

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da
saúde do trabalhador da Atenção Básica**

Jairon Leite Chaves Bezerra

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Saúde Pública para obtenção do título de
Doutor em Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública

**Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira
Querol**

São Paulo
2022

Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da saúde do trabalhador da Atenção Básica

Jairon Leite Chaves Bezerra

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Saúde Pública para obtenção do título de Doutor em
Ciências

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Pereira Querol

Versão Revisada

São Paulo

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Bezerra, Jairon Leite Chaves

Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da saúde do trabalhador da Atenção Básica / Jairon Leite Chaves Bezerra; orientador Marco Antonio Pereira Querol. - São Paulo, 2022.
129 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Intervenção Formativa. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Atenção Básica. 4. Teoria da Atividade. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Querol, Marco Antonio Pereira, orient. II. Título.

Dedico este trabalho a todas(os) as(os) trabalhadoras(es) que contribuem de alguma forma com um cuidado em saúde mais ampliado do que o de ontem, mais singular do que o de hoje e com maiores perspectivas de integralidade para o futuro.

AGRADECIMENTOS

A essa força “sobrenatural” que me fez chegar até aqui, em meio às muitas dificuldades no período de doutoramento, especialmente a de (sobre)viver na pandemia.

Às minhas motivações diárias, minhas amadas filha Iasmin e esposa Jakeline, pelo apoio, pelos momentos de alegria e, ao mesmo tempo, de abstração no processo da escrita.

Ao nosso anjinho(a), que trouxe muitas felicidades e preocupações e que, mesmo “voltando a morar nas nuvens”, será lembrado com todo o carinho e amor de seus pais.

Aos meus familiares, pai, mãe, irmãs, sogro, sogras, cunhados que, de muitas formas, ajudaram para que o doutoramento pudesse acontecer.

Ao meu orientador e professor Marco Querol, por todos os ensinamentos para esta Tese e para toda a vida acadêmica, além da paciência, comprometimento e ética em ter que lidar com um aluno, pai e trabalhador, e ainda assim, pesquisador.

Aos professores Rodolfo Vilela e Frida Fisher pelos ensinamentos nas disciplinas cursadas na área de Saúde do Trabalhador que muito contribuíram para essa pesquisa, pelo apreço e respeito construídos ao longo dessa formação.

Aos professores Laura Feuerwerker e Ricardo Ayres pelas discussões e reflexões acerca do processo de saúde na Atenção Básica e também pela condução das disciplinas de forma leve, gentil e respeitosa.

A todos os professores e amigos que aceitaram avaliar esta Tese, inclusive alguns já citados, pelas suas valorosas contribuições e que, com uma mão amiga, ajuda a tornar este material mais significativo no campo acadêmico.

Aos amigos e amigas da pós-graduação e do grupo de pesquisa PesquisAT: Cristiano, Amanda, Manoela, Sandra Beltran, Ana Yara, Luciana, William, Mara Takahashi, Sandra Donatelli, Bianca, Silvana, Nataly, Jânio e tantos outros que me acolheram, compartilharam suas dificuldades e ensinamentos e que de, alguma forma, estimularam a pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa e dos gestores que permitiram que ela ocorresse, conforme a configuração pactuada.

Por fim, a aqueles não mencionados, mas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta pesquisa e da escrita da Tese, meu muito obrigado!

“Eu queria ressaltar que hoje em especial eu tô muito feliz! [risos] Eu vou pra casa... e... eu recebi essa lembrancinha de um paciente. E assim... de certa... é muito gratificante você receber, porque, em geral, você é tratado mal! [choro] É muito gratificante! Pra algumas pessoas... pode parecer besteira... né?! Mas não é! É muito importante pra gente! Um ‘obrigado’ que você recebe, você trabalha melhor naquele dia...”

Participante da pesquisa

RESUMO

BEZERRA, J. L. C. **Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da saúde do trabalhador da Atenção Básica.** Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2022.

Introdução – Estudos demonstram problemas de sofrimento e adoecimento mental em profissionais da Atenção Básica (AB). Há várias pesquisas sobre o diagnóstico dessa situação e poucas relacionadas à busca de soluções. Valorizar o papel e o protagonismo dos trabalhadores contribuiria com o processo. Algumas intervenções que vão nesse caminho, por vezes, não consideram os trabalhadores como protagonistas da mudança nem a historicidade dos serviços. Dada a escassez de estudos de intervenção no campo da AB, propõe-se uma intervenção formativa, ancorada na Teoria da Atividade. **Objetivo** – Desenvolver uma abordagem teórico-metodológica intervencionista para compreender e desenvolver a atividade da AB. **Metodologia** – Trata-se de uma pesquisa qualitativa que articula um ensaio teórico e duas intervenções formativas. Para o ensaio, verificou-se nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, estudos sobre pesquisa-intervenção em Saúde do Trabalhador (ST) e, também, recuperamos os intervencionistas na AB. Averiguamos as contribuições das abordagens teórico-metodológicas e sugerimos as intervenções formativas. Na primeira intervenção formativa, desenvolvemos seis Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade, ferramenta que combina a Análise Coletiva do Trabalho com o Laboratório de Mudanças, discutindo-se sobre o processo de trabalho. Para a segunda intervenção formativa, usamos o Diário de Perturbações, um quadro analisador e a linha do tempo, identificando os principais distúrbios e analisando suas causas históricas. Todos os encontros das duas intervenções foram audiogravados, respeitando as questões éticas de pesquisa. Foram extraídas manifestações discursivas representando a atividade, seus distúrbios e trechos de fala que forneciam aprendizados e explicações sobre eles. **Resultados e Discussão** – A partir do ensaio, identificamos os avanços das abordagens da ST usadas nos estudos brasileiros, com maior aproximação do trabalho, do trabalhador e do processo. As barreiras encontradas estimulam o desenvolvimento do campo de pesquisa. Argumentamos, então, que a intervenção formativa tem potencial para a pesquisa e desenvolvimento do campo. Os resultados da primeira intervenção formativa mostram que os participantes foram expandindo a forma como entendiam sua atividade, enriquecendo em diferentes dimensões (social, espacial e temporal), levando a uma conceitualização sistêmica da atividade. Além disso, os participantes reconheceram a interdependência entre os membros da equipe e o acolhimento como essência da atividade. Com a segunda intervenção,

identificamos e analisamos os principais distúrbios da atividade local: a sobrecarga e a ameaça de usuários. Analisamos a história da ESF e entendemos mais sobre as razões dos problemas. Ao final, havia um sentimento de desvalorização que contribuía com a rotatividade de trabalhadores na equipe, gerando maior sobrecarga e aumentando a insatisfação dos usuários, reiniciando o círculo vicioso. **Considerações Finais** – Verificamos que a intervenção formativa é uma alternativa em potencial para a pesquisa e desenvolvimento em ST da AB, pois permite a compreensão em profundidade da atividade de cuidado e de seus distúrbios de forma colaborativa. O estudo sugere a necessidade de reorganização das práticas em saúde na AB, através de abordagens intervencionistas que incluam outros atores do campo e ajustes quanto ao contexto local.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica à Saúde. Intervenção formativa. Teoria da Atividade.

ABSTRACT

BEZERRA, J. L. C. **Formative intervention to research and development of Primary Care worker's health.** Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2022.

Introduction –Studies show problems of mental suffering and illness among Primary Care (PC) professionals. There are many studies about the diagnosis of this situation, but few related to the search for solutions. Valuing the role and the protagonism of the workers would contribute to the process. Some interventions that go in this direction, sometimes, do not consider the workers as protagonists of the change, nor the historicity of the services. Given the scarcity of intervention studies in the field of Primary Care, we propose a formative intervention, anchored in the Activity Theory. **Objective** – To develop a theoretical-methodological interventionist approach to understand and develop the activity of the PC. **Methodology** – This is a qualitative research that articulates a theoretical essay and two formative interventions. For the essay, we verified in the databases of the Virtual Health Library, studies about research-intervention in Worker's Health (WH) and, also, we retrieved the interventionist ones in the PC. We verified the contributions of theoretical-methodological approaches and suggested training interventions. In the first training intervention, we developed six Learning Workshops on the Activity, a tool that combines the Collective Analysis of Work with the Laboratory of Changes, discussing the work process. For the second formative intervention, we used the Diary of Disturbances, an analyzer board and the timeline, identifying the main disturbances and analyzing their historical causes. All the meetings of the two interventions were audio-recorded, respecting the research ethical issues. Discursive manifestations representing the activity, its disturbances, and excerpts of speech that provided learning and explanations about them were extracted. **Results and Discussion** – From the essay, we identified advances in WH approaches used in Brazilian studies, with a greater approach to work, worker, and process. The barriers encountered stimulate the development of the research field. We argue, then, that the formative intervention has potential for research and development of the field. The results of the first formative intervention show that participants were expanding the way they understood their activity, enriched in different dimensions (social, spatial, and temporal), leading to a systemic conceptualization of the activity. Moreover, participants recognized interdependence among team members and welcoming as the essence of the activity. With the second intervention, we identified and analyzed the main disturbances of local activity: the overload and the threat of users. We analyze the history of the ESF and

understand more about the reasons for the problems. In the end, there was a feeling of devaluation that contributed to the turnover of workers in the team, generating greater overload and increasing user dissatisfaction, restarting the vicious circle. **Final Considerations** – We found that the formative intervention is a potential alternative for research and development in WH of PC, because it allows in-depth understanding of the activity of care and its disorders in a collaborative way. The study suggests the need for reorganization of health practices in PC, through interventionist approaches that include other actors in the field and adjustments regarding the local context.

Keywords: Worker's Health. Family Health Strategy. Primary Health Care. Formative intervention. Activity Theory.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 COMPREENDENDO O TRABALHO NA ESF	15
1.2 TEORIA DA ATIVIDADE	20
1.3 JUSTIFICATIVA	23
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 MÉTODOS	28
3.1 DESENHOS DOS ESTUDOS	28
3.2 ENSAIO TEÓRICO	29
3.3 INTERVENÇÕES FORMATIVAS	30
3.4 PROCEDIMENTOS PARA INTERVENÇÕES FORMATIVAS	31
3.4.1 Primeira Intervenção Formativa	31
3.4.2 Segunda Intervenção Formativa	34
3.5 ANÁLISE DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 ABORDAGENS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA: FUNDAMENTOS PARA UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA	38
4.2 DESCOBRINDO COLABORATIVAMENTE A ESSÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA	63
4.3 COMPREENDENDO AS CAUSAS E A HISTÓRIA DOS DISTÚRBIOS NA ATIVIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
6 REFERÊNCIAS	108

APÊNDICES	115
APÊNDICE A – PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES DE PESQUISA NA UBS LOCAL	115
ANEXOS	119
ANEXO A – DIÁRIO DE PERTURBAÇÕES	119
ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	121
ANEXO B – CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	125
ANEXO C – CURRÍCULO LATTES DO DOUTORANDO	126

APRESENTAÇÃO

Este projeto foi construído na tentativa de superar os agravos à saúde dos trabalhadores da Estratégia em Saúde da Família (ESF) decorridos em função das características do contexto de trabalho da Atenção Básica. Esse problema foi identificado na pesquisa de mestrado, apontando a presença de elementos causadores de adoecimento psíquico do profissional que realiza a produção de cuidado em saúde (BEZERRA, 2015).

Nesse estudo, os agentes comunitários de saúde identificaram os relacionamentos, as mudanças e o controle sobre a atividade como os principais determinantes para o estresse ocupacional (BEZERRA e LUCCA, 2016). A concepção da pesquisa foi definida a partir da função exercida por mim no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em um município do Nordeste brasileiro. Essa função possibilita ação conjunta com os profissionais da ESF, compartilhando e apoiando suas práticas em saúde (BRASIL, 2014).

Na atividade do NASF e na interseção com a ESF era possível perceber dificuldades variadas na execução das ações em saúde, o que produzia alguns impasses como fadiga, desconfiança e insatisfação, bem como conflitos entre todos os atores envolvidos. Isso me estimulou a tentar compreender a situação e a verificar os problemas de ordem organizacional na Atenção Básica do município. Estes, por sua vez, deveriam ser melhor analisados, a fim de prevenir o adoecimento mental desses profissionais.

Nesse sentido, a pesquisa indicou a necessidade de mudança na organização da atividade da ESF. No entanto, apesar da participação de profissionais de saúde no preenchimento de questionários e nos grupos focais, esse estudo deu-se de forma tradicional, ou seja, na perspectiva do pesquisador e contemplou apenas uma categoria profissional. Para favorecer mudanças factíveis e sustentáveis, foi necessário, então, desenvolver uma nova pesquisa mais participativa, com todos os trabalhadores da Atenção Básica, envolvendo os diferentes pontos de vista e saberes profissionais do serviço do município.

Dessa forma, foi proposta uma pesquisa intervencionista utilizando os princípios da teoria da atividade e baseando-se na metodologia do Laboratório de Mudanças (LM). Tal método busca tornar os trabalhadores protagonistas no processo de análise das suas condições de trabalho, no controle dos riscos à saúde e na busca de mudanças reais e duradouras (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Devido à dificuldade de estabelecer uma negociação e viabilização do método LM, optou-se por direcionar este estudo ao nível local, em torno da equipe de ESF, propondo-se uma nova análise usando a metodologia de intervenção formativa. Este tipo de pesquisa foi orientada pelos princípios da Teoria da Atividade (ENGESTROM, 2011).

Foram realizadas oficinas e encontros destinados à discussão da atividade de cuidado em saúde e dos distúrbios atuais. Nessa análise à nível local, os participantes escolheram democraticamente discutir a temática da sobrecarga, aspecto que surge no debate do adoecimento mental dos participantes, e sobre o qual direcionou-se essa intervenção.

Nesse sentido, esta Tese apresenta o percurso de uma Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da saúde do trabalhador da Atenção Básica (AB), orientando-se pela atividade de cuidado em saúde da ESF. Sua estrutura inicia na introdução, com revisão de literatura fundamentando e justificando o estudo. Em seguida, estão apresentados os objetivos, geral e específicos, a metodologia que será utilizada, os resultados e discussões distribuídos em três artigos, e, por último, as considerações finais da mesma.

1 INTRODUÇÃO

O adoecimento mental dos trabalhadores de saúde tem tido destaque ao longo dos últimos anos. Em diferentes ambientes de trabalho, esses profissionais estão sofrendo com ansiedade (SENA et al., 2015), depressão (SANTOS et al., 2017), transtornos mentais comuns (TMC) (SILVA et al., 2017a), estresse (SANTOS et al., 2017), síndrome do esgotamento profissional, ou Burnout (ALMEIDA et al., 2016) e suas associações (SENA et al., 2015, SANTOS et al., 2017, SILVA et al., 2017a).

O ambiente da Atenção Primária à Saúde, também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), é um dos lugares onde esse adoecimento é mais prevalente (KNUTH et al., 2015). Há um significativo número de estudos relacionando a síndrome de Burnout com o trabalho na ESF, sugerindo que exista um risco maior de estresse ocupacional (ALMEIDA et al., 2016). Outros transtornos psiquiátricos menores também são observados nos profissionais da AB com maior proporção para aqueles de nível médio e em agentes comunitários de saúde, requerendo melhorias na estrutura, organização e gestão do processo de trabalho (DILÉLIO et al., 2012).

A organização e as condições de trabalho na AB estão relacionadas como determinantes dos problemas de saúde mental. A exposição a ambientes organizacionais pobres influencia vários níveis, desde a saúde física e mental dos trabalhadores ao ambiente de trabalho em geral (FERNANDES e PEREIRA, 2016). Isso produz sofrimento e insatisfação para os profissionais de saúde comprometendo sua prestação de serviço.

Para a profissão de enfermagem, por exemplo, quanto pior sejam as condições e organização do trabalho na AB e as relações socioprofissionais, maior a possibilidade de insatisfação, adoecimento e exaustão emocional (LACERDA et al., 2016). Aspectos observados em equipes da ESF das cinco regiões geográficas do Brasil apontam três circunstâncias, as quais são as maiores causadoras da insatisfação: a fragilidade da gestão, as relações entre profissionais e usuários e o excesso de trabalho (SORATTO et al., 2017).

Dejours (2013) afirma que uma exagerada demanda pode conduzir à fadiga e ao sofrimento, desencadeando patologia no trabalhador caso a instituição não intervenha na evolução do processo e na organização do trabalho.

Essa relação também pode ser explicada também pelo Modelo Demanda-Controle de Karasek (ARAUJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003), Este distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho, gerados pela interação dos níveis "alto" e "baixo" de demanda psicológica e de controle: "alta exigência do trabalho" (caracterizado como alta demanda e baixo controle), "trabalho ativo" (alta demanda e alto controle), "trabalho passivo" (baixa demanda e baixo controle) e "baixa exigência" (combinando baixa demanda e alto controle). Segundo o autor, há uma associação positiva entre trabalho em alta exigência e efeito negativo sobre a saúde mental (ARAUJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003).

Embora se considere a multifatorialidade no processo do adoecimento mental, há forte associação com o trabalho. Evidencia-se a presença de elementos no trabalho da AB que implicam em prevalência elevada de Burnout (SILVEIRA, CÂMARA e AMAZARRAY, 2014), transtornos mentais comuns (ALCÂNTARA e ASSUNÇÃO, 2016), depressão e ansiedade (CARREIRO et al., 2013), além de algum sofrimento mental (MAISSIAT et al., 2015). Dessa forma, o (re)conhecimento da organização e das condições de trabalho dos profissionais da saúde e a intervenção adequada neste ambiente são elementos importantes e determinantes para promover a saúde do trabalhador: “[...] é impossível tratar de saúde (mesmo a nossa própria saúde) sem considerar as situações pelas quais passamos ou sem considerar as formas como nos organizamos [...]” (BRASIL, 2011a, p. 19).

A existência de situações “estressoras”, ou seja, determinantes para os problemas de saúde mental no trabalho, pode resultar em um estado no qual o profissional frequentemente, se sente tenso, preocupado, menos atento e menos eficiente no desempenho das tarefas (PRIMA-EF, 2011). Essas circunstâncias, também chamadas de fatores psicossociais relacionados ao trabalho (FPRT), consistem, de um lado, nas condições, natureza, organização e ambiente de trabalho; e, do outro, nas capacidades, necessidades, cultura e condições de vida do trabalhador fora do trabalho (WHO, 1984). Alguns estudos têm confirmado a figura desses fatores na AB (ARAUJO et al., 2016; BEZERRA, 2015), especialmente na atividade de agentes comunitários de saúde no Brasil (BEZERRA e LUCCA, 2016) e de médicos na Espanha (GARCÍA-RODRÍGUES et al., 2015) e na Suécia (ANSKÄR et al., 2018).

A Comissão Europeia, órgão executivo da União Europeia, apresenta um modelo de organização de trabalho em saúde desfavorável, com exposição potencialmente elevada de FPRT: com picos de trabalho, pressão de tempo, problemas no trabalho em equipe, recursos materiais insuficientes, excesso de documentação, responsabilidades pouco claras, entre outras (EUROPEAN, 2011). Essas situações são constantes no setor saúde do país.

Ao analisar os problemas dos profissionais de saúde na AB, a maioria dos estudos brasileiros convergem para o diagnóstico da segurança (GARCIA e FACCHINI, 2009; MEDEIROS et al., 2013), das condições de trabalho (MACIEL, SANTOS e RODRIGUES, 2015) e da saúde desses trabalhadores (MEDEIROS et al., 2016). Estes buscam averiguar se há algum(ns) problema(s) e se estabelece(m) relações com o corpo humano e/ou com o ambiente de trabalho. Abordam de forma quantitativa essas dificuldades, pretendendo generalizar a situação encontrada, a partir de uma amostra representativa.

Outros estudos conduzem sua abordagem com métodos participativos (NASCIMENTO e DAVID, 2008; LANCMAN et al, 2013; BINDA, BIANCO e SOUSA, 2013), oferecendo aos profissionais de saúde espaços de discussão para fazê-los problematizar, investigar e analisar seu próprio de trabalho. Buscam compreender em alguma profundidade se há o problema e analisar suas relações dentro de um contexto, garantindo uma melhor explicação para o fenômeno analisado.

