usuários também. Como pensar o acolhimento como atitude cuidadora que envolva toda a equipe se ele tem hora marcada, agenda, produtividade e entra no rol de etapas ou atividades profissionais? O acolhimento e as demais tecnologias leves precisam ser revisitados e

analisados pela gestão e pelos trabalhadores. Um modelo produtivista pode ter efeitos tão ruins quanto à prática hospitalocêntrica e fragmentada que o modelo biomédico já apresentava antes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007).

O processo de trabalho dos enfermeiros na APS é produzido e reproduzido na organicidade e dinâmicas das unidades de saúde, nos territórios e muitas vezes como um solitário saber-fazer que é resultado da implicação do profissional com o ato do trabalho vivo e outras vezes é apenas protocolar. Para além de ser um arranjo tecnológico para responder às demandas nas unidades de saúde, o acolhimento surge como uma relação intersubjetiva, produzindo efeitos que ultrapassam a assistência, criando espaços de produção de si no trabalho:

Os usuários compreendem, entendem e valorizam muito o profissional enfermeiro, isso com o acolhimento, devido o contato direto com o paciente...valorizam o trabalho, criam vínculos, inclusive te chamando pelo nome, te reconhecem (ENF17).

Os espaços de escuta têm sido valorizados como prática profissional e a relação entre a equipe de saúde e os usuários no território podem ser fortalecedoras do cuidado em saúde, em uma inexplorada relação de empoderamento e autonomia. Cabe entrelaçarmos a perspectiva de Paulo Freire (1997, p. 71) para compreendermos a escuta enquanto dispositivo pedagógico para o fortalecimento do cuidado em saúde:

Se [...] o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente [...] (FREIRE, 1997, p. 71).

5.3 DOS PROTOCOLOS À PRÁTICA: A CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA DE CUIDADO

O município cenário do estudo conta com protocolos de enfermagem¹ na atenção básica, com o intuito de nortear o trabalho do enfermeiro, provendo autonomia, segurança e

¹ Os protocolos municipais de enfermagem na atenção básica foram citados pelos participantes em muitos momentos das entrevistas mas não estão publicados ou mesmo disponíveis em sites oficiais do município. Chamou-nos a atenção para uma formalização da prática nas unidades de saúde da ESF e na forma como se dá, para o enfermeiro que inicia o trabalho, a aproximação e o conhecimento do acolhimento enquanto protocolo de trabalho. Trouxe estranhamento para as pesquisadoras a forma presente de uma cartilha de trabalho e ao mesmo tempo ser este um material não disponível ou não acessível para quem não é trabalhador das unidades de saúde do município.

compromisso ético, propiciando ao usuário uma atenção de qualidade. Entre eles está o protocolo de acolhimento. É um documento que reforça a protocolização, ao mesmo tempo em que atende às normas da PNH e institui fazeres para a humanização das práticas em saúde, é a representação das normas e tarefas que se desenvolvem em uma dimensão externa ao trabalhador.

Os protocolos municipais são desenvolvidos por um grupo de enfermeiros da própria Instituição e anualmente são revisados e homologados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN/RS).

A utilização de protocolos municipais para padronização de procedimentos e atividades dos enfermeiros na APS emergiu nas falas dos entrevistados e se demonstrou como um aliado para o desenvolvimento das atividades:

Isso é muito bom (acolhimento), porque temos os protocolos, a gente se sente um pouco empoderada, se sente um pouco protegido pelos protocolos de enfermagem que a gente tem aqui, que são vários graças a Deus. Para a solicitação de exames, tu tem o poder de avaliar o exame e ver a alteração ou não e encaminhar para o médico. Eu acho q isso é muito bom para nosso trabalho, por isso que a gente consegue dar o devido seguimento, porque se não fosse os protocolos nós estaríamos de mãos atadas (ENF01).

Muitas questões a gente consegue resolver do paciente (acolhimento), principalmente das questões que a gente tem protocolo, que nos embasam e que a gente já consegue dar o tratamento, é muito positivo... com os protocolos temos embasamento e mais autonomia (ENF08).

No acolhimento se trabalha com os protocolos, o enfermeiro tem uma atuação mais ampliada, ele consegue resolver várias situações do dia a dia...como exames laboratoriais... hoje tem autonomia (ENF23).

Da perspectiva teórica, a noção de competências amplia a investigação em relação do que faz uma pessoa no trabalho. Certa situação de trabalho associa diferentes dimensões da experiência humana. Os protocolos são normas antecedentes estruturantes da atividade (SCHWARTZ, 2007). Os protocolos são parametrizações baseadas na melhor evidência científica e tem como objetivo planejar e guiar as ações dos trabalhadores de saúde. É este, que provê o conhecimento para a experiência do trabalho. Apesar disso, diante dos contextos singulares e dinâmicas que identificam as realidades, não há como considerá-lo suficiente para se ter o domínio profissional. A atividade de trabalhar constitui-se na junção com realidades singulares. A competência profissional aparece, principalmente, em face do inesperado, do inusitado ou do complexo. Caracteriza-se por um adaptação permanentemente, a remodelação dos modos de agir, o deslocar-se em função dos diferentes contextos (RIBEIRO, 2010; LE BOTERF, 2003).

Na análise do material produzido pelo estudo, as práticas de cuidado apresentam-se vinculadas aos protocolos em uma perspectiva de garantias: de eficácia e de eficiência, de resposta aos preceitos da política de saúde, enquanto prática profissional alinhada e

uniformizada. Mas o que busca este estudo é a compreensão das competências de enfermeiros frente às situações de saúde e doença que ultrapassam o previsto, o prescrito. Como se produz cuidado nas situações que escapam às normas e protocolos? Como as tecnologias de cuidado assumem uma perspectiva ético-política para o cuidado no cotidiano dos enfermeiros nas unidades de saúde da Atenção Básica? O entendimento sobre os ingredientes de competência de Schwartz e sobre tecnologias de cuidado pode contemplar este olhar para o trabalho em saúde.

Um dos elementos essenciais para o entendimento de como o trabalho se desenvolve na prática é a diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito nos protocolos. As competências profissionais estão relacionadas com a habilidade de relacionar o que é protocolar com o que é individual e histórico em cada situação de trabalho. As adaptações nas atividades de trabalho de acordo com cada situação vivenciada pelo trabalhador são comuns na prática. Refere-se ao desenvolvimento da capacidade de gerenciar certa situação nunca vivida anteriormente, é a utilização de uma técnica que pressupõe por um lado, o seguimento de operações preestabelecidas, e por outro lado uma reinvenção local (SCHWARTZ, 2007).

Para Schwartz (2000, 2010), a ergologia pode ser entendida como uma postura, uma forma de pensar a atividade humana, que auxilia a compreender que trabalhar é pensar, trabalhar é gerir a atividade, as dramáticas de uso do corpo-si (do homem em sua integralidade). Colabora para as intervenções cuidadosas (com rigor, método e afeto) nas situações de trabalho. A perspectiva ergológica pode ser entendida como um rastreamento das reais situações de trabalho, onde as pessoas vivem e trabalham, é o encontro entre as atividades humanas e do trabalho.

Além da proposta ergológica, Schwartz (2000, 2004), propõe como forma de repensar a produção de conhecimento sobre o trabalho, o dispositivo dinâmico de três pólos: o primeiro (pólo conceitual) refere-se aos conceitos, aos saberes sistematizados, organizados e formalizados; o segundo (pólo das forças de convocação e de reconvocação) refere-se à atividade, aos saberes singulares e valores gerados da experiência dos trabalhadores e o terceiro (pólo das exigências éticas e epistêmicas), faz a articulação dos outros dois pólos, apoiados no encontro, no debate, na deliberação e no reconhecimento das zonas de cultura.

Apoiando-se no dispositivo dinâmico de três polos e entrelaçando com as práticas de trabalho, percebemos que o primeiro pólo (saberes sistematizados) está representado pelos protocolos de acolhimento, a PNH, a PNAB e a estrutura da ESF. O segundo pólo (saberes singulares) identificamos na forma como os enfermeiros realizam o acolhimento, enquanto

tarefa ou etapa do processo de trabalho, ou como uma atitude da dimensão cuidadora. E o terceiro pólo, o momento do encontro, da comunicação, a maneira de cada enfermeiro fazer seu trabalho, suas dificuldades pelas agendas lotadas, o desgaste no trabalho.

Ao analisar o trabalho e sua articulação entre os pólos que nos fala Schwartz e as concepções de tecnologias para o trabalho em saúde, buscamos estabelecer uma conexão de saberes e fazeres que se expressam no cotidiano das unidades de saúde estudadas.

Diversas são as concepções de tecnologias, entre elas a tecnologia que incorpora o desejo de influenciar o mundo em torno de nós. Tradicionalmente a tecnologia se manifesta como objetos e recursos antigos e atuais que possui a finalidade de melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde. Também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades em saúde, associadas ao uso e aplicação dos recursos e os objetos que os profissionais mantêm e acessam (MARTINS e DAL SASSO, 2008).

As tecnologias do cuidado são conceituadas como "todas as técnicas, procedimentos, conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado" (NIETSCHE.; LEOPARDI , 2000, p.140).

Em síntese, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde se configuram como ações mais estratégicas, em processos de intervenção, operando nas tecnologias de relações, de encontros, além dos saberes tecnológicos estruturados e nos equipamentos (MERHY, 2002).

O uso das tecnologias para enfrentar os problemas de saúde devem estar associados à construção de uma relação humanizada com os usuários. O uso das tecnologias (leves, leves-duras e duras) são produtos do trabalho vivo e o diferencial está na intencionalidade na produção de bens/ produtos. Esperamos que em saúde, a produção de bens/ relações tenha prioridade, ainda que também esteja alinhada com o desenvolvimento do conhecimento estruturado, reforçando que o trabalho vivo em ato na saúde se tornaria inviável sem o apoio de materiais do tipo equipamento. Compreendemos que no processo de trabalho em saúde há um encontro do profissional com o usuário, onde expressamos nossas intencionalidades, conhecimentos e representações, como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho (KOERICH et al., 2006).

O processo (acolhimento) já estava implantado quando cheguei nesta Unidade... capacitação externa não tivemos, a gente discute algumas coisas com a equipe interna, para tentar agilizar alguns processos... Institucionalmente não tivemos nenhum preparo para o acolhimento, a gente tem os cadernos e protocolos, e a gente senta e lê e tenta organizar da melhor maneira como seria. Mas isso vai se aprendendo no decorrer da prática (ENF08).

Não tive, não recebi nenhum treinamento ou capacitação do acolhimento, não fui preparada... Adaptei algumas coisas com o que eu trabalhava no município anterior, pra chegar aqui e começar a ajustar ...

no decorrer do trabalho que descobri que tinha os protocolos (ENF09).

Ocorreu implantação do acolhimento, na época estava na coordenação da estratégia de saúde da família, entre 2010 e 2013, teve várias reuniões com médicos e enfermeiros, inclusive com a presença da secretária de saúde e prefeito municipal, com o apoio dos gestores para poder apoiar, eles também tinham essa visão da importância do acolhimento...tiveram vários momentos de discussão até a implantação. Na época nessas reuniões se discutia e se avalia como estava o acolhimento nas unidades...ocorria mensalmente essas capacitações com todas as unidades... isso ocorreu até final de 2014. Agora ocorre só reuniões com os coordenadores, sem presença dos enfermeiros e médicos (ENF23).

Nesta perspectiva o acolhimento se torna uma ferramenta indispensável para a reorganização do processo de trabalho em saúde e o acolhimento possibilitou modificações importantes e positivas na relação entre equipe de saúde e usuários, bem como permitiu a reorganização do processo de trabalho na Unidade de Saúde.