Embora hajam diferenças nas abordagens sobre os problemas de saúde mental e da organização do trabalho da AB, ambos fornecem subsídios para a elaboração e o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e outras intervenções. Logo, esses aspectos devem ser analisados e requerem medidas coletivas para transformações no processo de trabalho. É consenso que intervenções a nível organizacional possam garantir melhor funcionamento do serviço e prevenir o adoecimento dos seus trabalhadores (LANCMAN et al., 2013; LINZER et al., 2015).

No contexto da AB brasileira, entre as poucas estratégias divulgadas para solucionar o problema do adoecimento mental dos profissionais de saúde, pode-se citar a promoção de saúde. Uma experiência acadêmica de um curso de Enfermagem apresenta uma intervenção que se baseou na utilização de questionário semiestruturado para levantamento das demandas dos trabalhadores e elaboração das atividades de educação e promoção à saúde. Suas ações duraram dois dias e proporcionaram bem-estar, valorização da vida e saúde do trabalhador, satisfação e relaxamento (SILVA et al., 2017b). Apesar de obter resultados positivos, a avaliação da atividade foi realizada logo após a intervenção, considerando apenas os efeitos imediatos. Por não ser uma atividade continuada e sem avaliação de efeitos tardios, não é possível verificar se seus resultados são duradouros e se previne os agravos à saúde.

Embora não documentado através de publicações científicas, deve haver diversos projetos de intervenção no país que tentam melhorar a organização e as condições de trabalho na Atenção Básica, além de minorar o adoecimento dos seus trabalhadores. Por exemplo, há

um curso promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais, que propõe a “Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde” (ASSUNÇÃO, 2012) e busca iniciativas com essa proposta desde o ano de 2012.

Em estudos internacionais há uma ampla proposta de intervenção na AB. Entre os citados estão os programas baseados em *Mindfulness*, ou Atenção Plena. Eles apresentam bons resultados na percepção de adoecimento mental, esgotamento e outros problemas entre seus trabalhadores (ASUERO et al., 2013; FOTNEY et al., 2013; ASUERO et al., 2014). Os resultados na melhora do estado funcional e da atenção plena de profissionais da AB mostram que práticas baseadas em *Mindfulness* podem melhorar a qualidade de vida e saúde do trabalhador (FERNANDES et al., 2019).

Uma outra pesquisa destaca as habilidades de comunicação na AB como fatores preventivos para a Síndrome de Burnout (LEAL-COSTA et al., 2015). Embora, ambas sejam experiências compreendidas como intervenções positivas, suas ações se restringem ao nível individual, no profissional de saúde, como se observa comumente nas organizações (HURTADO, 2020).

Ademais, há evidências de baixa qualidade com ações baseadas no relaxamento mental e físico, como o *Mindfulness*, para a redução do estresse ocupacional em profissionais de saúde. Outras intervenções organizacionais ainda não têm efeitos claros. Portanto, são necessários estudos adicionais e sugere-se que as intervenções organizacionais precisam estar mais focadas em abordar fatores específicos que causam o estresse (RUOTSALAINEN et al., 2015).

Dessa forma, a proposta de transformação organizacional sobre o trabalho na AB parece ser uma opção para melhorar a estrutura, facilitar novas práticas, superar aquelas tradicionais e proporcionar um ambiente mais saudável para o profissional de saúde. A seguir, detalhamos o arranjo organizativo da ESF na qual a atividade é desenvolvida.

1.1 COMPREENDENDO O TRABALHO DA ESF

O trabalho em saúde no Brasil teve uma maior expressão com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa atividade, tida como cuidado em saúde, para além de uma prestação de serviço é definida como “[...] uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o

alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004, p. 74). Essa relação vem sendo produzida nas instituições do sistema de saúde brasileiro vigente há cerca de 30 anos.

As ações de cuidado em saúde no SUS resultam em benefícios para a sociedade. A melhoria dos serviços de saúde no setor público é inegável ao longo da história, principalmente no tocante à descentralização dos serviços e da participação social (PAIM et al., 2011). Entretanto, as práticas de saúde continuavam tradicionais:

O modelo assistencial ainda predominante no país caracteriza-se pela prática ‘hospitalocêntrica’, pelo individualismo, pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e pela baixa resolubilidade, gerando alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo – gestores, profissionais de saúde e população que utiliza os serviços (PROGRAMA, 2000, p. 316).

Em resposta a esse problema, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, ambos com a finalidade de reorientar esse modelo assistencial, centrado na doença, para um mais integral, centrado no usuário (BRASIL, 1998). Este último programa só teve uma ampla distribuição no país após 1998, quando passou a dispor de maior financiamento (DRAIBE, 2003).

Inicialmente, o PSF funcionava como uma plataforma de serviços e, posteriormente, foi assumido como política pública estratégica de assistência à saúde da população, mudando-se o nome para Estratégia Saúde da Família (ESF) com a portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006; ANDRADE et al, 2012). Essas mudanças trouxeram uma maior valorização da política de saúde nacional, definindo um plano organizativo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde ou “Atenção Básica”, nomenclatura utilizada no país.

Conforme a portaria citada, a AB descreve um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, seja no âmbito individual ou coletivo (BRASIL, 2006). Desse modo, a ESF se consolidava como “porta de entrada prioritária de um sistema de saúde” (BRASIL, 2009, p. 7).

No entanto, não havia uma efetivação completa dessa política, o que impedia o cuidado em saúde integral. As práticas em saúde tanto individuais quanto coletivas eram realmente objeto do trabalho na ESF, porém a família permanecia cuidada seguindo o modelo tradicional,

assistencial, centrado no aspecto biológico do adoecimento, biomédico (SHIMIZU e ROSALES, 2009).

O que vem ocorrendo desde a implantação do PSF pode ter sido resultado do crescimento no número de equipes de saúde não acompanhado de maior incentivo financeiro para o município. Os valores transferidos pelo governo federal não cobriam os custos totais do programa (MARQUES e MENDES, 2003) e eram necessários mais investimentos, principalmente para subsidiar novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na concepção da ESF. Outro fator era os problemas ligados à formação de profissionais de saúde em consonância com os princípios do SUS e práticas integrais de saúde (COSTA e MIRANDA, 2008).

Diante dessas dificuldades, justificava-se um novo apoio financeiro na Atenção Básica. Por meio da Portaria nº 2.488 (BRASIL, 2011b) foi permitido um maior repasse federal para os municípios. A portaria estabelecia outros incentivos para a construção e reforma de UBS, a implantação de novas modelagens de ESF, apoiando outras equipes de saúde na AB, além de fomentar a educação permanente. Ao mesmo tempo, determinava responsabilidades mais definidas para cada equipe e cada profissional e, também, adicionava a AB junto ao conceito de redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b): “principal porta de entrada” do SUS, resolutiva, coordenadora do cuidado em saúde e ordenadora da rede (BRASIL, 2012).

Dessa forma, fazem parte das equipes de AB: ESF, de saúde bucal (ESB), do consultório na rua e de comunidades específicas (ribeirinhas e fluviais). A depender da modalidade, esses grupos devem ser compostos por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais necessários a partir de uma necessidade local (BRASIL, 2012).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é outra equipe à disposição da AB, com o objetivo de ampliar a abrangência do cuidado em saúde e sua resolutividade. Em sua composição, profissionais de diversas áreas de conhecimento (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, professor de educação física, assistente social, terapeuta ocupacional e outros) devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus serviços (BRASIL, 2012).

Mesmo com todo esse aparato, a AB ainda continua com dificuldades para atingir sua forma plena. Uma avaliação do processo de trabalho realizada pela gestão de municípios catarinenses através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção

Básica (PMAQ) mostrou que, apesar de possuírem uma estrutura considerada satisfatória, ainda existem grandes desafios para assegurar as condições necessárias à realização dos aspectos processuais, em especial, na continuidade do cuidado e na organização do trabalho (FONTANA, LACERDA e MACHADO, 2016).

Em um município do Acre, por exemplo, um dos problemas também estava na organização do processo de trabalho: não há projeto comum de cuidado, nem planejamento baseado na realidade local, como também não há participação da comunidade. A persistência de práticas relacionados ao modelo biomédico e a resistência de alguns profissionais que organizam seu processo de trabalho de forma individual e fragmentada dificultam o trabalho em equipe e a produção de cuidado integral e resolutivo (CHAGAS e VASCONCELLOS, 2013).

Além disso, a escassez de profissionais, aliada à falta de equipamentos, materiais e medicamentos, acaba inviabilizando as práticas de cuidado integral na AB (OLIVEIRA JUNIOR et al., 2013). Essa carência de instrumentos de trabalho e insumos é uma condição comum na AB da maioria dos municípios brasileiros. Ao se avaliar a tipologia da estrutura de mais de 38 mil UBS no país, observa-se que apenas uma pequena parte (4,8%) apresenta padrão de referência mínimo, ou seja, tem equipe de saúde da família com saúde bucal, elenco completo de profissionais, oferta todos os serviços e dispõe de equipamentos básicos como sala de vacinação, aparelho de nebulização, geladeira para vacina, glicosímetro, vacina tetravalente e computador com acesso à internet. Isso restringe o escopo de ações e a resolutividade das UBS, limitando a sua capacidade de resposta aos problemas de saúde (BOUSQUAT et al., 2017).

Quando são acrescentados os problemas de ordem organizacional aos estruturais, é nítida a dificuldade para a oferta de um cuidado integral. É possível perceber essa realidade em um município de Piauí: a falta de apoio da gestão para o trabalho com elevada demanda e poucos recursos; problemas no acesso do serviço pelos usuários e pouca continuidade de cuidado na própria equipe ou na RAS; alta rotatividade de profissionais somados aos obstáculos na comunicação e nos relacionamentos entre as equipes; e produção de práticas nem sempre correspondente com as necessidades da população (BEZERRA, 2015).

Para dar conta das dificuldades do trabalho da AB, os profissionais de saúde enfrentam circunstâncias nas quais são convocados a criar, a improvisar, a construir novas ações, a pensar o melhor modo de realizar a assistência, a maneira mais adequada de realizar o cuidado, de forma a atender os diversos contextos específicos. Há avanços positivos em relação à integração

dos trabalhadores de saúde e melhora da assistência oferecida e na continuidade do cuidado na RAS, naquelas UBS com implantação de estratégias inovadoras de assistência em saúde (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Em uma experiência da gestão de AB empreendida pelo TEIAS-Escola Manguinhos, foi desenvolvido um trabalho integrado entre as equipes de saúde da família, o NASF e o Colegiado de Gestão, utilizando-se o método do apoio institucional. Essa estratégia potencializou mudanças de modelos de gestão para relações mais horizontalizadas e solidárias, ampliando os graus de autonomia e responsabilização dos trabalhadores. Por se tratar de uma intervenção baseada em apoio para gestão e trabalhadores, respeitam-se os diferentes núcleos de saberes e práticas específicas, compartilham-se dificuldades e constroem-se conjuntamente estratégias de intervenção (CASANOVA, TEIXEIRA e MONTENEGRO, 2014)

Para isso, o apoiador institucional deve ter tempo hábil para discussão dos casos complexos e seus desdobramentos, mediação de conflitos, monitoramento de indicadores, planejamento de atividades e formulação de projetos comunitários, entre tantas outras tarefas designadas para os encontros entre apoiadores e as várias equipes de ESF. Embora essa sobrecarga de afazeres para a figura do apoiador possa comprometer sua função, considera-se ser um caminho para maior qualidade nas ações da saúde da família (CASANOVA, TEIXEIRA e MONTENEGRO, 2014).

Com exceção dessa última experiência, o desenvolvimento de estratégias para uma produção de cuidado integral e resolutivo parece estar concentrado no nível gerencial, afastando-se dos profissionais e usuários. A maioria dos estudos apresentados são análises a partir do ponto de vista dos especialistas-pesquisadores sobre o trabalho em saúde da AB. Mesmo utilizando-se de métodos colaborativos, os trabalhadores ficam apenas como informantes sobre a avaliação da própria atividade no processo da pesquisa. Quando esses indivíduos não participam do processo de diagnóstico, elaboração e implementação de mudança, pode haver maior resistência e não aceitação da alternativa proposta. A intervenção terá efeito quando há participação e protagonismo dos envolvidos, quando são considerados agentes de transformação da sua atividade (HESKETH e OTTAWAY, 1979).

Dessa forma, as intervenções formativas baseadas na teoria da atividade histórico-cultural aparecem como uma alternativa na busca de soluções construídas coletivamente para os problemas na produção do cuidado em saúde. Entendemos que o objeto em estudo necessita dessa abordagem, reconhecendo que, em estudo anterior, a participação dos profissionais de saúde foi reduzida a uma categoria profissional e limitada no processo de construção de

hipóteses do problema de adoecimento mental (BEZERRA, 2015). Discutiremos, então, a base teórica das intervenções formativas, a seguir.

1.2 TEORIA DA ATIVIDADE

A ideia de atividade, desenvolvida por Hegel e Marx, foi incorporada inicialmente por Vygotsky. Ao criar a concepção de mediação por artefatos culturais (VYGOTSKY, 1978), ou seja, aspectos historicamente produzidos que influenciam as ações humanas, este teórico afirmava que o desenvolvimento dos homens “[...] é parte do desenvolvimento histórico geral de nossa espécie e assim deve ser entendido” (VYGOSTKY, 1991, p. 42).

Essa ideia configurava a primeira geração da teoria da atividade. Vygotsky e outros pesquisadores concentraram seus estudos no fenômeno psicológico de forma geral, considerando a formação de conceitos especialmente na criança. Esses pesquisadores dedicavam-se com o ensino e o aprendizado, visando descobrir como os conceitos são formados no ambiente escolar. Considerando que a realidade externa é mediadora entre o sujeito e sua ação, apontam a ação mediada como unidade de análise da formação (CASSANDRE e QUEROL, 2013).

A inserção de artefatos culturais nas ações humanas foi revolucionária, uma vez que o indivíduo não podia mais ser entendido sem o seu meio cultural; e a sociedade não podia mais ser entendida sem a ação dos indivíduos que utilizam e produzem esses artefatos. No entanto, a unidade de análise permanecia focada no indivíduo (ENGESTROM, 2016).

Para superar esse problema, a segunda geração da teoria, sustentada por Leontiev e outros colegas, ampliou o entendimento da ação humana com a concepção de atividade coletiva. Leontiev (1981) revelou como a divisão de trabalho na evolução histórica encaminhou diferenças essenciais entre uma ação individual e uma atividade coletiva. As relações complexas entre o indivíduo e a comunidade foram centrais para essa geração.

O conceito de atividade coletiva foi amplamente pesquisado na União Soviética, mas restrito às brincadeiras e à aprendizagem entre as crianças. Os estudos sobre as contradições da ação humana continuavam controversos até que Ilienkov possibilitou uma melhor compreensão. Ele destacou que as contradições internas são a força motriz das mudanças e do

desenvolvimento nos sistemas de atividade, influenciando fortemente as pesquisas empíricas (ENGESTROM, 2016).

Quando a teoria da atividade atingiu âmbito internacional, problemas de diversidade e diálogo entre as diferentes tradições ou perspectivas foram questionadas. A terceira geração da teoria da atividade tem de lidar com esses desafios. Assim, essa geração busca desenvolver ferramentas conceituais para compreender o diálogo, as variadas perspectivas e as redes de interação dos sistemas de atividade (LEMOS, PEREIRA-QUEROL e ALMEIDA, 2013).

Um dos grandes teóricos dessa geração, Engeström, desenvolve um modelo de análise da atividade, ampliando a concepção de ação individual e atividade coletiva (ENGESTROM, 1987). Reformulando a representação inicial de Vygotsky (1978), Engeström propôs uma unidade de análise baseada em um conjunto de aspectos com uma representação triangular, chamada sistema de atividade (SA) (Figura 1). Nela, incluiu novos elementos relacionados à comunidade e considerou as inter-relações com outros SA (ENGESTROM, 2016).

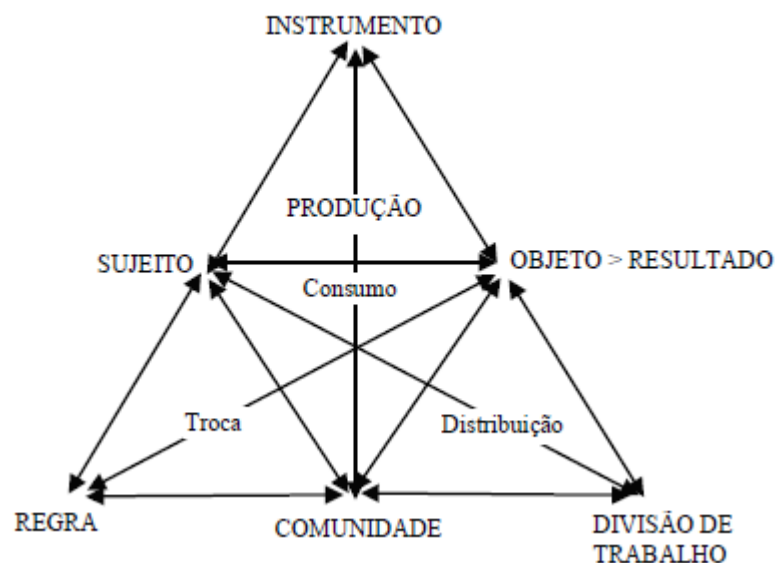


Figura 1 – Modelo do sistema de atividade (Obtido de VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015, p. 89)

Conforme a Figura 1, os membros e/ou elementos do sistema de atividade estão envolvidos na produção de uma ação específica. Entre eles estão: (a) o sujeito, indivíduo ou subgrupo escolhido como perspectiva de análise; (b) o objeto, matéria-prima ou espaço-problema relacionados à atividade; (c) os instrumentos, ferramentas e signos que ajudam a

transformar o objeto; (d) a comunidade, outros indivíduos e subgrupos que compartilham o mesmo objeto; (e) a divisão de trabalho, tanto horizontal das tarefas quanto vertical do poder e status; e (f) as regras, ou regulamentações, normas, convenções e padrões que controlam as ações desse sistema de atividade (ENGESTROM e SANINO, 2016).

O modelo sugere a possibilidade de analisar uma multiplicidade de relações dentro da estrutura triangular de atividade, baseado em uma leitura marxista: produção, consumo, troca e distribuição. No entanto, a tarefa essencial é sempre compreender o todo sistêmico, não apenas as conexões separadas (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Para a compreensão do objeto na prática, observa-se que a teoria da atividade utiliza vários princípios. Engestrom (2011) apresenta os cinco: SA como unidade de análise, multivocalidade, historicidade, contradições como força motriz da mudança e ciclos expansivos como formas possíveis de transformação.

O primeiro princípio se refere a um SA coletivo, mediado por artefatos e orientado a objetos, visto em suas relações de rede com outros SA, que deve ser tomado como a unidade principal de análise. O segundo é o da multivocalidade. Sempre há uma comunidade com múltiplos pontos de vista, tradições e interesses. A divisão do trabalho em uma atividade cria diferentes posições para os participantes com diversas narrativas, além do próprio SA carregar múltiplas camadas e vertentes da história gravadas em seus artefatos, regras e convenções. As vozes ainda são multiplicadas em redes de SA interagentes. Então, torna-se ao mesmo tempo fonte de problemas e de inovações (ENGESTROM, 2011).

O terceiro princípio é a historicidade, pois se considera que o SA toma forma e é transformado em longos períodos de tempo. Suas adversidades e potenciais só podem ser entendidos em relação à sua própria história e essa precisa ser estudada. Já o quarto princípio é o uso das contradições como papel central das fontes de mudança e desenvolvimento da atividade. Elas não são o mesmo que problemas ou conflitos. Acumulam historicamente as tensões estruturais dentro e entre os SA. Tais contradições geram distúrbios e conflitos, mas também tentativas inovadoras de mudar a atividade (ENGESTROM, 2011).

Essas situações conflitantes entre os elementos do SA geram um estado de necessidade no sentido da resolução do problema. Pode ser por meio de regressão ou expansão (ENGESTROM, 2016). Para auxiliar essa resposta, Vygotsky desenvolveu a ideia de zona de desenvolvimento proximal (ZDP):

É a distância entre o nível de desenvolvimento real determinado para resolução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial

determinado pela resolução de problemas sob a orientação de adultos ou em colaboração com colegas mais capazes (VYGOTSKY, 1978, p. 86).