5.4 ACOLHIMENTO E ENCONTROS INTERSUBJETIVOS: ESPAÇO DE PRODUÇÃO DE SI

Para Amaral e Bosi (2017), o componente humano cria, modifica e extingue seus processos. A (re)criação e modificação das interfaces entre os serviços muitas vezes podem ser atribuídas a protagonistas de indivíduos e grupos participantes da rede. As propostas de cuidado envolvem tanto aspectos ideológicos, como éticos, que ultrapassam a dimensão técnica, fazendo que critérios informais de entrada e encaminhamento sejam marcados por tais disposições particulares. Nas diferentes intervenções que ocorrem nas redes de saúde, há profissionais que não se disponibilizam apenas enquanto operadores de um saber técnico, mas também se relacionam com os usuários, com a equipe e com o seu fazer profissional de forma afetiva. Assim, a produção de sentidos que ocorre dentro do trabalho modifica as atividades desenvolvidas, os vínculos estabelecidos não se resumem a condutas impessoais e o resultado das intervenções afetam não apenas os usuários dos serviços. Assim, a produção subjetiva das pessoas envolvidas tem o potencial de reconfigurá-las, devido a seu potencial instituinte.

Eu acredito muito na saúde da família, isso (acolhimento) qualifica o cuidado... cria um vínculo maior com o paciente, vai criando uma relação de confiança.. eles buscam a gente (enfermeiro) como referência (ENF04).

O acolhimento reforça o vínculo, a gente vê nitidamente, quando o acolhimento é feito com qualidade isso sim reforça o vínculo com o usuário... hoje as pessoas tem credibilidade com o trabalho do enfermeiro, o reconhecimento do papel do enfermeiro dentro da unidade de saúde, desmistifica o trabalho (ENF05).

Acho que a estratégia tem muitas potencialidades, pelo vínculo que temos com o paciente, então no momento do acolhimento ele está chegando ali com aquela demanda, aí eu já conheço ele, conheço a vida dele, conheço sua história, conheço sua família, então acaba favorecendo na qualidade do atendimento e também ele já chega de outra forma (ENF07).

Ver o resultado do teu trabalho com o paciente com o passar o tempo, só com prevenção, sem medicação muitas vezes... aí você vê que seu trabalho foi eficaz, isso é uma das melhores coisas, que teu trabalho está sendo valorizado (ENF11).

Schwartz (2004), considera que gerir o trabalho na sua dimensão concreta de trabalho útil, como hierarquização de atos/objetivos e tomada de decisões baseadas em valores, é necessário fugir de procedimentos estereotipados e a abertura do espaço das negociações dos usos de si – simultaneamente, usos de si por outros (das normas econômicas às instruções operacionais) e uso de si por si (o que revela compromissos micro gestores, articulados à experiência das situações de trabalho), na esfera individual e coletiva. Os espaços das negociações se constituem em locais de uma dramaticidade referente à relação eficiência-efetividade e que remetem a um campo de valores absolutos como, por exemplo, gozar ou restaurar a saúde. A gestão do trabalho é contínua e opera nos espaços implícitos e/ou explícitos de negociação.

Assim, confiamos na busca de um ambiente solidário, de complementaridade, com espírito de coletividade e respeito aos valores e cultura, como meio para garantir que a equipe de enfermagem ofereça um cuidado terapêutico em conformidade com as necessidades e anseios das pessoas que procuram as organizações de saúde (THOFEHRN et al., 2011).

Sobre o trabalho em saúde, concordamos com Franco (2006) quando o autor afirma que é um processo com alto grau de autonomia e que os trabalhadores exercem seu trabalho “a partir de certa singularidade, isto é, um modo específico de ser e atuar no mundo” (FRANCO, 2006, p. 464). E então desta singularidade buscamos apreender a produção de si no trabalho, a renormalização das práticas, o uso de normas e protocolos a partir de um percurso que é singular, posto ser da dimensão individual e subjetiva, do uso de si no trabalho e na relação do trabalhador de saúde e a produção de cuidado. Há que se investigar a relação intersubjetiva que os protocolos buscam simplificar ou estandardizar pois não há tradução operacional para a produção viva do trabalho.

Ao apoiar-nos em Schwartz (2007, 2011), levamos essa discussão para as competências que ora se desenvolvem no mundo do trabalho e frente às realidades cotidianas, ora relacionam-se intimamente com as crenças, percursos formativos, idéias e, em última análise, com a autonomia do trabalhador.

6 PRODUTOS TÉCNICOS

Os programas de mestrado profissional multiprofissionais buscam capacitar profissionais para a produção de conhecimentos científico-tecnológico e de inovação gerando produção e processos que possam reverter em qualificação para a prática profissional. A produção, a difusão e a aplicação de pesquisas e tecnologias geradas nos programas, contribuem para o melhor desempenho dos serviços e qualificando a assistência e/ou o ensino, esses que se apresentam como a forma de produtos técnicos (BRASIL, 2016).

6.1 PRODUTO TÉCNICO: CAPÍTULO DE LIVRO DIGITAL *E-BOOK*

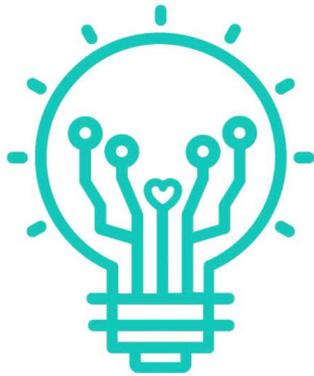
O *e-book* tem como sinônimo, livro eletrônico, digital ou virtual e pode ser definido como um livro que existe exclusivamente em formato digital, não periódico, que requer um aparelho leitor e um software para decodificação que viabilize sua leitura. Uma das grandes vantagens do livro eletrônico é o mecanismo de busca inerente a ele, que possibilita a pesquisa por palavras e, em poucos segundos, a obtenção do resultado da pesquisa (DOS REIS e ROZADOS, 2016).

O desenvolvimento do livro, em formato *e-book*, foi realizado em parceria com profissionais da área da saúde, ligados ao Mestrado Profissional Ensino da Saúde - PPG ENSAU UFRGS. A proposta foi uma produção coletiva na linha de pesquisa Educação em Saúde e Políticas Públicas. O *e-book* intitula-se: A Produção de Redes de Integração Ensino Saúde - Experiências de Pesquisa.

O capítulo desenvolvido aborda as experiências de cuidado e o trabalho em saúde, e possui como título, O trabalho do enfermeiro e as redes de saúde: o acolhimento como competência profissional. Produzimos um ensaio teórico-reflexivo acerca das competências profissionais do enfermeiro no acolhimento na Atenção Primária de Saúde, tendo em vista a sua relevância para a construção de práticas de saúde mais condizentes com as necessidades dos sujeitos, individuais e coletivas. Propomos um aporte teórico bibliográfico sobre os processos de trabalho e as constituições das Redes de Atenção em Saúde (RAS), além de uma reflexão a respeito da prática profissional.

6.2 PRODUTO TÉCNICO: BOLETIM INFORMATIVO - EDIÇÃO SUPLEMENTAR DA REVISTA SABERES PLURAIS

O Boletim Informativo é uma recurso para disponibilizar os dados obtidos na pesquisa em um número suplementar da Revista Saberes Plurais. A comunicação alternativa, aqui representada pelo boletim informativo, surgem com uma proposição diferenciada, uma alternativa aos meios conservadores de comunicação, com propostas diferenciadas em seu conteúdo, pela abordagem político-ideológica, nos modos de organização coletiva e popular e, do uso de estratégias diferenciadas de produção (PERUZZO, 2009). O boletim informativo é uma publicação técnica definida como um veículo de divulgação de atividades, difusão e debates de ideias. É também um espaço aberto à comunidade acadêmica para manifestar-se sobre temas diversos. Também utilizado para divulgação de documentos, estudos e dados relacionados a temas de interesse da comunidade a que se destina (INFOCAPS, 1997).



BOLETIM INFORMATIVO SABERES PLURAIS



O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: Práticas de Cuidado

O objetivo do estudo foi compreender o trabalho de enfermeiros e o uso das tecnologias de cuidado para suas práticas na Rede de Atenção de Saúde em um município do Vale do Rio Sinos/RS.

NESTA EDIÇÃO

1. Contextualização dos participantes e da rede de atenção do município
2. Compreensão da prática profissional
3. Acolhimento como prática de cuidado na atenção básica
4. Dos protocolos à prática: a construção de uma tecnologia de cuidado
5. Acolhimento e encontros intersubjetivos: espaço de produção de si

A Estratégia de Saúde Família (ESF) do município de estudo é composta por 37 equipes multiprofissionais, e possui como corresponsável pela gestão da Atenção Básica (AB) uma entidade jurídica sem fins lucrativos.

As informações aqui apresentadas foram produzidas por meio de entrevista semi-estruturada entre os meses de agosto e setembro de 2019. Participaram das entrevistas 26 enfermeiros das equipes de ESF, que estavam trabalhando nas unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família no momento da produção de dados, e que aceitaram participar da pesquisa.

Este número do Boletim Informativo Saberes Plurais originou-se do estudo "O Acolhimento e o trabalho de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: Práticas de Cuidado" que foi inscrita e aprovada no Comitê de Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFRGS e ao Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, no sistema CEP/CONEP, através de cadastro na Plataforma Brasil (CAAE: 17459019.7.0000.5347) e aprovada de acordo com o parecer nº3.506.734.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos, e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL,2013).

“Eu vejo a profissão de extrema importância(enfermagem), porque tem um olhar totalmente diferenciado as outras profissões da área da saúde, nós temos um olhar mais humano com foco geral no usuário, vê o usuário como um todo, não trata ele por partes, a gente é formado para ter esse olhar muito humano”(ENF17).

1. Contextualização dos participantes e da rede de atenção do município

A Atenção Básica tem sido a porta de entrada dos serviços, que integram e coordenam o cuidado, atendendo às diversas necessidades de saúde da população. As ESF trabalham com um território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a cada área. As equipes das ESF são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde.

A cobertura populacional da AB no município de estudo é de 99,05%, sendo 60,94% contemplada pela estratégia de saúde da família. O enfermeiro para atuação no município, de acordo com os editais dos processos seletivos da AB, está a obrigatoriedade de pós-graduação em saúde da família ou afim.

2. Compreensão da prática profissional e a formação dos enfermeiros

Os enfermeiros percebem em sua prática de trabalho a criação de vínculos com a população, a valorização e reconhecimento, assim como outros elementos subjetivos constituídos a partir de relações interpessoais. As dimensões da experiência humana na atividade de trabalho são subjetivas, é o “uso de si” de cada trabalhador. Entre as dificuldades na prática do acolhimento, o número elevado de acolhimentos e a centralização do atendimento no enfermeiro, gera uma carga de trabalho aumentada. A realização desta atividade não deve estar restrita somente a um profissional de saúde da equipe, todos devem estar envolvidos no processo de acolher. Nas práticas discursivas dos enfermeiros é recorrente a preocupação e o desgaste que as equipes de saúde incompletas causam, principalmente quando falta a figura do médico, que entre suas atividades desenvolve o papel na retaguarda do acolhimento realizado pelo enfermeiro.

3. Acolhimento como prática da Atenção Básica

A prática do acolhimento se faz presente em todas as ESF, que transcorre ao atendimento de demanda espontânea e de forma aberta aos usuários. Particularidades foram observadas, com relação a organização, concepção e maneiras de realização do acolhimento.

O acolhimento é centrado no enfermeiro, mas outros profissionais, como técnicos/auxiliares de enfermagem o realizam de maneira pontual, com escuta da queixa principal, verificação dos sinais vitais e encaminhamentos, geralmente para consulta com enfermeiro ou médico.