Para determinar o avanço na ZDP, convoca-se o quinto princípio da teoria, que é a possibilidade de transformações expansivas nos SA. Os sistemas de atividade passam por ciclos relativamente longos de transformações qualitativas. Uma transformação expansiva é realizada quando o objeto e o motivo da atividade são reconceitualizados para alcançar um horizonte de possibilidades radicalmente mais amplo do que no modo anterior da atividade (ENGESTROM, 2011).

Os ciclos de transformação expansiva podem ser potencializados por uma mediação que entenda o processo de mudança e auxilie todos os indivíduos a avançar o desenvolvimento no SA, resolvendo as contradições. As intervenções formativas baseadas na teoria da atividade são metodologias para essa finalidade (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Em síntese, o *Center for Research on Activity, Development and Learning* (CRADLE), centro de pesquisa da Universidade de Helsinque, resume as características da teoria: (1) é historicamente fundamentada e longitudinal; (2) foca em SA orientados ao objeto e mediados por artefatos como sua unidade principal de análise; (3) analisa as contradições dentro e entre os elementos do SA como a força motriz da mudança e do desenvolvimento; (4) constrói zonas de desenvolvimento proximal orientadas para o futuro; (5) promove e analisa ciclos de aprendizado expansivo; (6) utiliza e desenvolve intervenções formativas, como o Laboratório de Mudanças (ACTIVITY, 2017).

A teoria da atividade pode permitir uma compreensão ampliada da atividade de cuidado em saúde e do seu desenvolvimento nos serviços de saúde, uma vez que propõe diversas análises: do processo em oposição a apenas ao objeto; explicativa e não descritiva; e do desenvolvimento que retoma todos os pontos e faz retornar à origem do desenvolvimento de uma determinada estrutura (VYGOTSKY, 1978).

1.3 JUSTIFICATIVA

Os estudos que explicam as dificuldades na produção de cuidado em saúde na AB são análises que pouco incluem os trabalhadores como participantes potenciais no processo de pesquisa, principalmente quando se trata da transformação do processo de trabalho (BRITO et

al., 2012). Já naqueles que estudam a Saúde do Trabalhador da AB, em especial a saúde mental, mostra-se excesso de pesquisas que utilizam de medição e quantificação dos agravos, fato que aponta para a necessidade de transformações de forma multidisciplinar na promoção e prevenção da saúde e em estratégias de enfrentamento a esses problemas (SILVA e SILVA, 2015).

A análise por outras abordagens de pesquisa e intervenção sobre o adoecimento mental na Atenção Básica restringem-se a pesquisadores e/ou especialistas, não incluindo outros atores no processo. Uma análise pobre, parcial ou tendenciosa da situação de trabalho pode levar a recomendações superficiais e transformações fracas que não vão responder suficientemente aos determinantes causais que estão por trás dos eventos estressores (VILELA et al., 2014).

Mesmo pouco documentadas, a implantação de estratégias de mudança no processo de trabalho da AB no contexto brasileiro podem apresentar falhas. Em geral, as intervenções no setor saúde possuem alguns obstáculos: programas sem boa base teórica e não integrados à gestão do serviço como um todo; falhas em avaliar a eficácia das intervenções; vigilância da saúde restrita a doenças e agravos específicos; falta de compromisso da gestão com as intervenções; falhas na comunicação; falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho; e programas e intervenções baseados exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores (REINHARDT e FISCHER, 2009).

Em estudo anterior que analisou os fatores de adoecimento mental da AB (BEZERRA, 2015) houve abordagem metodológica reduzida a uma categoria profissional, com análise restrita aos pesquisadores e limitada aos participantes no processo de construção de hipóteses. A resolução desse tipo de problema exige um outro tipo mais complexo de pensamento reflexivo, a habilidade de analisar criticamente os próprios pontos de partida e pressupostos, de reconstruir a cadeia que levou a uma via sem saída na resolução de problemas e de construir novas hipóteses e rotas de pensamento (VIRKKUNEM e NEWNHAM, 2015).

Crises, dilemas e conflitos na atividade não são entendidos apenas em relação ao comportamento dos indivíduos e aos recursos disponíveis, mas em relação a todo um sistema de elementos da atividade, o qual precisa ser compreendido tanto no seu estágio atual como historicamente (VIRKKUNEM e NEWNHAM, 2015). Entender um sistema de atividade colaborativo mas que se desenvolve também historicamente pode auxiliar na reestruturação da mesma e resolver esses problemas.

Argumentamos que utilizar os princípios da teoria da atividade numa pesquisa que busque a compreensão dos fenômenos relatados na AB (dificuldades no trabalho e adoecimentos do trabalhador) possa permitir conhecimento sistemático e aprofundado dos determinantes da produção de cuidado em saúde. A teoria fornece um conceito ampliado da atividade, necessitando do envolvimento daqueles nela implicados, para analisar seus complicadores coletivamente e transformá-la de forma ativa e participativa (ENGESTROM, 2011).

As intervenções formativas possibilitam o desenvolvimento da capacidade dos praticantes de estarem conscientes do conceito de sua atividade e, por eles mesmos – contando apenas com a mediação de um pesquisador-facilitador – encontrarem razões e soluções para a mudança planejada e adequada com a sua própria atividade (CASSANDRE e QUEROL, 2014). Esse método pode ser uma alternativa para alcançar mudanças mais sustentáveis e duradouras no processo de trabalho.

Até o momento, houve apenas uma pesquisa de intervenção formativa desenvolvida que aborda o método LM envolvendo a AB no Brasil (SILVA-MACAIA et al., 2020). Trata-se de uma intervenção no sistema de saúde municipal de Piracicaba envolvendo as RAS no atendimento ao acidentado do trabalho. Importante destacar que essa intervenção produziu mudanças como as ações de educação em saúde, muitas vezes impedidas pelos gestores municipais por questões de financiamento. No entanto, seu objeto de estudo não se refere ao problema do adoecimento do próprio trabalhador de saúde.

Há também referência que aborda a intervenção formativa na AB. Nela, não se define todo o processo da pesquisa, mas cita o caso de intervenção no centro de saúde de cuidados primários finlandês para sustentar a hipótese de expansão do aprendizado através da experiência (ENGESTROM, 2007).

A partir da escassez dos estudos que abordam o tema, esta Tese pretendeu realizar uma intervenção formativa na atividade de cuidado em saúde da AB, usando-se dos princípios da teoria da atividade. Cumprindo com esse propósito, a pesquisa quer responder às seguintes perguntas:

1. A intervenção formativa pode ser uma alternativa de investigação em saúde do trabalhador da Atenção Básica?
2. Como essa pesquisa poderia contribuir na análise da atividade do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família?

3. Como a intervenção formativa conseguiria investigar os distúrbios da atividade na AB?

Houve anteriormente um estudo que investigou fatores organizacionais que poderiam ser fontes para o adoecimento mental de trabalhadores da AB no município estudado. No entanto, este estudo baseou-se na perspectiva do pesquisador (BEZERRA, 2015). Dessa forma, o fato de não trabalharmos o tema específico de adoecimento mental nesta Tese se justifica pela necessidade de construir colaborativamente o processo de pesquisa junto aos participantes analisando as demandas que influenciam a sua saúde e o cuidado ofertado pelos mesmos a nível local, favorecendo uma base para mudanças sustentáveis.

Espera-se, então, que o estudo ajude a compreender as razões das dificuldades para um cuidado em saúde, além daquelas que levam ao sofrimento de seus trabalhadores. Argumentamos que uma intervenção formativa poderia possibilitar a discussão dos conceitos e elementos da atividade em questão e ser uma ferramenta potencial para mudança e melhora dos problemas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Desenvolver uma abordagem teórico-metodológica intervencionista para compreender e desenvolver a atividade da Atenção Básica

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os principais métodos e abordagens metodológicas intervencionistas que investigam a ST da AB no Brasil;
- Compreender colaborativamente o desenvolvimento de uma atividade de cuidado em saúde da Atenção Básica em um município do Nordeste Brasileiro;
- Formular hipóteses de causas sistêmicas e históricas dos problemas existentes na atividade de cuidado da AB em nível local.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHOS DOS ESTUDOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que articula um ensaio teórico e duas intervenções formativas sobre as dificuldades na produção de cuidado em saúde da Atenção Básica e que afetam a saúde dos seus trabalhadores, em um município do Nordeste brasileiro. Essa metodologia se aplica no “[...] estudo da história das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2014, pág 57). A escolha justifica-se ao considerar a complexidade deste objeto e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para uma investigação mais adequada (KNUTH et al, 2015).

Para além de uma análise teórica, pretende-se uma intervenção. Aliás, toda pesquisa é uma intervenção, pois, ao interagirmos com o objeto, sempre estaremos modificando-lhe (PASSOS e BARROS, 2015). Seus resultados podem produzir interferências positivas e negativas ou manter estáticas as situações estudadas. “Uma intervenção é sempre um processo parcialmente imprevisível de interação e colaborativo que produz resultados fortuitos, os quais os atores envolvidos não podem prever completamente ou determinar de antemão” (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015, p. 52).

Esta pesquisa qualitativa utiliza uma metodologia intervencionista. Hatchuel (2000) considera que esse tipo de pesquisa é um modelo exigente de produção de conhecimento não só teórico, mas, principalmente, prático. Aplica-se esforço incessante e de longo prazo articulado no nível teórico para tratar a questão do desenvolvimento, provocando a reconstrução simultânea de configurações de ações, meios de visibilidade e métodos de aplicação.

As metodologias intervencionistas de abordagem histórico-cultural oferecem de forma explícita uma série de conceitos e métodos que guiam o processo de pesquisa e permitem modelar o sistema em foco (QUEROL, JACKSON FILHO e CASSANDRE, 2011). Presume-se que as intervenções formativas potencializam a criação de inovações para fazer avançar os problemas que envolvem o cuidado em saúde, objeto deste estudo.

3.2 ENSAIO TEÓRICO

Como base argumentativa para este estudo, inicialmente foi desenvolvido um ensaio teórico. O ensaio caracteriza-se pela sua natureza reflexiva e interpretativa. Necessita ser utilizado como opção consciente e intencional, ou seja, como a forma mais adequada no entendimento de algo (MENEGETTI, 2011).

Para a produção deste ensaio, inicialmente buscamos averiguar o conhecimento empírico já produzido. Os procedimentos de coleta e evidenciação do mundo empírico não são o centro de sustentação da forma do ensaio. Porém, não se deve negar a relevância da evidência empírica como proposição elementar da produção de conhecimento (MENEGETTI, 2011)

Verificou-se, então, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), estudos de ST que traziam a pesquisa-intervenção como estratégia metodológica, na última década. Nessa busca, usamos os termos “saúde do trabalhador”, “intervenção” e “Brasil”. Deparamo-nos com o artigo de Ramminguer, Athayde e Brito (2013), com discussões sobre abordagens participativas, coletivas e compartilhadas de análise do trabalho, enfatizando a experiência de seus trabalhadores.

Em seguida, realizamos nova pesquisa na BVS, acrescentando os termos “atenção básica” ou “atenção primária”. Incluímos também as expressões “saúde do trabalhador da saúde” ou “saúde dos trabalhadores da saúde”. A ideia era recuperar estudos que fizessem intervenção em ST no ambiente da AB.

Com base nos resultados, elaboramos o ensaio averiguando o que esses estudos traziam como contribuições no desenvolvimento de métodos e abordagens para investigar a ST na AB. Além disso, percebemos as lacunas de conhecimento quanto a estudos na área.

O ensaio então foi organizado em três partes. Na primeira, discutimos as bases conceituais e metodológicas de estudos de pesquisa-intervenção em ST. Focamos aqui naqueles discutidos por Ramminguer, Athayde e Brito (2013). Em seguida, relacionamos os desafios de alguns estudos que fizeram modalidade de intervenção na AB. Nesse caso, exploramos os métodos, as estratégias de pesquisa e de intervenção frente aos problemas de ST na AB.

Finalmente, sugerimos a intervenção formativa na contribuição da pesquisa e desenvolvimento no campo. Este ensaio não pretendeu que este tipo de pesquisa seja uma solução universal, muito menos invalidou as demais abordagens de pesquisa do campo.

3.3 INTERVENÇÕES FORMATIVAS

Engestrom (2011) define intervenção formativa aquela que produz ação de mudanças, ou seja, onde os participantes tornam-se protagonistas no processo de transformação e construção de novos conceitos, previamente não conhecidos, para superar contradições e criar soluções inovadoras. Os indivíduos são agentes em todo o processo e permitem melhorar a prática.

Baseadas na teoria da atividade, essas intervenções propõem: o SA coletiva como uma unidade de análise; as contradições como fonte de mudança e desenvolvimento; agência como uma camada crucial de causalidade, e a transformação da prática como um modelo de formação expansiva de conceitos. Todos esses princípios são concretizados nas intervenções formativas (ENGESTRÖM, 2011).

Para efetuar a intervenção, a figura do mediador, chamado de pesquisador-facilitador, é necessária. Ele não é nem o solucionador de problemas, nem carrega consigo um modelo e um conceito de atividade que venha a “transformar” e trazer soluções prontas para uma coletividade; ele é mais um especialista na metodologia de análise e desenvolvimento de conceitos de atividade, capaz de direcionar os sujeitos pertencentes àquela atividade na escolha das opções de ferramentas conceituais disponíveis e tipos de ações epistêmicas necessárias para o processo de superação de uma contradição (CASSANDRE e QUEROL, 2014).

Para esta pesquisa, desenvolvemos dois estudos de intervenção formativa. Um deles orientado para a atividade de cuidado da AB e o outro, para os distúrbios dessa atividade. Os procedimentos são explicados na seção seguinte.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA AS INTERVENÇÕES FORMATIVAS

3.4.1 Primeira Intervenção Formativa

O primeiro passo foi apresentar a ideia da pesquisa para os trabalhadores em saúde da AB do município. A estratégia aqui foi aproveitar reuniões que eram realizadas semanalmente com cada distrito de saúde (quatro no total). Assim foi feito e, no final de cada apresentação, foram coletados os nomes e contatos dos coordenadores das equipes de ESFs interessados na intervenção. Ao final das quatro apresentações, tínhamos um grande número de animados para o “experimento”. Em decisão conjunta com a coordenadora da AB, decidimos começar por a unidade “modelo” do município.

Lá, foi realizada outra negociação e, com ótima adesão, marcamos a apresentação da pesquisa. Antes de iniciarmos, foi desenvolvido um cronograma semanal das atividades a serem realizadas junto à ESF (Apêndice A), que contemplavam desde ações de diagnóstico da situação de trabalho usando a Análise Coletiva do Trabalho – ACT (FERREIRA, 2015) a ações de intervenção baseadas no LM (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). A ACT produziria os primeiros dados semelhantes ao levantamento etnográfico realizado com o LM e, em seguida, continuaríamos com as sessões de intervenção. Esse modelo serviu como base na trajetória das ações de pesquisa.

No primeiro encontro, os pesquisadores informaram aos participantes sobre todo o processo de pesquisa, negociaram as condições para tal e coletaram os termos de consentimento. Não houve tempo hábil para iniciarmos a discussão acerca da atividade. Então, destinamos uma tarefa aos participantes para o próximo encontro e reorganizamos as ações de pesquisa, garantido maior flexibilidade no processo.

Dessa forma, desenvolvemos uma ferramenta inovadora, apoiada na abordagem teórico-metodológica que combina a ACT (FERREIRA, 2015) com o LM (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). Na ACT, quem analisa o trabalho são os próprios trabalhadores e o fazem em um ambiente de grupo, mediados por uma questão: “o que você faz no seu trabalho?”. Nessa abordagem, a fala dos participantes é essencial na pesquisa, pois quando falam, tomam consciência do que fazem de modo automático. Busca-se conhecer detalhadamente a atividade real de uma categoria profissional, porém não há intencionalidade do pesquisador em propor ações de mudança (FERREIRA, 2015).

O LM se inicia com uma fase etnográfica anterior às sessões de intervenção, onde é realizada uma primeira apropriação do objeto da atividade, continuada em fases posteriores da intervenção. O objetivo na fase etnográfica é entender os problemas atuais e produzir dados-espelho sobre a atividade. Isso orienta o pesquisador na condução do LM produzindo estímulos necessários para envolver os participantes nas sessões (FEREIRA, 2015; VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Para esta intervenção formativa, combinamos a fase etnográfica do LM com a ACT, produzindo-se as Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade (OAA). Aspectos relacionados às abordagens metodológicas são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Comparativo de aspectos metodológicos da ACT, LM e da OAA.

Método Atributo	ACT	LM	OAA
Objeto	Compreender Ações e Percepções	Desenvolvimento de uma Atividade	Das ações para a atividade
Delimitação dos participantes	Uni ou Multiprofissional	Todos os membros de uma atividade	Multiprofissional
Local	Fora do Ambiente de trabalho	Fora ou dentro do ambiente de trabalho	Fora ou dentro do ambiente de trabalho
Disparador(es)	Pergunta: “O que você faz no seu trabalho?”	Dupla-estimulação (Dados-espelho e artefato neutro)	Pergunta-produção-tarefa (Ciclo de estímulos)
Registro das reuniões/sessões	Audiogravadas e/ou anotações	Filmogravadas e/ou anotações	Audiogravadas, Filmogravadas e/ou anotações
Tempo	90 minutos	Até 2 horas	Até 2 horas

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de Ferreira (2015), Engstrom (1996) e Virkkunen e Newnham (2015)

Durante as oficinas (Quadro 2), propomos o uso de diversos estímulos envolvendo os participantes na construção de modelos sobre a atividade. A ideia de criar um modelo da atividade poderia facilitar o entendimento sobre a referência teórica que embasa todo o processo de trabalho e confrontar os participantes com um espelho da sua própria atividade (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). Ao longo do processo, fomos desenvolvendo então os Modelos Representativos da Atividade (MRA), pois acreditamos que essa estratégia permitiria uma maior apropriação do atual processo de trabalho e de possíveis ações de mudança.

Quadro 2 – Número da oficina, data, objetivos e ciclo de estímulos usados na intervenção

Oficina/ Data	Objetivo	Pergunta (Estímulo)	Produção	Tarefa
1 23/08/19	Apresentar o projeto de pesquisa	Explicação da Pesquisa	Termo de consentimento	Descrever o cotidiano no trabalho
2 30/08/19	Investigar o processo de trabalho da equipe	O que você faz no seu trabalho?	Relatos individuais	Montar cardápio de serviços por categoria profissional
3 06/09/19	Ordenar os serviços realizados pela equipe	Qual o cardápio de serviços da UBS?	Listagem de serviços (classificação)	Construir o fluxo do usuário por categoria profissional
4 13/09/19	Elaborar um fluxo dos serviços realizados pela equipe	Como é o fluxo de “acolhimento” do usuário na UBS?	Diagramar o fluxo “prescrito” de acolhimento	Pensar nos desvios de rota, nas exceções que não estão no fluxo prescrito
5 20/09/19	Validar o fluxo elaborado	Vamos reconstruir o fluxo?	Desenhar o fluxo “real”	Identificar os problemas no fluxo do acolhimento
6 27/09/19	Discutir a distribuição semanal dos serviços realizados	Como os serviços ofertados são distribuídos na semana?	Elaborar a agenda semanal	-

Fonte: Elaborado pelos autores

Em cada encontro, utilizou-se um ciclo de estímulos: pergunta-produção-tarefa. No início, era realizado um primeiro estímulo através de uma pergunta e/ou de uma situação-problema discutida anteriormente. Após uma primeira discussão, o pesquisador apresentava um artefato neutro, ou seja, um instrumento teórico-conceitual para auxiliar na resolução da pergunta/problema (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). E, após nova discussão e conclusão, era dada uma nova tarefa para a reunião seguinte.

Como preconizado no método da Dupla Estimulação de Vygotsky (1978), os participantes precisam de estímulos como ferramentas cognitivas intermediárias: cronogramas, fluxogramas de processos, figuras e diagramas esquemáticos de estruturas organizacionais, categorizações de respostas às entrevistas, fórmulas de cálculo de custos ou técnicas de produção de ideias e solução de problemas, incluindo simulações e interpretação de papéis (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). Tais ferramentas, aqui denominadas de MRA, não são instrumentos acabados ou exatos na forma que foram apresentados. Eles são construídos e reconstruídos ao longo dos encontros (ENGESTRÖM, PUONTI e SEPPÄNEN, 2003).

O uso de modelos auxilia a análise conjunta, a memória, a interpretação e a revisão da atividade e das ações que as complementam. Portanto, eles podem se tornar instrumentos de

reflexão crítica e planejamento conjunto sobre a atividade (ENGESTRÖM, PUONTI e SEPPÄNEN, 2003).