4. Dos protocolos à prática: a construção de uma tecnologia de cuidado

O acolhimento é uma tecnologia do cuidado, utilizado na prática diária das ESF, constituindo-se como uma atividade ou serviço. Os protocolos de enfermagem na AB, promovem a padronização de procedimentos e atividades, norteando o trabalho do enfermeiro, provendo autonomia, segurança e compromisso ético, propiciando ao usuário uma atenção de qualidade.

5. Acolhimento e encontros intersubjetivos: espaço de produção de si

Os enfermeiros além de operadores de um saber técnico, se relacionam com os usuários e a equipe de forma afetiva. A produção de sentidos, como o vínculo, e a autonomia profissional no ambiente de trabalho modificam as atividades desenvolvidas, gerando uma certa singularidade. Singularidade esta que busca apreender a produção de si no trabalho, a renormalização das práticas, o uso de normas e protocolos a partir de um percurso que é singular, posto ser da dimensão individual e subjetiva, do uso de si no trabalho e na relação do trabalhador de saúde e a produção de cuidado.

“No acolhimento se trabalha com os protocolos, o enfermeiro tem uma atuação mais ampliada, ele consegue resolver várias situações do dia a dia...como exames laboratoriais...hoje tem autonomia” (ENF23).

“É muita demanda de pacientes no acolhimento, você não consegue dar conta, não consegue fazer com qualidade este acolhimento...você não consegue ouvir todas essas pessoas, você faz de conta que ouve, porque você tem se ser rápida no seu raciocínio, o atendimento ter que ser rápido...e o acolhimento é um momento de escuta do paciente...”(ENF18).

6.3 PRODUTO TÉCNICO: APRESENTAÇÃO NA 6º JORNADA MUNICIPAL DE SAÚDE COLETIVA

A 6º Jornada Municipal de Saúde Coletiva ocorreu nos dias 20 e 21 de novembro/2019, promovido pelo NUMESC, ligado a secretaria de saúde do município de estudo, nas dependências da Universidade Feevale. Como objetivo principal da jornada foi o repensar as novas formas de trabalho dentro do SUS. O evento teve como público alvo profissionais da área da saúde, professores e acadêmicos dos cursos da saúde e demais interessados. No encontro, além das palestras foram apresentados trabalhos que ocorreram na rede de saúde do município, executados nas unidades de saúde, além de iniciativas de acadêmicos da Universidade Feevale.

A pesquisa, foi inscrita e aprovada pela comissão organizadora do evento, na temática da saúde, como tema livre, no formato de apresentação oral com recurso de multimídia, com tempo de apresentação de 30 minutos.

Resumo da apresentação:

A Enfermagem é uma das profissões da área da saúde que fundamentalmente está centrada no cuidado das pessoas. O enfermeiro no Sistema Único de Saúde(SUS) compõe a equipe multiprofissional integrante da Estratégia da Saúde da Família (ESF), e atua diretamente vinculado aos pacientes e às famílias, e utiliza o acolhimento como ação técnico-assistencial em sua prática de atendimento. A pesquisa tem como objetivo principal compreender a competência profissional do enfermeiro para articular as práticas de acolhimento no itinerário de cuidado nas unidades de saúde da família de um município do Vale do Rio dos Sinos/RS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. A técnica de produção de dados neste estudo é a entrevista, que foi realizado com os enfermeiros das equipes de ESF nas Unidades de Saúde da Família deste município. A categorização inicial emergiu as seguintes categorias: formação dos enfermeiros; compreensão da prática profissional; realização do acolhimento; implantação e capacitação do acolhimento e potencialidades/dificuldades do acolhimento. Para interpretação dos resultados será utilizada a análise de discurso (AD).

6.4 PRODUTO TÉCNICO: AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - ESPAÇO *DRAMATIQUE*²

Schwartz (2007), afirma sobre o uso de si por si mesmo no trabalho, e neste processo o uso de si pelos outros gera tensionamentos, como trabalhar em conformidade com as prescrições ou trabalhar de outra maneira, obedecer ou resistir. Assim esses trabalhadores vivem uma dramática e fazem suas arbitragens. O autor propõe um dispositivo de intervenção (dispositivo dinâmico a três pólos), que visa incitar os trabalhadores para expor em palavras a forma como experimentam as atividades que desenvolvem, a fim de confrontar com outros saberes, seja da ciência ou saberes da experiência do trabalho. Esse método contribui para repensar a formação dos profissionais, a partir de diálogos entre os conhecimentos científico-acadêmicos e os conhecimentos não científicos da experiência situada.

Inspiradas neste dispositivo, e a partir das dramáticas identificadas nas falas do enfermeiros, desenvolvemos a ação de educação permanente, intitulada de “Espaço *Dramatique*, conversas sobre o cotidiano do trabalho em saúde”. Abaixo, segue o delineamento da proposta:

- PROPOSTA - “Espaço *Dramatique*, conversas sobre o cotidiano do trabalho em saúde”.
- OBJETIVO- promover encontros para reflexão e discussão sobre o trabalho em saúde.
- PÚBLICO ALVO - profissionais da equipe de saúde que atuam na atenção básica.
- ESTRATÉGIA - 1º encontro: apresentação dos resultados das pesquisa; 2º encontro: apresentação da série brasileira Unidade Básica (que retrata a rotina de uma UBS da periferia de São Paulo) e posterior discussão; 3º encontro: apresentação do documentário Heróis do Cuidado (que mostra a realidade de profissionais da enfermagem, suas histórias de superação e luta pelo respeito à profissão e as emoções vividas em seu trabalho) com posterior discussão e 4º encontro: fechamento das atividades com rodas de conversa sobre os temas mais prevalentes nas discussões do encontros anteriores e um debate sobre o

² *Dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente na qual cada um se vê na obrigação de se escolher ou escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramatique* do uso de si significa ir de encontro à ideia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de “execução”, que não envolve realmente sua pessoa (SCHWARTZ, 1998, p. 104).

trabalho em saúde.

- META - 100% da equipe de saúde.
- PRAZO - 2021.
- PERIODICIDADE - encontros mensais, a combinar com a gestão da atenção básica de saúde.
- RESULTADOS ESPERADOS - Despertar nos trabalhadores um espaço de produção de si, trazendo as questões cotidianas, problematizando os percursos de cuidado para favorecer o compartilhamento de vivências relacionadas ao trabalho. Espera-se a expressão de sentimentos envolvidos, o que pode contribuir para o aprimoramento da comunicação da equipe de saúde, assim como a percepção das necessidades individuais e coletivas.

6.5 PRODUTO TÉCNICO: DESENVOLVIMENTO DE SITE

A comunicação mediada por computador é mais uma proposta nos processos de comunicação alternativa, que amplia as possibilidades comunicativas e de participação social. Os produtos editoriais dessa natureza assumem formatos impresso, audiovisual e online. A internet inverte a lógica de produção centrada em um emissor e dirigida a muitos (um/todos) para aquela em que todos podem se tornar emissores e serem lidos, vistos ou ouvidos por todos (todos/todos). Assim a construção de blogs e websites é cada vez mais acessível (PERUZZO, 2009).

O desenvolvimento do site foi realizada na plataforma Weebly, e apresenta os produtos técnicos desenvolvidos nesta pesquisa. O acesso ao site pode ser realizado através o endereço eletrônico: <http://produtostecnicosmestrado-profissionalufrgs.weebly.com/>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do trabalho em saúde diz-se que é imaterial. Do cuidado em saúde, na vida vivida das pessoas (usuários, profissionais de saúde) há uma densidade. Este estudo buscou uma compreensão sobre as práticas profissionais de enfermeiros na atenção primária em saúde e o acolhimento em suas dimensões: enquanto tecnologia para o trabalho, como uso de si por si e pelos outros e como uma competência profissional.

Sobre os efeitos da dimensão tecnologia na prática de enfermagem, compreendemos que é essencial um equilíbrio entre a tecnologia e a presença verdadeira do enfermeiro para assegurar o papel da enfermagem no sistema de cuidado em saúde. Assim, o que determina se uma tecnologia desumaniza ou despersonaliza ou objetifica o cuidado de enfermagem não é a tecnologia por si só, mas principalmente como as tecnologias operam nos contextos das pessoas. Assim como a tecnologia, o cuidado é uma realidade construída socialmente. O poder que qualquer tecnologia exerce deriva de como ela atua em uma dada situação e de seu significado e por si não pode ser um fator que humaniza.

Para gerir o trabalho em saúde, o enfermeiro conecta-se com tecnologias (duras, leves-duras e leves) e faz delas não apenas uma ferramenta de trabalho mas o seu trabalho o transforma em um ser do cuidado em saúde. É no trabalho em ato, usando ou descartando protocolos, reinventando itinerários e percursos que o enfermeiro constitui-se enquanto trabalhador da saúde na APS. Ao enfermeiro no cotidiano do trabalho em saúde, especialmente na esfera da atenção primária, é necessário rever procedimentos estereotipados e abrir espaço para as negociações dos usos de si – simultaneamente, usos de si por outros - e uso de si por si na esfera individual e coletiva. As práticas humanizadoras, como o acolhimento precisam ser analisadas junto às suas especificidades e envolve um comprometimento de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes.

Devemos pensar a produção de cuidado em relação às práticas possíveis nos contextos vividos. Os processos de subjetivação dos trabalhadores constituem-se em modos intra/intersubjetivos, repletos de tensionamentos, deflagrados por um universo crescente de pontos: a precarização do trabalho, as demandas da população, o sucateamento do SUS, entre outras dificuldades que povoam mentes e corpos dos trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev, 2010.
- AMARAL, C.E.M.; BOSI, M. L.M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 424-434, jun, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902017000200424&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de Abril de 2019.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 223-230, jan, 2012.
- BECK, C.L.C.; MINUZI, D.O. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde**, v. 34a, n.1-2, p.37-43, 2008.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, v.22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1141-1154/pt/#>. Acesso em: 23 de abril de 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Diretoria de Avaliação. **Documento de Área-Área 20 – Enfermagem**. Brasília, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 b**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2017b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 22 de abril de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 a**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Diário Oficial da União, Brasília, ed. 183, seção 1, p.68, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 204, p.55, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 a**. Aprova a Política

Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, v.143, n.61, p.71-76, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, 1. ed., 1. reimp., Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3.ed, Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010.

BREHMER, L.F; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.3, p. 3569-3578, 2010.

CAÇADOR, B.S et al. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. **Rev Min Enferm**, v.19, n. 3, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

CANZONIERI, A.M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, abr/jun, 2008.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-684, out/dez, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11,p. 2893-2902, nov, 2012.

CHUEIRI, P. S. **Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

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**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1523-1531, out, 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800026&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 de outubro de 2020.

COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. DA S. DE. Acolhimento em enfermagem: a visão do

profissional e a expectativa do usuário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 494-502, 2011.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A consulta de enfermagem como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. **J. Theory Soc. Behavi.**, v. 20, p. 44-63, 1990.

DE MELLO, D.F.; DE LIMA, R.A.G. O cuidado de enfermagem e a abordagem winnicottiana. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 3, p. 563-569, 2010.

DOS REIS, J.M; ROZADOS, H. B. F. O livro digital: histórico, definições, vantagens e desvantagens. In: Seminário Nacional de Bibliotecas Universitárias. **Anais eletrônicos [...]**. Manaus, AM: UFAM, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10em em: 183/151235/001009111.pdf?sequen> Acesso em 08 de outubro de 2020.

DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. **Laboreal**, v. 4, n.1, p.23-28, 2008.