3.4.2 Segunda Intervenção Formativa

Ao final da primeira Intervenção Formativa, agendamos novos encontros a fim de: (1) verificar problemas na atividade que interferem na saúde dos trabalhadores da equipe; (2) analisar os principais problemas, identificando possíveis causas; (3) coletar dados históricos que possam ter contribuído com os problemas; e (4) validar todas as informações encontradas.

Esses encontros foram organizados e planejados baseando-se nas fases de questionamento e análise da situação (empírica atual e histórica) do LM (ENGESTROM, 1996; VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015). De acordo com os autores, a do questionamento pretende criticar ou rejeitar alguns aspectos de prática, de algo já estabelecido entre os participantes. Já na da análise, o propósito é descobrir origens e mecanismos explanatórios (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

Normalmente, o questionamento desencadeia e motiva a análise, mas a análise pode levar a questionamentos posteriores. Mediante a análise, os profissionais deixam para trás aqueles problemas que estão na superfície da atividade atual e chegam a uma representação concisa de suas causas sistêmicas subjacentes como contradições históricas na estrutura do SA (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

As ações de análise compreendem tanto a análise histórica quanto a análise empírica atual da prática corrente. As contradições internas no SA não podem ser observadas diretamente, mas se tornam conhecidas somente por meio de uma análise histórica das mudanças na estrutura da atividade e de uma análise empírica atual acerca de suas manifestações nas ações cotidianas dos profissionais e de sua coordenação (VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015).

As ações de pesquisa que compreenderam o questionamento e a análise da situação foram distribuídas em seis encontros, conforme representado no Quadro 3, ocorrendo no próprio local de trabalho. Utilizou-se do mesmo ciclo de estímulos (pergunta-produção-tarefa) previsto na primeira intervenção, a fim de incentivar a fala dos participantes.

Quadro 3 – Organização dos encontros da intervenção formativa. Data, objetivos e ações mediadoras de cada encontro

Encontro / Data	Objetivo	Pergunta/Estímulo	Produção	Tarefa
1 18/10/19	Analisar informações sobre os problemas	Preencher e discutir o Diário de Perturbações	Relatos individuais	Investigar sobre as causas dos problemas discutidos
2 25/10/19	Identificar possíveis causas dos principais problemas	Por que temos esses problemas?	Elaborar quadro com principais problemas e analisá-los	Convidar informantes que ajudam a identificar as mudanças históricas que podem ter levado aos problemas
3 01/11/19	Discutir os eventos críticos que levaram aos problemas	Quais circunstâncias contribuíram para o problema atual?	Lista de eventos críticos que contam a história do problema	Trazer fotografias de momentos relevantes na história da equipe que contribuíram para o problema
4 19/11/19	Construir a Linha do tempo da atividade local	Como os eventos críticos estão distribuídos no tempo?	Desenho da Linha do Tempo	Convidar pessoas que trabalhavam na equipe para identificar esses eventos e auxiliar na melhoria da linha do tempo
5 22/11/19	Enriquecer a Linha do tempo	Quais outros eventos históricos influenciam no problema atual?	Redesenho da Linha do tempo	Organizar reunião
6 20/12/19	Validar as informações obtidas	Resultados (quadro analisador e linha do tempo)	Discussão e validação consensual	-

Fonte: Elaborado pelos autores

Dividimos esta pesquisa em dois momentos: a de questionamento, referente ao 1º e 2º encontros, e a de análise da situação, aos demais (3-6). No primeiro, usamos o Diário de Perturbações (LAUNIS et al, 2010; VIRKKUNEM e NEWNHAM, 2015) e um quadro analisador de distúrbios. Normalmente, espera-se uma demanda reconhecida para as intervenções em Saúde do Trabalhador (RAMMINGUER, ATHAYDE e BRITO, 2013). Neste estudo, não havia uma demanda formalizada. Então, a estratégia foi torná-la visível.

O uso do diário auxilia o participante a recuperar qual a dificuldade vivenciada no cotidiano do trabalho e como ele agiu, além de identificar ideias de solução (Launis et al., 2010). Já com o quadro, buscou-se uma localização mais precisa de onde, como e quando ocorria o distúrbio. A proposta era conhecer os problemas enfrentados no cotidiano, obter detalhamento sobre eles e, conseqüentemente, uma primeira análise de suas causas. Utilizamos os “tópicos” produzidos nos Diários de Perturbações como temas orientadores desta investigação.

No segundo momento, elaboramos uma linha do tempo como modelo teórico para discussão do caráter histórico dos distúrbios (VIRKKUNEM E NEWNHAM, 2015). A intenção era recuperar eventos críticos que trouxessem contribuições para a formação dos distúrbios discutidos na forma atual da atividade. O uso de modelos auxilia a análise conjunta, a memória, a interpretação e a revisão da atividade e das ações que a complementam. Portanto,

eles podem se tornar instrumentos de reflexão crítica e planejamento conjunto sobre a atividade (ENGESTROM, PUONTI E SEPPÄNEM, 2003).

No último encontro, fizemos uma validação das informações produzidas com todos os participantes, inclusive com a atual enfermeira gestora que assumia o cargo a menos de um mês na equipe. Foi possível pactuar também outros momentos de intervenção pensando concretamente nas mudanças de práticas, modelando, testando e implementando uma nova forma de atividade.

3.5 ANÁLISE DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A intervenção apresentada neste estudo ocorreu junto a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do Nordeste brasileiro. Ao todo, foram 12 reuniões integrando entre 5 e 12 participantes. Os encontros (Quadros 1 e 3) aconteceram no próprio local de trabalho, semanalmente e logo após a atividade de reunião de equipe da qual os pesquisadores também participavam.

Para a composição dos dados, os encontros foram audiogravados e realizamos anotações em diários de campo. Após transcrição, buscamos manifestações discursivas dos conceitos que representassem a atividade de cuidado em saúde da ESF, para a primeira intervenção; e os distúrbios dessa atividade, para a segunda intervenção. Foram extraídos também trechos de fala que fornecessem análises e explicações para os problemas encontrados.

As intervenções cumpriram a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CAAE: 26485919.6.0000.5421) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde local.

O quadro 4 abaixo apresenta como os artigos se relacionam com as perguntas da Tese.

Quadro 4 – Relação entre questões da Tese e dos artigos, os métodos, dados e conceitos analíticos utilizados em cada artigo desta Tese.

Fonte: Elaborado pelos autores

Questões da Tese	Questões dos artigos	Método	Dados	Conceitos analíticos	Artigos
1- A intervenção formativa pode ser uma alternativa de investigação em saúde do trabalhador da Atenção Básica?	a) Quais são os avanços e barreiras dos métodos de pesquisas-intervenção em ST? b) Quais os desafios teórico-metodológicos das intervenções em ST da AB? c) Como a intervenção formativa poderia contribuir?	Ensaio teórico	Artigos, capítulos, livros	Avanços, Desafios, Limites e possibilidades nas abordagens teórico-metodológicas	Artigo 1 - Abordagens, desafios e possibilidades metodológicas na Saúde do Trabalhador da Atenção Básica: fundamentos para uma intervenção formativa
2- Como esta pesquisa poderia contribuir na análise da atividade do cuidado em saúde na Estratégia Saúde da Família?	a) A intervenção formativa utilizando a ACT e o LM permitiu uma compreensão da atividade da equipe de saúde na AB? b) Quais seriam os resultados e aprendizados decorrentes dessa intervenção?	Intervenção Formativa com OAA	Observação sistemática Diário de campo Oficinas	Atividade, célula germinal, Modelos representativos da Atividade	Artigo 2 - Descobrir colaborativamente a essência da Atenção Básica: contribuições de uma intervenção formativa
3- Como a intervenção formativa conseguiria investigar os distúrbios da atividade na AB?	a) Quais ações de uma intervenção formativa poderiam auxiliar a identificação e análise de distúrbios na atividade de cuidado da AB? b) Como essa intervenção desenvolve a compreensão desses distúrbios e analisa suas causas e história?	Intervenção Formativa	Observação sistemática Diário de campo Reuniões/ Encontros	Distúrbios, hipóteses de causas, hipóteses de contradições	Artigo 3 - Compreendendo as causas e a história dos distúrbios na atividade de cuidado em saúde da Estratégia Saúde da Família

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ABORDAGENS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES METODOLÓGICAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA: FUNDAMENTOS PARA UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA

De acordo com as normas da pós-graduação, esse artigo foi elaborado e submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*, como requisito para depósito da Tese.

Abordagens, desafios e possibilidades metodológicas na saúde do trabalhador da Atenção Básica: fundamentos para uma intervenção formativa

Jairon Leite Chaves Bezerra¹, Marco Antonio Pereira Querol², Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela²

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

² Doutor Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Resumo

Dentro das pesquisas na área da saúde do trabalhador (ST) da Atenção Básica (AB), temos aquelas com uma abordagem intervencionista, ou seja, onde o pesquisador não é apenas um observador passivo, mas sim um dos atores que contribui para o desenvolvimento do trabalho. Nesse contexto, o papel da pesquisa pode ser ajudar os trabalhadores a analisar os desafios em sua atividade e produzir soluções que contribuam para melhoria da saúde no trabalho. Neste ensaio, verificamos nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, estudos sobre pesquisa-intervenção em ST e, também, recuperamos os abordagens intervencionistas na AB. Averiguamos as contribuições de métodos e abordagens encontrados, sugerindo as intervenções formativas como alternativa. Dessa forma, identificamos os avanços das abordagens da ST usadas nos estudos brasileiros, com maior aproximação do trabalho, do trabalhador e do processo. As barreiras encontradas estimulam o desenvolvimento do campo de pesquisa. Além disso, ressaltamos que a intervenção formativa tem potencial para a pesquisa e desenvolvimento do campo.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Pesquisa-intervenção, Intervenção Formativa

Abstract

Within the research in the area of worker's health (WH) of Primary Health Care (PHC), we have those with an interventionist approach, that is, where the researcher is not just a passive observer, but one of the actors that contributes to the development of the job. In this context, the role of research can be to help workers analyze the challenges in their activity and produce solutions that contribute to improving health at work. In this essay, we verified in the databases of the Biblioteca Virtual em Saúde, studies on intervention research in WH and, also, we recovered the interventionist approaches in PHC. We investigated the contributions of methods and approaches found, suggesting formative interventions as an alternative. In this way, we identified the advances in the WH approaches used in Brazilian studies, with a closer approximation of work, the worker and the process. The barriers encountered stimulate the development of the research field. In addition, we emphasize that the formative intervention has the potential for research and development in the field.

Keywords: Worker's Health. Family Health Strategy. Primary Health Care. Formative intervention. Activity Theory.

Introdução

O trabalho em condições não saudáveis tem trazido repercussões psicológicas, físicas e emocionais em profissionais de saúde¹. Isso compromete a qualidade da assistência ofertada, desmotiva o próprio trabalhador e prejudica a saúde do profissional.

Parte disso é conduzida pelo contexto da reestruturação produtiva que, de um lado, introduz impactos na Saúde do Trabalhador (ST), produzindo um novo perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores². Ou seja, as formas de trabalho atuais potencializam os agentes agressivos preexistentes no ambiente e introduzem novos agentes “dinâmicos”, sob ritmos cada vez mais velozes e predeterminados, prescritos e exteriormente decididos³.

De outro lado, o Estado brasileiro tem regulado os conflitos entre o capital-trabalho de forma pouco efetiva⁴. Direciona as ações de atenção aos trabalhadores, prioritariamente, na reabilitação das doenças relacionadas ao trabalho e, em menor grau, na promoção e prevenção desses agravos⁵.

Tentando analisar essa situação, diversos estudos usam metodologias participativas considerando o ponto de vista da classe trabalhadora e buscando intervenções sobre os condicionantes do adoecimento. No setor saúde, por exemplo, usam-se técnicas combinadas para tentar explorar a complexidade da sua atividade, com participação de seus trabalhadores⁶.

Quando se trata especificamente da saúde dos profissionais vinculados à Atenção Básica (AB), é comum os estudos brasileiros usarem a perspectiva quantitativa para analisar o adoecimento relacionado a essa atividade⁷ e os determinantes desses agravos⁸. Nesses estudos, os trabalhadores participam respondendo a escalas, questionários e/ou inquéritos, contribuindo com informações específicas para um reconhecimento estatístico do problema investigado e de suas associações com o ambiente de trabalho, permitindo-se generalizações.

Outros estudos utilizam uma abordagem qualitativa, investigando o processo de trabalho^{9,10}, as cargas de trabalho¹⁰ e os agravos e seus determinantes¹¹. Costumam utilizar técnicas como estudo de caso, entrevistas, grupos focais e observação da atividade produzindo informações mais detalhadas do cotidiano dos trabalhadores.

Alguns ensaios teóricos abordam como intervir sobre os problemas da AB. Um deles versa sobre métodos de pesquisa-intervenção para o campo de ST¹². Nele, discutem-se as possibilidades para compreender e transformar as realidades de trabalho, com participação de seus trabalhadores. Já outro reflete sobre o papel da intervenção em ST no contexto da reforma trabalhista¹³.

Outros dois ensaios discutem estratégias metodológicas intervencionistas em ST: as Oficinas emancipatórias¹⁴ e o dispositivo Comunidade Ampliada de Pesquisa e Intervenção¹⁵. Acreditamos que pesquisas envolvendo uma metodologia intervencionista são capazes de mudar as práticas e desenvolver a atividade em análise¹⁶.

Nessa perspectiva, argumentamos que a intervenção formativa também possa contribuir com o campo ST, auxiliar na solução dos problemas enfrentados na AB e viabilizar a transformação da realidade. Como método de pesquisa-intervenção sobre as atividades humanas, essa intervenção pode produzir ação de mudanças¹⁷.

Dessa forma, este ensaio discute os desafios na pesquisa e intervenção em ST da AB, situando algumas abordagens. Em seguida, sugere a intervenção formativa com possibilidade de colaboração com o campo. O estudo visa ainda responder às perguntas: quais são os avanços e barreiras de métodos de pesquisa-intervenção em ST? Quais os desafios teórico-metodológicos das intervenções em ST da AB? Como a intervenção formativa poderia contribuir?

Na primeira parte, discutimos as bases conceituais e metodológicas de estudos de pesquisa-intervenção em ST. Em seguida, relacionamos os desafios de alguns estudos que efetivaram modalidade de intervenção na AB. Finalmente, apresentamos a intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da ST na AB. Não pretendemos de forma alguma que este tipo de

pesquisa seja uma solução universal. Esperamos que este ensaio possa contribuir com pesquisadores de ST e, também, possa ser utilizado como ferramenta para outros ambientes de pesquisa.

De onde partimos

Para a produção deste ensaio, inicialmente buscamos verificar nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) estudos de ST, no país, que traziam a pesquisa-intervenção como estratégia metodológica, na última década. Nessa busca, usamos os termos “saúde do trabalhador”, “intervenção” e “Brasil”. Entre diversas publicações, deparamo-nos com o artigo de Ramminguer, Athayde e Brito¹², com discussões sobre abordagens participativas, coletivas e compartilhadas de análise do trabalho, enfatizando a experiência de seus trabalhadores. Esses autores destacaram a Enquete Operária, a Ergonomia da Atividade, a Psicodinâmica do Trabalho, o Modelo Operário Italiano (MOI) e a Ergologia como métodos de pesquisa-intervenção em ST.

Tais abordagens investigam o trabalho por diferentes formas, mas com um objetivo comum de proporcionar maior compreensão do processo de trabalho e da sua organização, como também uma melhor percepção subjetiva por parte dos trabalhadores sobre sua atividade, dos problemas, com a intenção de mudança¹², ou seja, na perspectiva de “compreender para transformar”¹⁸. Ramminguer, Athayde e Brito¹² entendem que analisar e intervir/interferir são parte do mesmo processo, mesmo que, necessariamente, não haja uma sequência linear.

A abordagem da Clínica da Atividade foi incluída neste ensaio, uma vez que foi citada pelos autores¹² e utilizada em estudos de intervenção em trabalhadores da saúde da AB⁶. Decidimos não discutir a Enquete Operária neste artigo, por não encontrarmos estudos de intervenção sobre o tema no país.

A sequência aqui estabelecida não define o grau de importância entre os métodos discutidos. Também não se pretendeu ignorar outras formas metodológicas e técnicas disponíveis, apenas nos orientar com aquelas estudadas¹².

Das abordagens teórico-metodológicas do campo ST

Discutiremos, inicialmente, a Ergonomia da Atividade. De acordo com Assunção e Lima¹⁹, é habitual falar em duas ergonomias, ou que existem duas abordagens diferentes: a norte-americana e a francesa. No entanto, são formas diferentes de entender uma mesma realidade, dada a sua profundidade nas práticas e conhecimentos sobre o trabalho.

A Ergonomia da Atividade parte de uma concepção de que a produção deve ser adequada às características, limites e capacidades dos homens. É uma ciência que analisa o trabalho real (não apenas o prescrito), revalorizando o cotidiano e a experiência do trabalhador, permitindo antever e evitar acidentes de trabalho, ou seja, compreendendo o comportamento no trabalho através dos “olhos” do trabalhador¹⁹.

A ação ergonômica se concretiza na prática da Análise Ergonômica da Atividade (AET), método de aplicação da ergonomia, caracterizada pela combinação de técnicas de coleta de dados (observação e verbalização) aliados a uma construção social²⁰. A AET deve promover a participação dos trabalhadores para elaboração de alternativas de solução para os problemas (intervenções) diretamente ligadas às condições de trabalho¹⁸. Inicia-se a partir de uma demanda, seguida por negociações, por uma análise global, pela análise da demanda e sua reformulação, por focalizações e um pré-diagnóstico, contemplando observações sistemáticas no curso da atividade e a confrontação com os trabalhadores¹². Cada etapa envolve diversas técnicas e ferramentas específicas. O método se assemelha com as características e preocupações relacionadas à pesquisa-ação, investigando e agindo, com a finalidade de informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática no campo da ST²¹.

No entanto, Ramminger, Athayde e Brito¹² observam que com a AET não há uma correspondência imediata entre diagnóstico e intervenção. As dificuldades para essa intervenção podem estar relacionadas ao próprio método. A AET produz um diagnóstico aprofundado e detalhado sobre a atividade (trabalho real) e, em geral, finaliza com a formulação de um plano de ação com recomendações. A lógica é que um bom diagnóstico seria suficiente para trazer a mudança. Porém, é apenas o primeiro passo para a intervenção²². Acredita-se que a AET possa transformar as representações dos atores, visando à transformação das situações, ou seja, potencializar a mudança através do empoderamento dos trabalhadores sobre as condições reais do trabalho²¹.

Um outro ponto é a necessidade real de fazer a mudança. A demanda inicial apresenta características de uma encomenda por parte das empresas ou de órgãos normativos. Apesar do compromisso com a mudança, a AET pode se tornar e, muitas vezes, se torna apenas uma técnica a serviço de especialistas e das empresas preocupadas em atender às normas, evitando algumas perdas econômicas mais imediatas. Nesses casos, há pouca chance de que todas as recomendações produzidas sejam realizadas. É mais provável que as intervenções de fato aconteçam, caso haja interesse da gestão da empresa ou da ação pública^{20,22} ou que haja uma crise ou impasse que exija uma mudança.

A Ergonomia e a Psicopatologia do trabalho formam a base inicial influente das abordagens sobre o trabalho na França. A partir desta última, Dejours desenvolve a psicodinâmica do trabalho (PDT) que tem na organização do trabalho e no sofrimento do trabalhador seus

principais elementos para análise²³. Considera também a forma como esses trabalhadores, mesmo sujeitos às mais diversas pressões no trabalho, conseguem evitar a descompensação, os transtornos mentais graves, o adoecimento²⁴.

A PDT se materializa através do método de grupos de discussão ou enquete, com escuta clínica sobre questões do trabalho, realizada em um espaço compartilhado por um grupo de trabalhadores, onde o pesquisador favorece a fala e a escuta das vivências no trabalho²³. Assemelhando-se à AET, Dejours propõe algumas etapas para o método: pré-enquete; enquete; análise da demanda; análise do material da enquete; observação clínica; interpretação; validação e refutação; e validação ampliada²³.