FALK, M.L.R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Rev APS**, v.13, n.1, p. 4-9, mar, 2010.

FERREIRA, S.R.S., et al. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 1, p. 704-709, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 de julho de 2020.

FERREIRA, V.S.C. et al.. Community health agents' work process and restructuring. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FRANCO T.B.; MERHY E.E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um destino à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p.296.

FRANCO, T. B.. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p. 459-473.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 151-171.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev Tempus Actas Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.

FREIRE, L.A.M. et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. **Reme**, Belo Horizonte, v.12, n.2, p. 271-277, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GARUZI M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v.35, n.2, p.144-149, 2014.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr, 1995.

HENNINGTON, É.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000300024&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 de agosto de 2020.

HUBAULT, F. **De quoi l'ergonomie peut-elle faire l'analyse. L'ergonomie en quête de ses principes**, 1996, p. 103-140.

INFOCAPS. **Boletim Informativo do CAPES**. Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, v. 5, n. 2, Brasília: CAPES, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/novo-hamburgo/panorama>. Acesso em: 30 de junho de 2020.

KOERICH, M.S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto contexto - Enferm**, vol.15, n. espec, p.178-185, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000500022>. Acesso em: 21 de setembro de 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LOPES, A. S. **Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, p.120. 2014.

MACEDO, L. C. et al. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface, Botucatu**, v. 12, n. 26, p. 649-657, set, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832008000300015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

MARTINS, C.R.; DAL SASSO, G.T.M. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, vol. 17, n.1, p.11-12.-2, 2008.

- MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, jan/fev, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017> Acesso em: 02 de junho de 2020
- MEIER, M.J. et al.. O processo de enfermagem como uma tecnologia para o cuidado: um instrumento para a prática. In: ANAIS DO 2º SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE TRABALHO EM ENFERMAGEM, 2008, Curitiba, Brasil. **Anais eletrônicos [...]** Curitiba: ABEn, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITEen/Arquivos/N.070.pdf>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 70-83, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/pt/>. Acesso em: 31 de agosto de 2020.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R.; MERHY, E.E. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.
- MERHY, E.E. 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, E.E.; ONOCKO, R. organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.
- MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- NIETSCHKE, E.A.; LEOPARDI, M.T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p.129-152, jan/abr, 2000.
- OLIVEIRA L.M.L.; TUNIN A.S.M.; SILVA F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. **Rev APS**, v.11, n.4, p. 362–373, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial da Saúde 2008. **Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca**. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008.
- ORLANDI, E. P. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. Campinas: Pontes, 2001.
- PARKER, I. Discourse and power. In SHOTTER, J.; GERGEN, K. J. Inquiries in social construction series, v. 2. **Texts of identity**, p. 56–69. Sage Publications, Inc., 1989.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PERUZZO, C. M. K. Aproximações entre a comunicação popular e comunitária e a imprensa alternativa no Brasil na era do ciberespaço. **Revista Galáxia**, São Paulo, n. 17, p. 131-146, 2009.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. IN: Pereira, IB Lima JCF. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 255-262.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.5, p. 739-744, set/out, 2009.. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019597014>. Acesso em: 06 de março de 2019.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS 2018-2021. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.novohamburgo.rs.gov.br>. Acesso em: 01 de julho de 2020.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIBEIRO, R. C. Clinical guidelines: how to evaluate its quality. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 350-355, 2010.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. D. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.6, p.96-101, 2000.

ROSALDO, R. **Culture & Truth: The remaking of social analysis**. 1. ed. Boston: Beacon Press, 1993.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D.S.. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm**, v .58, n.3, p.305-331, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 de Agosto de 2020.

SANTOS, D.S. ; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E . Processo de trabalho no Programa Saúde da Família: as potencialidades da subjetividade do cuidado para a reconfiguração do modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p.861-870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016> . Acesso em: 19 de setembro de 2020.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. Trabalho, **Educação e Saúde**, v. 9, n.1, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4067/406757832002.pdf>. Acesso em: 17 de Abril de 2019.

SCHWARTZ, Y. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, F. coordenador. **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: Eduff, 2004.

SCHWARTZ, Y. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe**. Toulouse: Octares; 2000.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-140, dez, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173301998000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 de Abril de 2019.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. organizadores. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**, 2 ed. rev. e ampliada, p. 25-46, 2010.

SCHWARTZ, Y. Uso de si e competência. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. organizadores. **Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y.; ECHTERNACHT, E. H. **Informática na Educação: teoria & prática**. Porto Alegre, v.10, n.2, jul/dez, 2007.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. et al., organizadores. **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SILVA JR., A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

TAKEMOTO M.L.S.; SILVA E.M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 2, p. 331–340, 2007.

TAKEMOTO, M.L.S. **O trabalho de enfermagem em centros de saúde e a mudança do modelo de atenção no Município de Campinas – SP**. Dissertação(Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2005.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 10, p. 585-597, 2005.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Cien Saude Colet**, v.15, n.3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Acesso em: 01 de outubro de 2020.