No campo acadêmico, ela tem assumido um papel importante nos estudos brasileiros sobre ST, especialmente no campo da saúde mental. Seus estudos, em sua grande maioria, estão pautados em métodos qualitativos, fazem uso de diferentes instrumentos de coleta de dados, investigando as vivências de prazer e de sofrimento dos trabalhadores. E a categoria profissional mais estudada é a dos trabalhadores da área da saúde²⁵.

A PDT se coloca como pesquisa-ação pois, na medida em que discute o cotidiano no grupo, poderá produzir uma ação que modifique a atividade²⁴. As pesquisas brasileiras que a utilizam produzem resultados com forte característica descritiva do processo de trabalho. Ainda há necessidade de estudos da PDT com foco na intervenção e na discussão de ações de promoção da ST²⁵.

A etapa de confrontação/validação de dados apoiados pela AET e PDT tem origem em outra abordagem que se ocupa em alargar o campo de ação dos trabalhadores: o Modelo Operário Italiano (MOI). Desenvolvido por Oddone²⁶, o MOI dá ênfase às experiências individuais no ambiente de trabalho a fim de subsidiar o coletivo de trabalhadores. Busca apropriar o grupo de trabalhadores das condições e riscos existentes no trabalho²⁶.

Para que a pesquisa com o MOI aconteça, são necessários os seguintes pressupostos²⁶: investigação em um grupo homogêneo, apreensão da experiência (ou subjetividade) do trabalhador, validação consensual do grupo sobre os problemas (riscos) e a não delegação do julgamento (análise) a terceiros (especialistas, gestores). Ao focar nas percepções da classe trabalhadora, permitiu utilizar essa metodologia na defesa de sua saúde como estratégia para desvendar a intimidade do processo de trabalho, recolocando-o como centro da vida social. Essa ação fez com que os locais de trabalho ressurgissem como espaço importante de promoção de novas relações sociais e de luta pela saúde²⁷.

Uma das contribuições do MOI no contexto brasileiro, foi a normatização do mapeamento dos riscos nos ambientes de trabalho. Chamado de "mapa de riscos", encontrou maior propagação no movimento sanitário e sindical, o que seria espelho para reivindicação dos trabalhadores²⁷.

O instrumento alcançou a legislação brasileira através da regulamentação das questões de saúde e segurança do trabalho através das normas regulamentadoras (NRs), orientado pelas especialidades da medicina e engenharia do trabalho.

No entanto, o mapa “brasileiro” era suficiente para controle de riscos tecnicamente observáveis e detectáveis (físicos), porém insatisfatório na reestruturação da gestão e organização da atividade. A centralidade do trabalhador defendida pelo MOI não alcançava, então, uma perspectiva real de mudança no ambiente, uma vez que a intervenção era construída e realizada por especialistas, semelhante ao que ocorre com a prática da Ergonomia e a PDT.

Essa situação ocorreu pois a incorporação brasileira do mapa veio dissociada dos princípios do MOI que valoriza a experiência e o conhecimento operário existente²⁶. A elaboração dos mapas deveria possibilitar a participação dos trabalhadores nas ações de planejamento e controle da saúde nos locais de trabalho, não delegando tais funções aos técnicos²⁷.

Outra importante contribuição trazida por Oddone foi a técnica de “instrução ao sócio”. Utilizada em outras abordagens de pesquisa, compreende uma forma de apreender a atividade do trabalhador a partir de um relato instrucional, ou seja, este explica todas as etapas necessárias para um “clone substituto” desenvolver seu trabalho de forma minuciosa, sem que seja percebido²⁶. Essa seria uma forma de confrontar do trabalhador sobre os seus próprios planos de agir sobre os problemas no trabalho, possibilitando uma crítica a tais planos e sua transformação, aperfeiçoando as estratégias de intervenção sobre as situações de trabalho²⁷. A técnica é bastante utilizada nos estudos brasileiros, principalmente no campo da educação.

No Brasil, o MOI ainda contribuiu com discussões envolvendo o dispositivo da Comunidade Científica Ampliada (CCA). A apropriação do trabalhador das situações de trabalho ocorria no espaço da CCA com potencial para as ações e lutas trabalhistas. Após críticas a esse modelo e desenvolvendo outras possibilidades contidas no MOI, Schwartz propôs a Ergologia²⁸. Esta abordagem também pretende conhecer melhor o trabalho para intervir e transformá-lo, envolvendo a atividade humana em todas as suas dimensões. Na perspectiva ergológica, a atividade é orientada por valores e normas constantemente reformulados e transgredidos frente às diversas variabilidades. Essa dinâmica permite um constante processo de conhecimento-transformação da atividade do trabalhador²⁹.

A intervenção da Ergologia objetiva o debate sobre as experiências da atividade, a fim de torná-la comunicável para submetê-la à confrontação de saberes²⁹. O Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P) seria a estratégia teórica-metodológica dessa abordagem. Nele se coloca (ou dispara) um movimento, sempre dinâmico, entre os saberes disciplinares das ciências (polo 1) e os que se sustentam e desenvolvem na experiência dos trabalhadores (polo 2), costurados pelas exigências éticas e epistemológicas (polo 3). Este último exige e permite exercitar uma certa

humildade epistemológica necessária, tanto por parte dos pesquisadores, como dos trabalhadores^{28,29,30}.

A prática do DD3P ocorreria com os Grupos de Encontro do Trabalho (GET). O intuito do método GET é alcançar soluções e não somente discussões. Inicia-se a partir de uma demanda definida por um coletivo e busca-se soluções em relação a um problema. Isso estimula os participantes e pode resultar em um consenso. Na prática, chega-se a um acordo sobre a solução quando ela se mostra pertinente e exequível para todos os envolvidos³⁰.

Dessa forma, o paradigma ergológico permite descobrir uma outra realidade entre o “prescrito” e o “real” da atividade, um outro plano chamado de “vazio de normas”. Nele, os trabalhadores criam e renormalizam o processo de trabalho. No processo, percebem os “usos de si” pelos outros e por si mesmo, o que caracteriza melhor o cotidiano do trabalho²⁸.

Com uma forma desenvolvida de apreender sobre a atividade, a ergologia se fundamenta em quatro pressupostos³¹: pensar o geral e o específico, considerando todas as formas de atividade; articular diversas disciplinas e interrogar seus saberes; encontrar em todas as atividades as normas antecedentes, variabilidades e as renormalizações; e promover um regime de produção de saberes sobre o ser humano.

Apesar de toda a perspectiva da proposta ergológica, há um risco presente quando nos propomos a um diálogo dinâmico entre ciência e experiência. Pode ocorrer uma disputa entre teoria e prática, e os saberes acadêmico-científicos constituídos podem inviabilizar os da experiência, por serem mais valorizados, autorizados e disponíveis¹². Para evitar esse problema, o pesquisador deverá seguir o caminho da humildade epistemológica, enfatizando e dando maior corpo às experiências dos trabalhadores.

Apoiados no paradigma ergológico e da Educação Popular de Paulo Freire, Brito, Athayde e Neves³² formularam um dispositivo denominado de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), renomeando o CCP. Os autores evitariam uma compreensão de que Oddone e sua equipe transformavam os trabalhadores em cientistas ou enquadravam a produção de saberes apenas na perspectiva científica. Isso colocaria limites à possibilidade de trabalhar com a experiência, pois o que se pretendia ampliar era a capacidade investigativa de todos. A CAP foi proposta por pesquisadores brasileiros e incorporada como método no programa de formação em saúde e trabalho (PFST) cumprindo a diretriz “valorização do trabalho e do trabalhador” da PNH³³.

A última abordagem aqui discutida é a Clínica da Atividade. Partindo do pressuposto inverso, o de “transformar para compreender”, é considerada uma metodologia de ação para modificar o trabalho, tendo influência da psicopatologia do trabalho e da ergonomia francesa³⁴. Proposta por Yves Clot e Daniel Fäita, dá ênfase a instrumentos que possam ampliar a ação dos

trabalhadores na atividade. Ou seja, a ideia é criar condições que permitam restaurar o "poder de agir" dos sujeitos nos seus contextos de trabalho^{28,35}.

Para isso, a Clínica da Atividade pretende observar menos a estrutura da atividade e mais seu possível desenvolvimento. Este é objeto da pesquisa e, ao mesmo tempo, um método. Considera-se, então, como uma abordagem desenvolvimentista da atividade³⁵.

Nessa direção metodológica, os trabalhadores se engajam na observação e análise de sua própria situação de trabalho, para libertarem-se o possível dos modos habituais de pensar e de falar de suas atividades. O pesquisador precisa ser hábil para oportunizar momentos em que os trabalhadores devem refletir e agir de outra forma daquelas usuais^{28,35}.

Para isso, a utilização da instrução ao sócia é prevista na Clínica da Atividade. A técnica de autoconfrontação cruzada também é uma estratégia imprescindível na abordagem. Nela, são feitas filmagens de dois trabalhadores desenvolvendo a mesma atividade. Em um primeiro momento faz-se uma autoconfrontação simples, em que cada trabalhador comenta as sequências filmadas em vídeo de sua própria atividade. Esse comentário é dirigido ao pesquisador. No segundo momento, cada trabalhador produz um novo comentário dos trechos filmados, dirigido agora não apenas ao pesquisador, mas também a outro trabalhador filmado, caracterizando a autoconfrontação cruzada. Os comentários dirigidos ao analista do trabalho e ao par, colega da mesma profissão, não serão os mesmos²⁸. O pesquisador atua como mediador: realçando os participantes, reorientando o foco da reflexão sobre aspectos não explícitos da atividade.

Segundo a abordagem, ambas as técnicas utilizadas permitiriam intervenções no sentido de "transformar para compreender"³⁵. "Não se busca conhecer a verdade sobre o trabalho, um conhecimento ao alcance de o esforço de um pesquisador atento e dedicado, debruçado sobre um mundo já dado ou já constituído"^{28:199}. Renuncia-se, então, *compreender* os mundos do trabalho, para provocar desenvolvimentos, estudá-los e apreender de forma indireta, seus movimentos³⁶. Nesse processo, uma nova atividade emerge e, de uma maneira ou de outra, surgem os conflitos técnicos, sociais ou pessoais do real da atividade e as soluções que são apresentadas.

A Clínica da Atividade prevê um método que permeia diferentes etapas: fase preparatória, constituição de grupos de trabalho, reuniões de debate das situações problemáticas. Esse movimento contribui para detectar os momentos ou os eventos mais pertinentes para uma análise. Em seguida, segue a implementação de técnicas de instrução ao sócia e de autoconfrontação que se prolonga em algumas sessões dos grupos de trabalho e sessões de restituição ao meio profissional e ao contratante da intervenção, podendo perdurar meses ou anos³⁶.

Em uma intervenção com profissionais voluntários, organiza-se uma segunda atividade a partir de uma primeira atividade de trabalho. Porém, isso deva ocorrer com grupos de trabalho

nos quais os participantes estejam em busca de aumentar seu poder de agir e ampliar seu domínio sobre seu ofício³⁶.

Nesse sentido, há uma maior chance de solução das situações problemáticas da atividade, já que o trabalhador junto de seus pares analisam o trabalho transformando-o, criando novas formas de operá-lo. O problema pode estar justamente nas ações que foram transformadas, isso porque a Clínica da Atividade pretende mudanças nas ações profissionais específicas³⁷ que normalmente estão no nível individual e, mesmo havendo possibilidades, pode não alcançar o nível mais coletivo, complexo, e sistêmico da atividade³⁸.

Diante do exposto, decidimos resumir as informações discutidas na seção seguinte. Nela, exploramos o objetivo, os métodos, as categorias analíticas, os avanços e barreiras das abordagens a fim de esclarecer suas contribuições no desenvolvimento do campo ST.

Avanços e Barreiras das abordagens em ST

Para que todas as abordagens teórico-metodológicas discutidas (Quadro 1) cupram seu papel de melhorar a ST, é fundamental situar o trabalhador no centro do processo compreensão ↔ transformação do trabalho. De fato, elas permitem a participação do trabalhador na pesquisa-intervenção em algum grau. A implicação dos trabalhadores no processo de pesquisa viabiliza uma produção de conhecimento mais próxima da atividade e os resultados são mais inovadores naquelas cuja metodologia visa não só ao conhecimento do trabalho, mas também a convocação dos profissionais para sua transformação⁶.

Nesse sentido, a formação de grupos de trabalhadores é comum entre as estratégias metodológicas usadas. A maioria das abordagens apoiam-se no coletivo para indagar sobre a atividade. Isso favorece o debate e valoriza os atores daquela atividade em análise.

Quadro 1 – Características de algumas abordagens em ST.

Abordagem Características	Ergonomia da atividade	Psicodinâmica do trabalho	MOI	Ergologia	Clínica da Atividade
	Objetivo	Analisar o trabalho real (Atividade) e propor soluções por meio de recomendações.	Analisar o processo de trabalho, através das vivências dos trabalhadores relacionadas à organização do trabalho.	(Re)Apropriar o grupo de trabalhadores das condições e riscos existentes no trabalho.	Conhecer a atividade humana em todas as suas dimensões para melhor intervir.

Método	AET: observação da atividade, entrevistas, grupos, confrontação com participantes, negociações e pactuações.	Grupos de discussão (enquete), observação do grupo, validação dos dados com participantes, elaboração de relatório final.	Investigação em um grupo homogêneo, apreensão da experiência (ou subjetividade) do trabalhador, validação consensual do grupo sobre os riscos e a não delegação da análise a terceiros.	Grupos de encontro do trabalho: demanda, proposição de soluções, confrontação, consenso.	Formação de grupos de trabalho com voluntários, reuniões de debate sobre as situações-problema, uso das técnicas de instrução ao sócia e de autoconfrontação, reuniões de devolutiva.
Categorias Analíticas	Trabalho prescrito e real; variabilidades; regulações; condições de trabalho; organização do trabalho; constrangimentos.	Vivências de prazer e sofrimento; organização do trabalho.	Condições e riscos no trabalho.	Trabalho prescrito e real, normas, variabilidades, usos de si, transgressões e renormatizações.	Intervenção, mudança, ofício, poder de agir, impedimentos.
Avanços	Diagnóstico aprofundado e detalhado na perspectiva da atividade e formulação de plano de ação com recomendações.	Espaço de discussão coletiva, baseada no cotidiano do trabalho, nas relações sociais e na organização do trabalho.	Defesa da saúde do trabalhador e das lutas trabalhistas; mapeamento dos riscos nos ambientes de trabalho; técnica “instrução ao sócia”.	Multidimensionalidade da atividade humana (DD3P); análise com humildade epistemológica; espaço para debate sobre valores e normas.	Maior capacidade de intervenção sobre as situações problemáticas da atividade; uso da autoconfrontação cruzada.
Barreiras	Não há uma correspondência imediata entre diagnóstico e intervenção, chances diminuídas de mudanças; intervenção baseada no olhar do especialista.	Análise e intervenção baseada no especialista, falta maior foco na intervenção e na promoção de ST.	Dissociação dos princípios do MOI na aplicação dos mapas; Intervenção delegada a especialistas em Medicina e Engenharia do trabalho.	Saberes acadêmico-científicos constituídos possam inviabilizar os da experiência.	Transformar aspectos específicos pontuais (ações profissionais específicas) e possibilidade incerta de mudanças sistêmicas.

Fonte: Elaborado pelos autores

Porém, costuma haver uma preferência de grupos homogêneos, sujeitos às mesmas condições de trabalho. Amplia-se, então, a voz daquela categoria profissional, reduzindo a perspectiva multiprofissional da atividade. Isso pode desviar a atenção do pesquisador sobre os problemas encontrados, seja no próprio processo de condução da pesquisa, seja na produção das recomendações e relatórios finais.

Entre as abordagens que mais se distanciam dessa questão, estão a Ergologia e a Clínica da Atividade, mas não se pode afirmar que a valorização da perspectiva de diferentes trabalhadores possa promover uma transformação da atividade, tornando um ambiente mais salutar para aquele. “Reconhecer a experiência do trabalhador não significa proclamar sua autoridade, mesmo porque ela é multifacetada, está atravessada por conhecimentos disciplinares, ideologias e valores, e é produzida por disputas dentro e fora do trabalho [...]”^{13:3}.

Em geral, a tarefa e a atividade estão entre as categorias mais analisadas e discutidas nas abordagens. No desenvolvimento dos estudos, o “ponto de vista da atividade” vem se constituindo e se consolidando nos grupos de pesquisa¹⁵. Ele amplia o debate sobre as experiências e a produção de normas.

No entanto, pensar o trabalho como um sistema de atividade (SA) é outro fator que pode se aproximar de uma mudança sistêmica^{38,39}. A Clínica da Atividade se demonstrou mais próxima desse processo, quando intervém sobre as ações/operações do trabalho. Isso pode ser um dos passos para uma transformação do SA, orientada para uma expansão do objeto da atividade no coletivo, com um processo pedagógico que permita esse aprendizado.

Em geral, podemos perceber que os avanços estão relacionados ao contexto histórico e social do período em que as abordagens foram divulgadas e implementadas. O Quadro 1 destaca uma caminhada de intervenções apoiadas em diferentes conceitos de autores que pensam o trabalho como sistemas sócio técnicos abertos, com componentes de complexidade. Os avanços incluem destaque para a criação de espaços de debate e de aprendizagem, para esforços de desenvolvimento das atividades.

Ao mesmo tempo, as barreiras encontradas nas abordagens indicam um uso parcial da mesma, havendo uma associação de métodos e ferramentas nos estudos brasileiros fortemente influenciada pelo contexto político e local. Essa situação talvez influencia na modificação da aplicação do método original, dificultando o alcance das intervenções.

Além disso, essas intervenções podem possuir outros obstáculos: programas sem boa base teórica e não integrados à gestão do serviço como um todo; falhas em avaliar a eficácia das intervenções; vigilância da saúde restrita a doenças e agravos específicos; falta de compromisso da gestão com as intervenções; falhas na comunicação; falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho; e programas e intervenções baseados exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores⁴⁰.

Verificaremos, então, a seguir, como os estudos em ST na AB, amparados nessas e noutras abordagens têm conseguido compreender ↔ transformar o trabalho contribuído para o campo.

Desafios dos estudos de intervenção em ST na AB

Para desenvolver esta seção, procuramos realizar nova pesquisa na BVS, acrescentando os termos “atenção básica” ou “atenção primária”. Incluímos também as expressões “saúde do trabalhador da saúde” ou “saúde dos trabalhadores da saúde”. A ideia era recuperar estudos que fizessem intervenção em ST no ambiente da AB.

Dessa forma, achamos uma publicação na qual seu capítulo explorava aspectos metodológicos da produção brasileira sobre a saúde dos trabalhadores da saúde⁶. Vinte e quatro dos trabalhos acadêmicos selecionados tratavam especificamente da AB. Desses, houve um predomínio de temas pesquisados como a exposição à violência quando o objeto de estudo se trata de trabalho, e cargas de trabalho quando se trata da relação saúde-trabalho. Pesquisas com tema do cotidiano de trabalho e seus desafios também tiveram destaque.

Os autores indicaram a importância da utilização de mais de uma técnica de coleta de dados na garantia da riqueza da discussão, bem como da análise documental e da contextualização histórica e cultural do lócus da pesquisa. Ainda, revelaram que as metodologias que enfatizam o ponto de vista da atividade e utilizam o método da observação contribuíam para que as recomendações produzidas se refiram melhor ao trabalho real, não sendo genéricas e/ou abstratas. Outro destaque foi a estratégia de grupos, espaço onde ocorriam as manifestações prioritárias dos trabalhadores diante das questões do trabalho⁶.

Aqueles estudos baseados exclusivamente nas entrevistas, que não abordaram questões reais do trabalho e, também, não fizeram observações do processo de trabalho, apresentaram resultados mais gerais e, muitas vezes, repetitivos⁶. Gomez e Lacaz⁴¹ já alertavam para um predomínio da construção de conhecimento em ST fragmentado, disperso, unidisciplinar, por vezes, repetitivo e tecnicista, resultante de pesquisas e análises pontuais desenvolvidas com métodos que não garantem o processo de intervenção.