THOFEHRN, M. B. et al. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Journal of Nursing and Health**, v. 1, n. 1, p. 190-198, 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1.Data da entrevista:
- 2.Número da entrevista:
- 3.Tempo de serviço na Atenção Básica:
4. Como você compreende sua prática profissional?
5. Fale sobre o acolhimento em sua ESF.
6. Quem da equipe de saúde realiza o acolhimento?
 - 6.1 Quais os itinerários para o cuidado que você identifica em sua prática profissional?
 - 6.2 Como o serviço se organiza para o acolhimento dos usuários?
- 7.Como você realiza o ACOLHIMENTO na prática diária na ESF?
8. Ocorreu um processo de implantação do ACOLHIMENTO baseado na PNH - Acolhimento na Atenção Básica, preconizados pelo Ministério da Saúde?
 - 8.1 E capacitações específicas sobre esta temática?
 - 8.2 Como você foi preparado para a operacionalização do ACOLHIMENTO?
9. Quais os dificuldades e limitações para realização do ACOLHIMENTO pelo enfermeiro na sua ESF?
10. Quais as potencialidades da realização do ACOLHIMENTO pelo enfermeiro na sua ESF?
- 11.Quais as sugestões para a melhoria da prática do ACOLHIMENTO pelo enfermeiro.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada **ITINERÁRIOS DE CUIDADO EM SAÚDE: O ACOLHIMENTO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL** realizada por Fabiane Cristina Enzweiler, enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da professora Fabiana Schneider Pires. O objetivo desta pesquisa é conhecer as práticas de acolhimento dos enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Novo Hamburgo/RS. Para isso, realizaremos uma entrevista individual, ou seja, uma conversa aberta, com perguntas como guia e com tempo de duração médio de 20 minutos(poderá variar conforme sua necessidade). Essa entrevista será gravada para posterior transcrição, mantendo sua identificação em sigilo. Seu nome e suas falas não serão identificadas em nenhum momento da pesquisa. Suas opiniões e falas ditas durante a entrevista serão de acesso único à pesquisadora. Consideramos que falar sobre seu trabalho possa trazer algum constrangimento o desconforto, e assim queremos deixar claro que sua participação é voluntária e que você pode se retirar da entrevista ou se recusar a continuar em qualquer momento da pesquisa. Para participar este estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, sua participação é livre e não acarretará nenhum prejuízo ou vantagem em relação ao seu trabalho desempenhado na Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo(FSNH). Toda e qualquer dúvida poderá ser esclarecida pela pesquisadora Fabiane Cristina Enzweiler, que estará à disposição também pelo telefone (51) 999814650 ou pelo email enzweiler.fabiane@gmail.com e pela orientadora Fabiana Schneider Pires, pelo telefone (51) 991157777 ou pelo email: fabianapires@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS no telefone (51) 33083738.

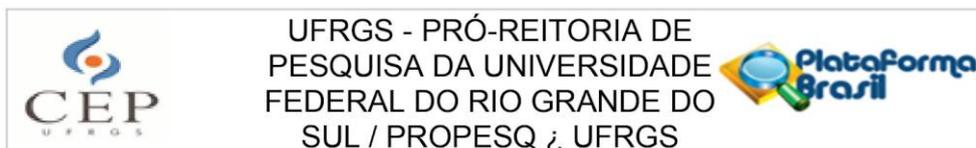
Eu, _____ (participante), declaro que fui informado dos objetivos e dos métodos da pesquisa “ITINERÁRIOS DE CUIDADO EM SAÚDE: O ACOLHIMENTO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL”, e que concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as dúvidas.

Novo Hamburgo, de _____ de 2019.

Participante

Pesquisador

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRGS E AO COMITÊ DE ÉTICA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS DE CUIDADO EM SAÚDE: O ACOLHIMENTO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Pesquisador: fabiana schneider pires

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17459019.7.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.506.734

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires (Orientadora), com a participação da Profa. Dra. Cristine Maria Warmling e de Fabiane Cristina Enzweiler, enfermeira e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional (UFRGS).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo a ser realizada nas Unidades de Saúde da Família no Município de Novo Hamburgo/RS.

A técnica de produção de dados neste estudo será a entrevista.

As entrevistas serão realizadas nas unidades de saúde, local de trabalho dos participantes e serão previamente agendadas de modo a contemplar horários adequados aos participantes. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, assegurando-se o sigilo e confidencialidade. As pessoas interessadas em participar da pesquisa receberão orientações e explicações prévias à entrevista e deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Serão considerados participantes deste estudo todos os profissionais enfermeiros que estejam trabalhando nas unidades básicas de saúde com estratégia de saúde da família do município de Novo Hamburgo/RS no momento da produção de dados.

Nas unidades básicas de saúde da família estão vinculados atualmente (2019) 39 enfermeiros,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NUMESC NOVO HAMBURGO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O Secretário Municipal de Saúde de Novo Hamburgo, após avaliação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), AUTORIZA a realização do trabalho denominado "Itinerários de cuidado em saúde: o acolhimento e a formação profissional". Será realizado nas Unidades de Saúde da Família da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo, no período de maio a agosto de 2019. A coleta de dados será realizada através de entrevistas com os enfermeiros das respectivas unidades, após consentimento livre e esclarecido.

Os pesquisadores acima referidos, assumem desde já o compromisso de:

1. Obedecerem as disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
2. Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas identidades e imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou das instituições envolvidas, respeitando deste modo as Resoluções Éticas, em especial a Resolução do CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.
3. Disponibilizar uma cópia do trabalho, após a conclusão, para o acervo do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), autorizando a utilização do mesmo em suas atividades de educação permanente e divulgação nos relatórios de produção científica, bem como apresentar os resultados em eventos internos, quando solicitado, inclusive com o Conselho Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.

Novo Hamburgo, 16 de maio de 2019..



Dr. Naasom Luciano da Rocha
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO C - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**Declaração da Instituição Coparticipante**

Título do Projeto: " Itinerários do cuidado em saúde: o acolhimento e a formação profissional"

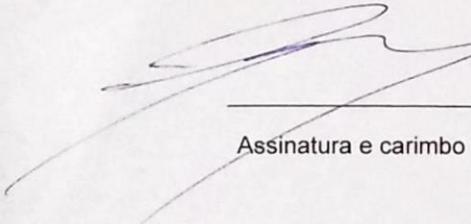
Nome do Pesquisador Responsável: _____ Fabiane Cristina Enzweiler

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS Nº 466/2012 ou a Resolução CNS Nº 510/2016. Esta instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

1. Nome da Instituição FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO

Nome do Responsável pela Instituição: Dr. Ráfaga Nunes Fontoura

N. Hamburgo 19 de *Abril* de 2019


Ráfaga Nunes Fontoura
Diretor Presidente
Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo

Assinatura e carimbo do responsável institucional