Há também um risco de as pesquisas ficarem restritas ao âmbito assistencial, de cuidado⁶. Cenário exclusivo para reclamações e queixas sobre as más condições de trabalhos e do excesso de demandas e de cargas, transforma-se em um espaço terapêutico e formativo. Isso é previsto em algumas pesquisas de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Algumas experiências de intervenção na AB^{42,43,44} propõem esse espaço e, nele, promovem ações assistenciais e educativas, como forma de acolher as demandas e auxiliar no enfrentamento dos desafios da atividade na AB. Um exemplo mostra o impacto positivo de um programa de intervenção na qualidade de vida e saúde do profissional da AB⁴⁵. As intervenções citadas estão centradas no sujeito e na sua subjetividade, não analisam a atividade de forma profunda e sistêmica e não pretendem interferir nos seus aspectos organizacionais.

Outras pesquisas em ST usam da pesquisa-ação para investigar e intervir sobre o processo de trabalho na AB. O espaço gerado como ambiente da investigação-ação tem contribuído na reflexão sobre o próprio trabalho em saúde e nas relações que se estabelecem com ele. Permite também que a discussão em grupo se aproxime das raízes dos problemas da atividade, ocasionando, dessa forma, a busca por soluções^{46,47}.

De acordo com Thiollent⁴⁸, a pesquisa-ação é concebida e orientada para uma ação ou para resolver um determinado problema coletivo. Nela, pesquisadores e participantes da situação-problema estão envolvidos de modo colaborativo, coletando informações acerca deste e dos hábitos atuais dos indivíduos e/ou dos grupos envolvidos. Dessa forma, estes são conduzidos a experimentar, testar e avaliar formas alternativas de agir, o que pode contribuir na resolução do distúrbio imediatamente visível, garantindo o desenvolvimento gradativo de uma prática³⁹.

Seguindo a lógica dos grupos homogêneos do MOI²⁶, o público-alvo da pesquisa-ação na AB costumam ser os agentes comunitários em saúde^{46,47}. Ao se envolver diferentes categorias profissionais e níveis de hierarquia no processo de pesquisa, há possibilidades de maior troca de visões, experiências e conceitos, o que renova e amplia recursos para desenvolver suas atividades e proporcionar um ambiente de trabalho mais favorável⁴⁹.

Toledo, Giatti e Jacobi⁵⁰ avaliaram teses e dissertações constituídas na metodologia da pesquisa-ação com interfaces nas áreas de saúde, educação e ambiental. Identificaram diferentes ‘níveis’ de envolvimento/atuação dos participantes nos momentos de intervenção, não sendo observada, portanto, a participação destes no processo de levantamento de suas próprias necessidades e/ou de reflexão crítica sobre elas. Identificaram, ainda, uma postura passiva de participação, ou seja, aquela em que a atuação dos sujeitos da pesquisa limitou-se ao fornecimento de informações sobre a problemática investigada, desviando das características de uma pesquisa-ação. A participação é determinante para a qualidade e sustentabilidade desse processo de pesquisa, pois pode favorecer a produção colaborativa de saberes, o empoderamento e a tomada de decisões compartilhadas para o enfrentamento de situações indesejáveis⁵⁰.

Apesar das considerações, é certo que toda pesquisa é intervenção e que, ao avaliar, é possível provocar algumas transformações no sujeito analisado³⁹. Isso porque as intervenções, mesmo quando não logram os resultados de transformação concreta das situações de trabalho dentro dos prazos esperados pelos demandantes, favorecem uma mudança no modo como os trabalhadores encaram sua saúde e seu trabalho e lutam para transformá-lo coletivamente⁴¹. O desafio dos estudos de intervenção seria, então, superar os relatórios de diagnóstico do problema e as propostas de soluções, evoluindo para a transformação real das formas como se organizam as práticas. Ora, se as necessidades de mudança costumam ser reportadas pelos demandantes e confirmadas em outras pesquisas⁵¹, por que ela não ocorre?

Estudos sobre intervenção em Saúde do Trabalhador ainda são fortemente influenciados pela tradicional Medicina do trabalho e pela Saúde Ocupacional. Esses últimos campos tendem a concentrar a atenção na adaptação física e mental do trabalhador em um ambiente específico de trabalho e na intervenção sobre os fatores de risco de adoecimento, especialmente os aspectos técnicos visíveis estabelecidos por normas e pela legislação⁵².

Outro problema é o de não considerar o papel da organização e das condições de trabalho. Isso deixa os determinantes organizacionais de fora da investigação, tornando-se aspectos invisíveis da atividade, o que resulta em intervenções de pouca ou nenhuma eficácia^{22,53}.

Muitas intervenções em ST no Brasil que atuam em fatores da organização do trabalho tem como foco as mudanças nas ações dos indivíduos ou nos instrumentos, com uma baixa atuação em outros mediadores do processo de trabalho como as regras, a comunidade e a divisão de trabalho ou mesmo sobre o contexto histórico e cultural da atividade^{13,51}. Isso talvez ocorra, pois as intervenções na organização do trabalho devem olhar diretamente para os espaços de poder, de tomadas de decisões estratégicas no sistema e exigem construções técnicas mais elaboradas, apoiadas em diagnósticos em profundidade, que exigem acesso a informações geralmente encobertas nas organizações.

Além disso, há a questão do protagonismo do pesquisador. Os pesquisadores exercem um papel de especialistas, detentores de conhecimento e provedores de soluções, enquanto os trabalhadores exerciam apenas a função de responder questionários ou participar em oficinas para fornecer as informações necessárias às intervenções⁵¹.

Dada a complexidade do processo de trabalho em saúde atual, intervir requer métodos com abordagens sistêmicas, com protagonismo dos atores internos da atividade estudada e com transformações reais na prática^{51,53}. Nesse sentido, alguns princípios podem orientar a intervenção em ST^{13:4}:

“(a) Ser baseada na análise do estado de saúde dos trabalhadores envolvidos e na compreensão do trabalho e de seus determinantes proximais ou distais. b) Ter como compromisso a mudança da situação de trabalho, visando aumentar o poder de agir dos trabalhadores e de outros atores, agindo com as pessoas (como nos processos formativos) ou sobre os dispositivos técnicos, organizacionais e marcos normativos ou legais de proteção do trabalho, tanto internos como externos às empresas. c) Ação profissional na intervenção, não como especialista que assume uma perspectiva tecnicista, mas enquanto promotora da reflexão coletiva que visa à expansão das práticas dos atores. d) Ser necessariamente interdisciplinar, participativa e etnográfica, tanto na compreensão histórica e atual das situações de trabalho quanto na busca e na produção de alternativas para a transformação. Outro requisito fundamental a ser incorporado é o foco e o alcance da intervenção, uma vez que este ocorre ou influencia situações e processos de trabalho que são, por natureza, objetos complexos, envolvendo pessoas, modos de organização e gestão, instrumentos e equipamentos em atividade conjunta, a qual sofre influências externas (de outras empresas e instituições, do mercado financeiro, do movimento sindical, ambiental, entre outras) e pode causar impactos no ambiente e comunidade”.

A resolução de parte dos desafios enfrentados nos estudos de intervenção em ST da AB requer transformações sistêmicas, que não se limitam apenas a transformações técnicas, mas também organizacionais e orientadas pelo contexto histórico e cultural da atividade³⁹. Tais transformações necessitam do envolvimento dos profissionais, a fim de que sejam construídas novas formas de trabalho, dirigidas a novos conceitos da atividade. Tal necessidade de mudanças precisa de métodos de intervenção com formação de conceitos e protagonismo entre seus atores.

A seguir, discutimos como e se a abordagem de intervenção formativa poderia suprir tais necessidades.

Intervenções formativas como possibilidade de pesquisa e intervenção para ST na AB

Engestrom¹⁷ define intervenção formativa aquela onde os participantes tornam-se protagonistas no processo de transformação e construção de novos conceitos, previamente não conhecidos, para superar contradições e criar soluções inovadoras. Os indivíduos são agentes em todo o processo e permitem melhorar a prática.

As intervenções formativas se baseiam na Teoria da Atividade Histórico-Cultural (TAHC), fundada desde a década de 1930 por Vygotsky e continuada por seus seguidores Leontiev e Davydov³⁸. Uma das características básicas dessa teoria é ter como unidade de análise a atividade humana. Engeström desenvolveu um modelo de análise baseada em um conjunto de aspectos com uma representação triangular, chamada sistema de atividade (SA) (Figura 1). Nela, incluiu elementos e considerou as inter-relações com outros SA³⁸.

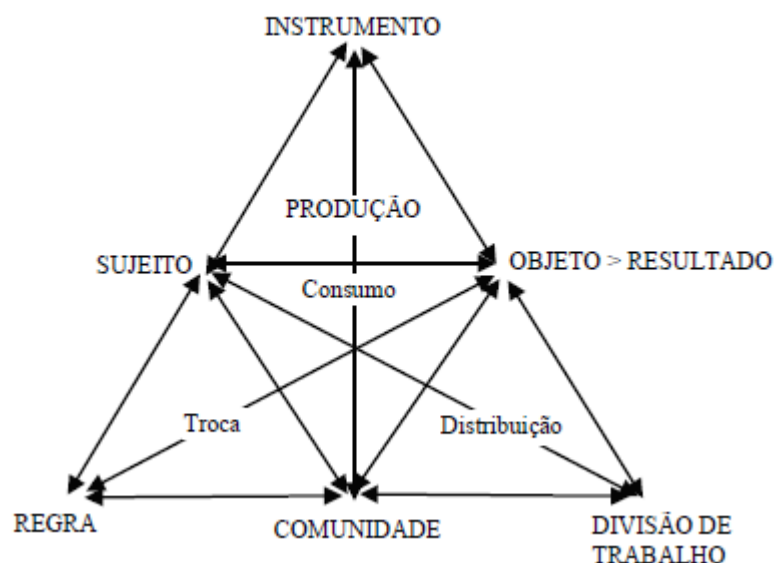


Figura 1: Modelo do sistema de atividade (Obtido de VIRKKUNEN e NEWNHAM, 2015, p.

89)

O modelo SA permite (a) analisar o desenvolvimento e a formação dos elementos da atividade; (b) revelar as contradições dentro e entre SAs; e (c) modelar ou desenhar um novo conceito da atividade, de forma a resolver as contradições internas, transformando-se os elementos do SA⁵⁴. Com ele, analisa-se uma multiplicidade de relações dentro da estrutura

triangular de atividade, sempre compreendendo o todo sistêmico, e não apenas as conexões separadas³⁹.

As intervenções formativas também estão alicerçadas na teoria de aprendizagem expansiva³⁸. Ela representa o aprendizado de um novo objeto da atividade, desenvolvida a partir de uma nova motivação ou propósito e transformando todo o sistema de atividade SA. Ela ocorre quando o objeto da atividade é transformado, apresentando características que podem resolver contradições preexistentes no SA⁵⁵. O aprendizado é resultado da intervenção.

Tal processo ocorre por etapas, denominadas ciclos, compostas de ações demonstradas na Figura 2.

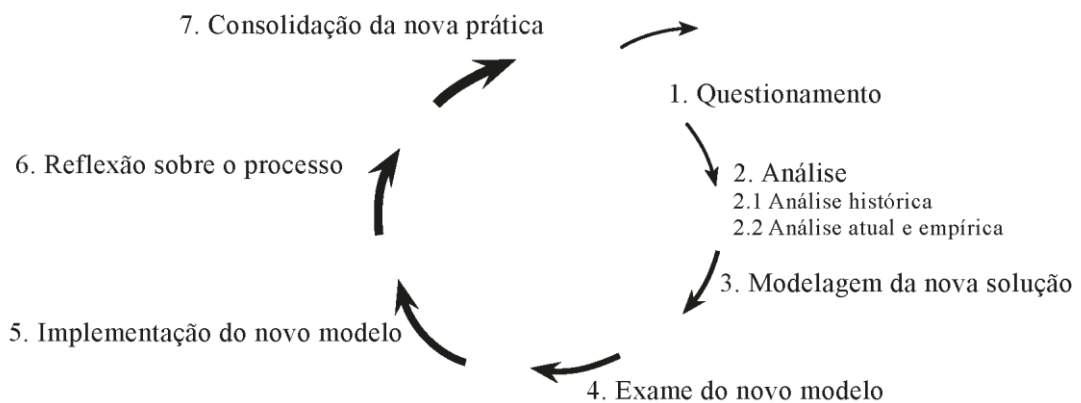


Figura 2 - Esquema que representa a sequência das ações em um ciclo de aprendizagem expansiva^{56:38}.

Os ciclos de ações de aprendizagem expansiva efetuam o processo de ascensão do abstrato para o concreto. Geralmente, predominam ações de questionamento sobre a existência de problemas, sendo o objetivo o comprometimento dos profissionais para com a mudança da atividade. Uma vez que os participantes reconhecem a necessidade de mudança e estão comprometidos, os participantes são estimulados a conduzir ações de análise das causas dos problemas enfrentados na atividade. Tal análise envolve uma análise histórica da atividade, visando identificar quais mudanças levaram ao surgimento das contradições que estão levando aos problemas observados. Uma vez feita a análise, prossegue-se com um desenho, implementação e avaliação de soluções³⁹.

Suas etapas permitem a formulação da célula-germinal, ou seja, um conceito teórico do modelo da nova solução baseado na necessidade de mudança³⁹. A produção da inovação do novo objeto da atividade é mediada, principalmente, por modelos teóricos, textos, ações discursivas gravadas em vídeo ou programas de computador usados como primeiro ou segundo estímulo³⁷. Trata-se do princípio da estimulação dupla, onde os participantes são expostos a um primeiro

estímulo, que pode ser, por exemplo, uma tarefa de análise de problemas de saúde do trabalhador. Para resolver essa tarefa, os indivíduos podem criar ou adotar um segundo estímulo, que é um artefato auxiliar como, por exemplo, um conceito ou um modelo¹⁷. Esse princípio estimula os participantes a serem protagonistas no processo de reflexão dos distúrbios e contradições, como também na criação de soluções inovadoras para a atividade.

Para uma transformação qualitativa completa de um SA, seriam necessários inúmeros ciclos sucessivos menores e paralelos de aprendizagem expansiva³⁹. Em razão disso, as intervenções formativas são métodos demandantes em termos de tempo e energia dos participantes e do(s) pesquisador(es), além do conhecimento teórico dos conceitos usados. O pesquisador-facilitador não é nem o solucionador de problemas, nem carrega consigo um modelo e um conceito de atividade que venha a “transformar” e trazer soluções prontas para uma coletividade; ele é mais um especialista na metodologia de análise e desenvolvimento de conceitos de atividade, capaz de direcionar os sujeitos pertencentes àquela atividade na escolha das opções de ferramentas conceituais disponíveis e tipos de ações epistêmicas necessárias para o processo de superação de uma contradição⁵⁷.

Por fim, as intervenções formativas podem ser um método de pesquisa intervencionista viável para a AB, dadas as dificuldades das outras abordagens teóricas mencionadas anteriormente. Essa forma colaborativa e participativa de intervir tem potencial para garantir melhorias nas relações entre trabalho, ambiente e saúde e construir novos modelos locais de atividade, superando as situações-problemas do trabalho em saúde.

Conclusões

Primeiro, é importante ressaltar a necessidade de se redobrar a prudência no modo como se propõem pesquisas e intervenções no trabalho para não se construírem expectativas infundadas⁴¹. Quaisquer das abordagens e técnicas levantadas aqui devem ser preferencialmente apresentadas, discutidas e negociadas com o grupo de trabalhadores com os quais irão ser aplicadas.

Outro ponto é que a discussão deste ensaio também tem seus limites, na medida em que se defende, prioritariamente, as pesquisas intervencionistas em ST. Há uma diversidade de abordagens não discutidas que se põem para analisar as dificuldades impostas pelas relações capital-trabalho e que também podem contribuir com os processos de transformação da realidade social.

É possível constatar os avanços das metodologias em ST, no que concerne uma maior aproximação do trabalhador, do trabalho e do seu poder de interferência sobre a atividade. Muitas das barreiras enfrentadas por essas abordagens estimulam o desenvolvimento do campo, contribuindo na produção de conhecimento, na criação de novas abordagens e na utilização de técnicas combinadas.

Quanto ao método de intervenção formativa, ele é uma alternativa com potencial para a pesquisa e desenvolvimento em ST da AB. Primeiro, porque utilizam de métodos participativos e formativos frente à situação-problema a ser analisada, produzindo um protagonismo e aprendizado dos participantes. Segundo, permite uma análise profunda, sistemática e histórica da atividade com foco no objeto do SA. Terceiro, usam ferramentas pedagógicas que estimulam a participação, o protagonismo e a agência transformativa na criação de novos conceitos sobre a atividade. Quarto, por fazer uso da mediação do pesquisador-facilitador, com funções de provocar e sustentar o processo de transformação e não considerado detentor do conhecimento de mudança. E, por último, objetiva a mudança, reorientando as práticas para um novo objeto e criando um novo SA.

Referências

1. Trindade LR, Merlo ARC, da Silva RM, Beck CLC, Goes NC. Fatores de adoecimento dos trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saúde* 2017;16(4):1-7.
2. Brasil. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 580 p. (Série A. Normas e manuais técnicos; n. 114).
3. Franco T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do meio ambiente. In: Minayo MCS e Miranda AC. *Saúde e Ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 209-31.
4. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup* 2013;38(127):11-21.
5. Rafagnin MSS, Rafagnin TR. Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: uma reflexão sobre a gestão da saúde e doença da classe-que-vive-do-trabalho. *Barbaroi* 2020;0(57):88-102.
6. Brito J, Pena PGL, Gomes L, Souto AP, Pires AC. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: Machado JH, Assunção AA, organizadores. *Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina; 2012. p. 66-105.

- 7 Aires Garcia GP, Marziale MHP. Satisfaction, stress and burnout of nurse managers and care nurses in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP* 2021;55:e03675.
- 8 Fernandes GAB, Paschoalin HC, Mansano Sarquis LM, Oliveira Coelho AC, Greco RM. Demandas psicológicas, controle e apoio social no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Cogitare Enfermagem* 2018;23(4):e55918.
- 9 Souza TP, Oliveira PAB. Eu mudo, nós mudamos? Perspectivas sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Espaço para a Saúde* 2020;21(1):16-25.
- 10 Mendes M, Trindade LL, Pires DEP, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Forte ECN, et al. Práticas da enfermagem na estratégia saúde da família no Brasil: interfaces no adoecimento. *Rev Gaúcha Enferm* 2021;42(esp):e20200117.
- 11 Mello IAP, Cazola LHO, Rabacow FM, Nascimento DDG, Pícoli RP. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trab Educ Saúde* 2020; 18(2): e0024390.
- 12 Ramminguer T, Athayde MRC, Brito J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. *Ciênc Saúde Colet* 2013;18(11):3191-3202.
- 13 Jackson Filho JM, Pina JA, Vilela RAG, Souza KR. Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup* 2018;43(supl 1):e13s.
- 14 Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira A, Cordeiro L, Lopes IO, et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev Bras Saude Ocup* 2018;43(supl 1):e7s.
- 15 Neves MYR, Muniz HP, Alvarez D, Figueiredo MG, França MB. A formação como estratégia de pesquisa e intervenção em saúde do trabalhador. *Rev Bras Saúde Ocup* 2018;43(Suppl1):e8s
- 16 Hatchuel A. Intervention research and the production of knowledge. In: Cerf M, Gibbon D, Hubert B, Ison R, Jiggins J, Paine M, et al, editors. *Cow up a Tree. Knowing and Learning for Change in Agriculture. Case studies from Industrialised Countries*. Paris: INRA; 2000. p. 55-68.
- 17 Engeström Y. From design experiments to formative interventions. *Theory Psychol* 2011;21(5):598–628.
- 18 Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgar Blucher; 2001.
- 19 Assunção AA, Lima FPA. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: Mendes R, organizador. *Patologia do trabalho*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1767-89.
- 20 Jackson Filho JM, Lima FPA. Análise Ergonômica do Trabalho no Brasil: transferência tecnológica bem-sucedida? *Rev Bras Saúde Ocup* 2015;40(131):12-17.
- 21 Pizo CA, Menegon NL. Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. *Produç* 2010;20(4):657-68.

- 22 Vilela RAG, Querol MAP, Seppanem L, Lima FPA, Mendes RWB, Lopes MGR, et al. Work ergonomic analysis and change laboratory: similarities and complementarities between interventionist methods. In: Ahram T, Karwowski W, Marek T, editors. AHFE 2014. Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics; Jul 19-23; Kraków, Poland. p. 3921-32.
- 23 Lancman S, Sznelman LI, organizadores. Christophe Dejourns: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2004.
- 24 Dejourns C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejourniana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2010.
- 25 Giongo CR, Monteiro JK, Sobrosa GMR. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Trend Psycho* 2015;23(4):803-814.
- 26 Oddone I, Marri G, Gloria S, Briante G, Chiattella M, Re A. Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.
- 27 Muniz HP, Brito J, Souza KR, Athayde M, Lacomblez M. Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup* 2003;38(128):280-291.
- 28 Bendassolli PF, Soboll LAP, organizadores. Clínicas do Trabalho: Novas Perspectivas para Compreensão do Trabalho na Atualidade. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2011.
- 29 Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2a ed. Niterói: EdUFF; 2010.
- 30 Trinquet P. Trabalho e educação: o método ergológico. *Rev HISTEDBR* 2010;(esp):93-113.
- 31 Brito J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 91-114.
- 32 Brito JA, Athayde M, Neves MY, organizadores. Programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas: Caderno de método e procedimentos. João Pessoa: UFPB; 2003.
- 33 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- 34 Silva CO, Souto AP, Memória-Lima KMN. A pesquisa-intervenção em Psicologia do Trabalho em um aporte que toma o desenvolvimento como método e objeto. *Fractal Rev Psic* 2015;27(1):12-15.
- 35 Clot Y. Trabalho e Poder de agir. Belo Horizonte: FabreFactum; 2010.
- 36 Roger JL. Metodologia e métodos de análise em clínica da atividade. *Cad Psic Soc Trab* 2013;16(esp1):111-120.
- 37 Sannino A. Activity theory as an activist and interventionist theory. *Theory Psychol* 2011;21(5):571-597.
- 38 Engeström Y. Aprendizagem expansiva. 2a ed. Campinas: Pontes; 2016.

- 39 Virkkunen Y, Newnham DS. O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015. 424 p. (Série: Trabalho e Sociedade).
- 40 Reinhardt EL, Fischer FM. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(5):411–7.
- 41 Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc saúde coletiva* 2005;10(4):797-807
- 42 Silva DA, Rocha IMS, Silva RS, Penna CMM. Promoção e educação em saúde para trabalhadores de unidades básicas de saúde: relato de experiência. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2017; 6(2):153-160.
- 43 Siqueira ABR, Ferreira CS, Veríssimo LP, Cecelotti AC, Santeiro TV, Oliveira M, et al. Oficinas grupais para promoção de saúde: experiência com trabalhadoras da atenção primária. *Vínculo* 2019;16(2):1-22.
- 44 Oliveira, Santeiro, Ferreira, & Sousa (2020). Promoção de saúde de trabalhadores da Atenção Básica: relato de experiência extensionista. *Rev SPAGESP* 2020;21(2):139-153.
- 45 Fernandes M, Souza JP, Guerardi-Donato ECS, Marques JMA, Souza HCC, Braga GC. Effects of a mindfulness-based intervention on the functional status and mindfulness of primary health care professionals: a before and after study. *Arch Clin Psychiatry* 2019;46(5):115-9.
- 46 Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na atenção primária em saúde: pesquisa-ação com agentes comunitários de saúde. *Cien Saude Colet* 2015;20(11):3581-88.
- 47 Flumian RB, Fioroni LN. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Tempus* 2018;11(2):179-198.
- 48 Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2009.
- 49 Osório C, Machado JMH, Minayo-Gomez C. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cad Saude Pública* 2005;21(2):517-524.
- 50 Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. Action research in interdisciplinary studies: analysis on criteria that can be revealed only through practice. *Interface (Botucatu)* 2014;18(51):633-46.
- 51 Hurtado SLB. Desenvolvimento de intervenções formativas para a aprendizagem expansiva: avanços, contribuições e desafios de um método de análise e prevenção de acidentes [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2020.
- 52 Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saúde Públ* 1991;25(5):341-9.
- 53 Vilela RAG, Jackson Filho JM, Querol MAP, Gemma SFB, Takahashi MAC, Gomes MHP, et al. A expansão do objeto da vigilância em acidente do trabalho: história e desafios de um centro de referência em busca da prevenção. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(9):3055-3066.

- 54 Pereira-Querol, MA. Teoria da Atividade e o Sistema de Atividade. In: Mendes R, organizador. Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos, de noções, história, cultura. Nova Hamburgo: Proteção Publicações Ltda; 2018. p. 1133-1135.
- 55 Pereira-Querol MA. Teoria da Aprendizagem Expansiva. In: Mendes R, organizador. Dicionário de saúde e segurança do trabalhador: conceitos, de noções, história, cultura. Nova Hamburgo: Proteção Publicações Ltd; 2018. p. 1132-1133.
- 56 Engeström Y. Activity theory and individual and social transformation. In: Engeström Y, Miettinen R, Punamäki R, editors. Perspectives on activity theory. Cambridge: Cambridge University Press; 1999. p. 19-38.
- 57 Cassandre MP, Querol MAP. Metodologias intervencionistas: contribuição teórico-metodológica vigotskyanas para aprendizagem organizacional. RPCA 2014;8(1):17-34.

4.2 DESCOBRINDO COLABORATIVAMENTE A ESSÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA: CONTRIBUIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO FORMATIVA

De acordo com as normas da pós-graduação, esse artigo foi elaborado e submetido ao periódico *Trabalho, Educação e Saúde*, como requisito para depósito da Tese.

Descobrimo colaborativamente a essência da Atenção Básica: Contribuições de uma intervenção formativa

Collaboratively discovering the essence of Primary Care: Contributions of a formative intervention

Descubriendo colaborativamente la esencia de la Atención Primaria: Aportes de una intervención formativa

Jairon Leite Chaves Bezerra¹

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela²

Marco Antonio Pereira Querol²

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

² Doutor Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Resumo

Este artigo teve como objetivo mostrar o aprendizado ocorrido e os instrumentos utilizados durante uma intervenção formativa conduzida junto a trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Elaborou-se uma ferramenta inovadora chamada Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade (OAA), que combina o método Análise Coletiva do Trabalho (ACT) e Laboratório de Mudanças (LM). No total, foram realizadas seis oficinas, com a média de cinco a doze participantes. Os encontros foram audiogravados e transcritos, compondo os dados junto das anotações do diário de campo. Neste estudo, reconstruímos a trajetória de aprendizado da equipe dando ênfase aos recursos utilizados e aos resultados de cada OAA, em especial os Modelos Representativos da Atividade (MRA) produzidos pelos participantes. Os resultados mostram que, através do uso dos MRAs, tais como cardápio, fluxo e agenda do serviço, os participantes foram expandindo a forma como entendiam sua atividade. Em cada oficina, os modelos foram se tornando mais ricos, trazendo diferentes dimensões (social, espacial e temporal), o que levou a uma conceitualização mais sistêmica da atividade. Através da intervenção, os participantes puderam descobrir a interdependência entre os membros da equipe, além de descobrir que o acolhimento dos usuários era a essência de sua atividade.

Palavras-chave: Intervenção Formativa; Estratégia Saúde da Família; Oficinas de Trabalho; Formação de Conceito; Atenção Básica à Saúde.

Abstract

This article aimed to show the learning that took place and the instruments used during a training intervention conducted with workers from a Family Health Strategy team. An innovative tool called Activity Learning Workshops (OAA) was developed, which combines the Collective Work Analysis (ACT) and Change Laboratory (LM) method. In total, six workshops were held, with an average of five to twelve participants. The meetings were audio-recorded and transcribed, composing the data together with the field diary notes. In this study, we reconstructed the team's learning trajectory, emphasizing the resources used and the results of each OAA, especially the Representative Activity Models (MRA) produced by the participants. The results show that, through the use of MRAs, such as menu, flow and service agenda, participants expanded the way they understood their activity. In each workshop, the models became richer, bringing different dimensions (social, spatial and temporal), which led to a more systemic conceptualization of the activity. Through the intervention, the participants were able to discover the interdependence between the team members, in addition to discovering that the reception of users was the essence of their activity.

Key-words: Formative Intervention; Family Health Strategy; Workshops; Concept Formation; Primary Health Care.

Resumen

Este artículo tuvo como objetivo mostrar los aprendizajes ocurridos y los instrumentos utilizados durante una intervención formativa realizada con trabajadores de un equipo de la Estrategia de Salud de la Familia. Se desarrolló una herramienta innovadora denominada Talleres de Aprendizaje de Actividades (OAA), que combina el método de Análisis de Trabajo Colectivo (ACT) y Laboratorio de Cambio (LM). En total se realizaron seis talleres, con un promedio de cinco a doce participantes. Los encuentros fueron audiograbados y transcritos, componiéndose los datos junto con las notas del diario de campo. En este estudio, reconstruimos la trayectoria de aprendizaje del equipo, enfatizando los recursos utilizados y los resultados de cada OAA, especialmente los Modelos de Actividad Representativa (MRA) producidos por los participantes. Los resultados muestran que, a través del uso de MRA, como menú, flujo y agenda de servicio, los participantes ampliaron la forma de entender su actividad. En cada taller, los modelos se enriquecieron, trayendo diferentes dimensiones (social, espacial y temporal), lo que llevó a una conceptualización más sistémica de la actividad. A través de la intervención, los participantes pudieron descubrir la interdependencia entre los miembros del equipo, además de descubrir que la recepción de usuarios era la esencia de su actividad.

Palabras clave: Intervención Formativa; Estrategia de Salud de la Familia; Talleres de trabajo; Formación de conceptos; Atención primaria

Introdução

A Atenção Básica (AB) configura uma parte essencial da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Organizada para desenvolver ações de promoção e proteção, prevenção

de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, pretende ser a porta de entrada preferencial, através de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Uma de suas potencialidades é de reorientar o modelo de atenção à saúde para um mais integrador, coordenando o cuidado dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017).

No entanto, há uma persistência de problemas na estrutura dos serviços da AB, principalmente quanto à disponibilidade de insumos e equipamentos essenciais (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018). Apenas uma pequena parte (4,8%) de quase 39 mil UBSs apresenta padrão mínimo de referência de qualidade da estrutura (Bousquat et al., 2017).

Além disso, a organização e gestão dos serviços e a prática das equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e de cuidados de saúde (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018). O fato de a organização do trabalho e as condições físicas das unidades ficarem aquém do esperado pode levar o trabalhador da saúde a uma adaptação forçada, prejudicando sua saúde e, conseqüentemente, precarizar ainda mais o sistema, formando assim um círculo vicioso (Maciel, Santos e Rodrigues, 2015). Logo, uma intervenção a nível organizacional poderia aprimorar a eficiência e qualidade da atenção ao trabalhador e tornar o trabalho mais humano e sustentado.

Uma intervenção requer uma análise da atividade de trabalho como estratégia de compreensão em profundidade das causas dos problemas e, simultaneamente, uma oportunidade efetiva de promover transformações nas situações de trabalho (Guerin et al, 2001). Compreender o processo estimularia o desenvolvimento da atividade de trabalho.

Entre os diversos estudos que investigam os problemas na AB, alguns se baseiam em dados de estrutura, processo de trabalho e resultados colhidos pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (Santos et al., 2021). Porém, esse instrumento não contempla a negociação do trabalho – diálogo político no processo de tomada de decisão – e a saúde do trabalhador – relações, condições de trabalho e de vida dos trabalhadores, que gera o processo de saúde-doença. O PMAQ não fortalece a visão de agente transformador quando não pontua esse aspecto como um dos integrantes da qualidade na AB e não estimula a cultura de negociação do trabalho (Bezerra e Medeiros, 2018).

Ainda, há estudos que avaliam apenas o processo de trabalho de uma categoria (Flumian e Fioroni, 2018) ou grupo da mesma área profissional (Fontana e Lautert, 2013). Outros não apreendem as contribuições dos diversos profissionais da AB, mesmo utilizando métodos participativos e discutindo o objeto da atividade (Cordeiro e Soares, 2015). O envolvimento de trabalhadores de diferentes níveis de hierarquia possibilita troca de visões, de experiências e conceitos, o que renova e amplia recursos para desenvolver suas atividades e proporcionar um ambiente mais favorável (Osório, Machado e Minayo-Gomez, 2005).

Nesse sentido, este estudo quer mostrar como é possível entender na prática e colaborativamente o processo de trabalho de uma equipe de saúde da AB. Contribui também com a discussão sobre métodos de compreensão sobre o trabalho e os condicionantes que afetam a saúde dos trabalhadores.

O Laboratório de Mudanças (LM) (Engeström, 1996; Virkkunen e Newnham, 2015) e a Análise Coletiva do Trabalho (ACT) (Ferreira, 2015) inspiraram a criação das Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade (OAA) que mescla características das abordagens de intervenção. Espera-se que essa ferramenta garanta um ambiente colaborativo entre pesquisadores e participantes e favoreça a construção gradual das etapas do processo de pesquisa com protagonismo dos participantes. Especificamente, este estudo visa responder às seguintes perguntas: a intervenção formativa utilizando a ACT e o LM permitiu uma compreensão da atividade da equipe de saúde na AB? Quais seriam os resultados e aprendizados decorrentes dessa intervenção?

Abordagem teórico metodológica

Uma intervenção formativa é uma ação participativa que produz ação de mudanças e que visa empoderar seus participantes. Torna-os protagonistas no processo de análise e transformação, na criação e construção de novos conceitos, para superar contradições e criar soluções inovadoras (Virkkunen e Newnham, 2015).

Neste estudo, elaboramos a OAA, ferramenta que se apoia na abordagem teórico-metodológica que combina a ACT com o LM. Na ACT, quem analisa o trabalho são os próprios trabalhadores e o fazem em um ambiente de grupo, mediados por uma questão: “o que você faz no seu trabalho?”. Nessa abordagem, a fala dos participantes é essencial na pesquisa, pois quando falam, tomam consciência do que fazem. Busca-se conhecer detalhadamente a atividade real de uma categoria profissional, porém não há intencionalidade do pesquisador em propor ações de mudança (Ferreira, 2015).

O LM se inicia com uma fase etnográfica anterior às sessões de intervenção, onde é realizada uma primeira apropriação do objeto da atividade, continuada em fases posteriores da intervenção. O objetivo na fase etnográfica é entender os problemas atuais e produzir dados-espelho sobre a atividade. Isso orienta o pesquisador na condução do LM produzindo estímulos necessários para envolver os participantes nas sessões (Engeström, 1996; Virkkunen e Newnham, 2015).

Os aspectos estruturados na ferramenta OAA relacionados às abordagens metodológicas são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Comparativo de aspectos metodológicos da ACT, LM e da OAA.

Método Atributo	ACT	LM	OAA
Objeto	Compreender Ações e Percepções	Desenvolvimento de uma Atividade	Das ações para a atividade
Delimitação dos participantes	Uni ou multiprofissional	Todos os membros de uma atividade	Multiprofissional
Local	Fora do Ambiente de trabalho	Fora ou dentro do ambiente de trabalho	Fora ou dentro do ambiente de trabalho
Disparador(es)	Pergunta: “O que você faz no seu trabalho?”	Dupla-estimulação (Dados-espelho e artefato neutro)	Pergunta-produção-tarefa (Ciclo de estímulos)
Registro das reuniões/sessões	Audiogravadas e/ou anotações	Filmogravadas e/ou anotações	Audiogravadas, Filmogravadas e/ou anotações

Tempo	90 minutos	Até 2 horas	Até 2 horas
--------------	------------	-------------	-------------

Fonte: Elaborado pelos autores, a partir de Ferreira (2015), Engestrom (1996) e Virkkunen e Newnham (2015)

Na OAA, propomos o uso de diversos estímulos envolvendo os participantes na construção de modelos sobre a atividade. A ideia de criar um modelo da atividade poderia facilitar o entendimento sobre a referência teórica que embasa todo o processo de trabalho e confrontar os participantes com um espelho da sua própria atividade (Virkkunen e Newnham, 2015). Ao longo do processo, fomos desenvolvendo, então, os Modelos Representativos da Atividade (MRA), pois acreditamos que essa estratégia permitiria uma maior apropriação do atual processo de trabalho e de possíveis ações de mudança.

Em cada encontro, foi utilizado um ciclo de estímulos: pergunta-produção-tarefa. No início, era realizado um primeiro estímulo através de uma pergunta e/ou de uma situação-problema discutida anteriormente. Após uma primeira discussão, o pesquisador apresentava um artefato neutro, ou seja, um instrumento teórico-conceitual para auxiliar na resolução da pergunta/problema (Virkkunen e Newnham, 2015). E, após nova discussão e conclusão, era dada uma nova tarefa para a reunião seguinte.

Como preconizado no método da Dupla Estimulação de Vygotsky (1978), os participantes precisam de estímulos como ferramentas cognitivas intermediárias: cronogramas, fluxogramas de processos, figuras e diagramas esquemáticos de estruturas organizacionais, categorizações de respostas às entrevistas, fórmulas de cálculo de custos ou técnicas de produção de ideias e solução de problemas, incluindo simulações e interpretação de papéis (Virkkunen e Newnham, 2015). Tais ferramentas, aqui denominadas de MRA, não são instrumentos acabados ou exatos na forma que foram apresentados. Eles são construídos e reconstruídos ao longo dos encontros (Engeström, Puonti e Seppänen, 2003).

O uso de modelos auxilia a análise conjunta, a memória, a interpretação e a revisão da atividade e das ações que a complementam. Portanto, eles podem se tornar instrumentos de reflexão crítica e planejamento conjunto sobre a atividade (Engeström, Puonti e Seppänen, 2003).

Configuração da OAA e análise de dados

A intervenção apresentada neste estudo ocorreu junto a uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do Nordeste brasileiro. Os encontros (Quadro 2) aconteceram no próprio local de trabalho, semanalmente e logo após a atividade de reunião de equipe da qual os pesquisadores também participavam.

Este estudo cumpriu com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CAAE: 26485919.6.0000.5421) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde local.

No primeiro encontro, os pesquisadores informaram aos participantes sobre todo o processo de pesquisa, negociaram as condições para tal e coletaram os termos de consentimento. Ao todo, foram 6 reuniões com duração média de 50 minutos por sessão. Integraram as oficinas entre 5 e 12 participantes. À exceção da primeira, todas foram audiogravadas e transcritas. Anotações em diários de campo também foram realizadas.

Quadro 2. Número da oficina, objetivos e ciclo de estímulos usados na intervenção

Oficina	Objetivo	Pergunta (Estímulo)	Produção	Tarefa
1	Apresentar o projeto de pesquisa	Explicação da Pesquisa	Termo de consentimento	Descrever o cotidiano no trabalho
2	Investigar o processo de trabalho da equipe	O que você faz no seu trabalho?	Relatos individuais	Montar cardápio de serviços por categoria profissional
3	Ordenar os serviços realizados pela equipe	Qual o cardápio de serviços da UBS?	Listagem de serviços (classificação)	Construir o fluxo do usuário por categoria profissional
4	Elaborar um fluxo dos serviços realizados pela equipe	Como é o fluxo de “acolhimento” do usuário na UBS?	Diagramar o fluxo “prescrito” de acolhimento	Pensar nos desvios de rota, nas exceções que não estão no fluxo prescrito
5	Validar o fluxo elaborado	Vamos reconstruir o fluxo?	Desenhar o fluxo “real”	Identificar os problemas no fluxo do acolhimento
6	Discutir a distribuição semanal dos serviços realizados	Como os serviços ofertados são distribuídos na semana?	Elaborar a agenda semanal	-

Fonte: Elaborado pelos autores

A partir das transcrições de cinco oficinas, buscamos manifestações discursivas de conceitos que representassem a atividade da equipe de saúde. Além disso, foram extraídos trechos das falas que forneciam indicadores de aprendizado dos participantes durante os encontros.

A trajetória de aprendizado durante as sessões

1 Trabalho colaborativo e integrado

O primeiro processo de aprendizado foi descobrir o trabalho como essencialmente colaborativo e integrado. No segundo encontro, os participantes detalharam sua própria função: ACS, médico, atendente social, enfermeira, técnica de enfermagem, zelador e vigia. Apesar de distintas profissões, verificou-se que as ações de Orientação e Acolhimento ocorreram com todos os envolvidos.

Os participantes explicaram também que pequenos grupos da equipe atuavam em conjunto como, por exemplo, na ação de visita domiciliar realizada pela enfermeira, técnica de enfermagem, médico e ACS. Apesar de percebida como algo esporádico, esse tipo de assistência é essencial para o trabalho da ESF.

No entanto, a equipe de saúde analisada detém uma quantidade reduzida de profissionais para cumprir a demanda de visita no território e de atendimento na UBS. Isso pode reduzir a satisfação e a vinculação dos usuários junto à ESF. Logo, a estratégia utilizada é focar no trabalho em equipe e colaborativo:

P7: [...] Sempre a gente trabalhou essa história de equipe, de equipe, de equipe! Pra que a gente se fortaleça, pra que a gente não seja uma equipe desestruturada.

P1: Se eu chego no posto e eu vejo que precisa de uma ajuda, eu corro na farmácia, entrego medicação, ajudo a preencher um papel ali também. Então, a gente é muito assim... meio que faz tudo!

O conceito de colaboração é comumente definido por cinco conceitos básicos: compartilhamento, parceria, poder, interdependência e processo (D'Amour et al., 2005). Colaborar é parte do trabalho em equipe e “requer o desejo em cooperar/contribuir com o trabalho desempenhado pelo outro”(Peduzzi e Agreli, 2018 p.1531).

Apesar de serem usados como sinônimos, a prática colaborativa e o trabalho em equipe podem contribuir para melhorar o acesso universal e a qualidade da atenção à saúde. Essas diferentes modalidades de trabalho interprofissional dependem das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e do contexto destas, bem como dos profissionais e serviços (Peduzzi e Agreli, 2018).

A prática clínica na AB, por exemplo, depende de profissionais com formações diferenciadas, mas com interação interdisciplinar entre essas diversas formas de exercício clínico. Essa atuação tem seu melhor momento no trabalho em equipe (Pinto e Coelho, 2010).

A compreensão dos participantes sobre o aspecto colaborativo e integrado da ESF exerce um papel importante, pois pode facilitar e apoiar as ações de saúde na UBS. O compartilhamento dessas informações nas oficinas favoreceu comparações entre o que cada participante conta e a experiência dos outros, igual ou diferente daquela; e esse confronto de experiências é muito enriquecedor (Ferreira, 2015). Isso permite também uma valorização do outro, uma melhor percepção do trabalho do outro, o que garante a continuidade das ações na UBS e pode ser um processo transformador para as práticas de saúde (Santos et a., 2017). Esse momento de valorização é manifestado na seguinte fala:

P5: Tá vendo?! Como a gente faz muita coisa e, às vezes, a gente... a gente nem percebe o tanto de coisa que faz e o tanto que é importante aquilo que faz; e, quando a gente escuta o que o outro faz, aí a gente pensa ‘poxa ele faz isso também!’. Então, às vezes, eu tô procurando ele aqui e ele não tá aqui, mas ele tá fazendo um outro serviço que é importante, ali do lado e eu nem sabia!

Contudo, os problemas de organização na ESF forçam os trabalhadores a se adaptar e reorganizar o serviço (Maciel, Santos e Rodrigues, 2015). Isso ocorre na recepção dos usuários

na UBS analisada, que era realizada também de forma colaborativa, especialmente pelo vigia, zelador e atendente social, conforme relatos:

P5: Quem recebe? Pelo menos na minha visão é a pessoa que tá mais próxima de quem, quem chega! Porque como a UBS tem muitos setores, nem sempre a [nome] como atendente social, ela tá na... na recepção do posto. Muitas vezes, ela tá em um outro setor, como foi falado, exercendo uma outra função, entregando remédio ou, muitas vezes organizando prontuário numa salinha específica. E, às vezes, tá o [nome do vigia], [nome do zelador] lá na entrada, porque já realizaram suas atividades primárias... então, eles respondem!

P3: [...] o primeiro que a pessoa põe o olho é que vai orientar, então, pode ser qualquer um da equipe.

No estudo de Souza, Zeferino e Ferro (2014), ocorre uma situação parecida na recepção de usuários. No entanto, os autores relatam a importância da qualificação deste profissional para promover maior acolhimento e vínculo, pois exerce um papel de protagonismo sobre o acesso do usuário aos serviços da UBS e em seu encaminhamento aos demais pontos da RAS.

Mesmo com as dificuldades na recepção, essa reorganização do processo do trabalho, acordado entre os membros da equipe, acolhe e produz vínculo com os usuários:

P2: Nessa semana mesmo agora, chegou um rapaz... o senhor e o filho dele, eu acho que era filho dele. [...] Primeiro ele chegou na recepção e disse: – ‘Bom dia!’ – ‘Bom dia, rapaz!’ – ‘Eu vim fazer um curativo’. Eu peguei, me levantei: – ‘Sente bem aqui’. Chamei a [Nome da técnica de enfermagem]. A [Nome] foi lá e atendeu ele. Quando ele saiu, e disse assim: – ‘Olhe, muito obrigado! Que eu já andei em quatro posto, QUATRO! E todos disseram NÃO! E você me acolheu! Muito Obrigado!’ – ‘Rapaz, eu tô aqui é pra lhe atender mesmo!’ – ‘Gostei da sua recepção!’

O acolhimento deveria ser de responsabilidade de toda a equipe. Isso produz vínculo, condição fundamental para funcionamento da AB em responsabilização e continuidade do cuidado (Barbosa e Bosi, 2017).

A vinculação do usuário na AB resulta em uma relação mais estreita e duradoura entre profissional de saúde e usuário (Starfield, 2002). Isso propicia boas relações entre os envolvidos, reconhecimento do trabalho do outro e podem ocorrer trocas de dádivas, o que favorece as

relações de reciprocidade (Lopes et al., 2015). Sentimentos de afetividade, respeito e justiça podem ser identificados na narrativa abaixo e destacam a sua importância para a atividade:

P3: Eu queria ressaltar que hoje em especial eu tô muito feliz! [risos] Eu vou pra casa... e... eu recebi essa lembrancinha de um paciente. E assim... de certa... é muito gratificante você receber, porque, em geral, você é tratado mal! [choro] É muito gratificante! Pra algumas pessoas... pode parecer besteira... né?! Mas não é! É muito importante pra gente! Um 'obrigado' que você recebe, você trabalha melhor naquele dia...

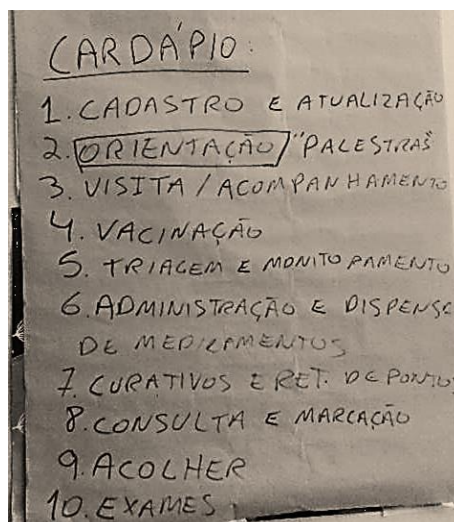
Percebeu-se, então, que o processo de trabalho dos participantes estava centrado no usuário. À medida que os profissionais dirigem a atenção ao paciente e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, em direção a um modelo de atenção integral (Agreli, Peduzzi e Silva, 2016).

A atuação ampliada e integrada da equipe estudada induziu o pesquisador a propor a elaboração do MRA, denominado *cardápio de serviços*. Interpretar a organização do trabalho através de processos permite a definição do fluxo de trabalho e a integração de todas as suas etapas; e pode promover a melhoria no planejamento e na execução de processos cotidianos, levando os trabalhadores a aprender continuamente a gerir seus próprios processos (Brasil, 2015).

2 Esquematizando as ações que compõem a atividade e descobrindo a sua essência – o Acolhimento

Na terceira oficina, o debate foi orientado para categorizar as ações que representassem a atividade da equipe. O MRA *cardápio* (Figura 1) compõe as principais funções da ESF. Utilizar esse modelo, produziu conceitos sobre as ações individuais dos envolvidos. O uso funcional de um conceito em uma atividade contribui para a forma como os participantes organizam sua compreensão sobre o que estão fazendo (Greeno, 2012).

Figura 1 - Representação dos serviços oferecidos pela equipe



O debate permitiu que os participantes entendessem também algumas interações entre os processos de trabalho dos demais membros da equipe. Um exemplo da inter-relação entre as ações pode ser observado na seguinte fala sobre o percurso de um usuário:

P7: Ó, ela [usuária] já passou aí pela orientação... ela teve a visita acompanhada, ela teve o curativo... tá?! [...] Três procedimentos aí ela teve... dentro de tudo, sim! Dentro da situação... aí, nada foi resolvido! Até então, nada foi resolvido, vai ser resolvido lá no Dirceu [hospital regional]... em outro setor... que é, é... agilizou... que ela não vai ter que passar por aquela fila... de espera.

Nem todos os problemas de saúde são resolvidos na AB. As demais ações em saúde estão disponíveis nas RAS, sendo a AB o primeiro ponto de atenção do SUS, responsável por orientar e encaminhar o usuário adequadamente na rede (Brasil, 2017).

Na quarta oficina, os participantes validaram as suas ações dispostas no MRA. Em uma das falas é possível perceber uma transformação conceitual importante:

P5: Eu até... tô até mudando esse nome [consulta], né?! Antes, as pessoas vinham marcar as consultas, eu digo 'marcar os atendimentos!' Porque os atendimentos dão uma lupa maior. Que, muitas vezes, a pessoa vai lá pra um atendimento, só que o que ela quer... é uma orientação, e ela foi atendida naquela orientação, né?! Não é só uma consulta clínica, física... . Então, tem muitos pacientes que vão pro atendimento... teoricamente, é uma consulta, mas são problemas emocionais... eu tenho recebido muitas demandas do lado emocional, estresse...

A mudança conceitual percebida nessa fala foi a do “consultar” para o “atender”. Este parece ser mais amplo que aquele. Mesmo assim, esses conceitos continuam coexistindo na equipe. Essa disputa poderá ser mantida por anos, mesmo depois que o antigo conceito for definitivamente substituído pelo novo (Engeström et al., 2005). Essa mudança conceitual foi uma premissa importante para se questionar as outras ações do *cardápio*.

Quando perguntado sobre o “acolher”, todos os participantes se manifestaram sobre o tema e perceberam que essa ação ocorria de forma permanente. Então, o grupo entendeu que o principal serviço ofertado na UBS era o “acolhimento”:

Pesquisador: Então, é... a gente pode resumir, hoje, dizendo que a equipe... ela oferece o acolhimento em todas essas etapas aqui... Na orientação, em qualquer momento; na visita; na vacina; na triagem; na administração e dispensação de medicamentos; na oferta de outros procedimentos, curativos, retirada de sondas e nos exames... . Podemos dizer isso?

P1: Sim!

P8: Podemos!

Pesquisador: Então, a gente pode dizer que... resumindo... vocês oferecem para a comunidade, ACOLHIMENTO?

P5: É isso que tá parecendo...

Pesquisador: Parece que sim?

P10: Sim!

P8: Com certeza!

O acolhimento deve ser uma prática presente em todas as relações de cuidado entre trabalhadores de saúde e usuário (Brasil, 2013). Embora definido como a recepção do usuário no serviço de saúde, o acolhimento é também uma ação que compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída; a escuta qualificada de suas queixas e angústias; a inserção dos limites necessários, se for preciso; e a garantia de atenção integral, resolutiva e responsável com articulação doutros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (Brasil, 2010; Garuzi et al., 2014).

O acolhimento foi considerado pela equipe como base fundamental da atividade da ESF, uma unidade. Alguns autores (Davydov, 1990; Engeström, Nummijoki, e Sannino, 2012) sugerem uma investigação da atividade baseada em uma unidade, e não em elementos. Que represente a menor e mais simples unidade inicial de uma totalidade complexa, que carrega a contradição fundamental desse todo, onipresente, ou seja, tão comum que, muitas vezes, é tida como certa e

passa despercebida; e que abre uma perspectiva para múltiplas aplicações, extensões e desenvolvimentos futuros. Ela é a célula germinativa.

A produção e discussão do MRA *cardápio* permitiu identificar as ações da ESF e contribuiu para identificar a essência dessa atividade, a célula germinativa. Mesmo tida como certa e, ao mesmo tempo, despercebida (“parece que sim”) no diálogo anterior, o acolhimento é a forma geral de como são realizadas as ações da equipe.

O acolhimento consegue promover o vínculo entre profissionais e usuários, auxiliar na universalização do acesso, fortalecer o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualificar a assistência, humanizar as práticas e estimular ações de combate ao preconceito (Garuzi et al., 2014). Porém, alguns princípios são necessários para que esse acolhimento consiga organizar o serviço de saúde centrado no usuário: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o acesso universal; 2) reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e nas demandas de saúde do usuário; e 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (Franco, Bueno e Mehry, 1999).

Na equipe estudada, há dificuldades que interferem no acolhimento junto ao usuário:

P3: Aqui, nossa UBS... nossa UBS oferece muita coisa, mas também não é perfeita! Não tá tendo... não tem... não tá tendo dentista, a gente tá sem material pra curativo, tá sem material pra ponto, pra retirada de pontos. Mas, assim, no que a gente pode, a gente acolhe todo mundo que chega, né?!

Os problemas de recursos humanos e materiais no município vem dificultando a atividade nas UBSs. Além da estrutura física, a demanda excessiva, a precariedade da rede de referência, a visão médico-centrada e a vulnerabilidade da população dificultam as relações mútuas entre os sujeitos (Lopes et al., 2015). Isso pode comprometer o acolhimento, pois dificulta o vínculo, prejudica o trabalho colaborativo e contribui para não se focar no usuário.

Mesmo com esse impasse, os usuários parecem ainda preferirem serem acolhidos naquele local:

P3: É exatamente por causa desse acolhimento que no [nome da UBS] aqui é lotado! Porque tem posto por aí, chega... lá tem nada! – ‘Quando que tem?’ – ‘Não sei!’ Aí a gente vai explicar direitim, a gente tenta ajeitar do jeito que dá, aí: – ‘Não quero ir lá no [nome de outra UBS] não, quero me consultar agora é aqui!’ Eu digo: – ‘Moço, não pode se agendar não’. Mas as mulher são muito ignorante... – ‘Não quero não!’ É sempre assim!

O acolhimento e a produção de vínculos deve ser um projeto de todas as equipes de saúde do território (Schimith e Lima, 2004). O vínculo deve ser extensivo a todas as equipes de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos usuários.

3 O papel dos MRA no enriquecimento sócio-espáço-temporal da atividade de acolhimento

Utilizar o MRA *cardápio* proporcionou a (re)descoberta do acolhimento como essência da atividade. Isso exigiu a construção de novos instrumentos para esmiuçar essa atividade. O uso de instrumentalidades, representações que surgem na interação com novos objetos, ou seja, numa percepção melhorada sobre a atividade, auxiliam preencher lacunas na conceitualização da atividade e de seu objeto (Engeström et al., 2005).

Então, outro MRA foi proposto pelos pesquisadores ainda na quarta oficina: *fluxo de acolhimento*. Assim, os participantes discutiram, desenharam e apresentaram uma ideia inicial (Figura 2a).

Porém, o resultado pareceu ser insuficiente para entender algumas particularidades da atividade. Por exemplo, havia usuários que não possuíam ACS no seu território, portanto, chegavam diretamente à recepção, tendo percursos diferentes daqueles apresentados na Figura 2a. Logo, o pesquisador direcionou questões sobre alguns processos não representados:

Pesquisador: Nesse caso... porque, na fala do [Nome], ‘Tudo começa na área’ né?! Esse caso é um caso que foge dessa regra! Né isso?!

P1: Então já pode começar direto na UBS!

[...]

Pesquisador: Mas ainda tem esses desvios de rota.

P3: Essa é a regra e as outras são as exceções!

Pesquisador: É, as exceções não estão no papel...

[...]

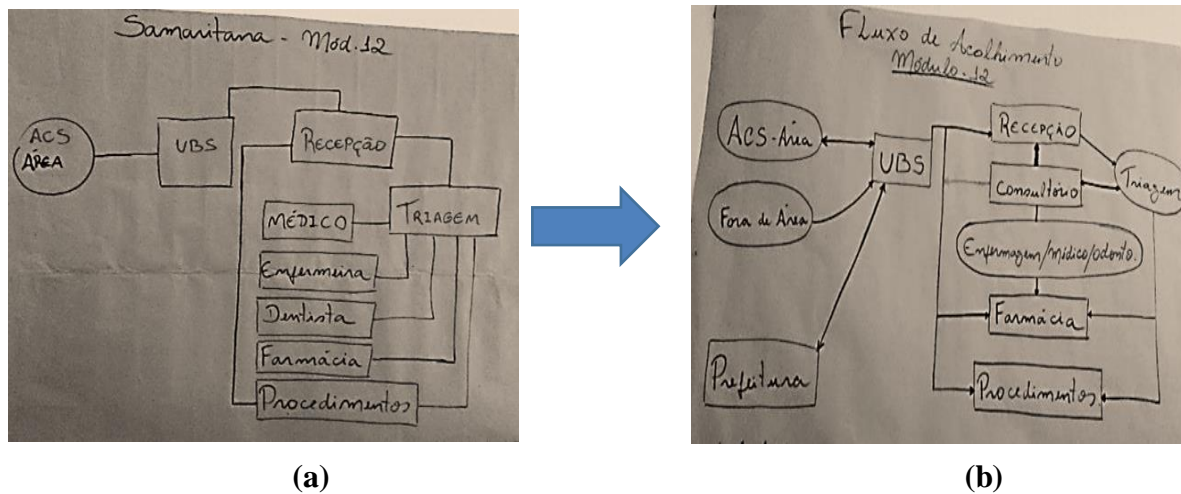
Pesquisador: Existe fluxo para essas exceções?

P1: Existe!

P3: Existe!

Então foi solicitado aos participantes a tarefa de registrar possíveis “desvios” que o usuário faz nesse fluxo. Na quinta oficina, discutiu-se sobre a rota real do usuário, produzindo um novo *fluxo* (Figura 2b).

Figura 2 - Fluxos *prescrito* (a) e *real* (b) de acolhimento da equipe de saúde



A diferença entre as duas representações está na percepção dos participantes sobre o próprio serviço. A primeira apoia-se na tarefa, ou seja, no trabalho prescrito da equipe de saúde naquela UBS. Este relaciona um conjunto de objetivos a serem perseguidos, os métodos, as normas técnicas, os protocolos e procedimentos, as ordens e instruções a seguir, a forma de divisão do trabalho, os prazos estabelecidos, assim como os meios técnicos e as condições socioeconômicas disponíveis. Já a segunda representação funda-se na atividade, ou seja, no trabalho real. Refere-se à adaptação do prescrito às situações reais de trabalho (Guerin et al, 2001).

É possível verificar que, no *fluxo real*, foram acrescentados novos setores, como o da “Prefeitura”; algumas setas tornaram-se bidirecionais e que há uma maior relação entre os setores da UBS. O produto final pareceu retratar melhor a atividade:

P1: Que que você achou [Nome], desse fluxo?

P2: Eu achei que ficou melhor do que o outro.

[risos]

P1: Pois é!

P2: Ficou mais explicado!

O MRA *fluxo* permitiu uma expansão socioespacial do objeto da atividade da equipe analisada. Trouxe a discussão sobre o itinerário terapêutico (IT) da UBS, ou seja, os caminhos percorridos pelos usuários na tentativa de solucionar seus problemas de saúde (Gerhardt, 2006). No entanto, diferentes trajetórias podem ser escolhidas pelo usuário, pois o itinerário não é um plano de ação prévio da pessoa adoecida. Ele pode ser desenvolvido, modificado e até mesmo abandonado durante o curso da doença. Além disso, o IT também não obedece a esquemas e fluxos pré-determinados pela sociedade, como protocolos de atendimento dos serviços de saúde (Muhl, 2020).

Apresentado o novo MRA, foi solicitado aos participantes a tarefa de observar e identificar os problemas nesse *fluxo de acolhimento*. O objetivo era discutir dificuldades, em quais setores ocorriam e soluções apropriadas.

Houve atraso para iniciar o sexto e último encontro em virtude da demanda de ações na UBS naquele dia e de pautas adicionais para a reunião da equipe anterior à oficina. Percebendo-se a necessidade de se discutir a dimensão temporal da atividade, os pesquisadores orientaram o debate com o seguinte questionamento: como os serviços ofertados são distribuídos na semana?

Após o debate, foi produzido outro MRA: *a agenda semanal* (Figura 3). Essa representação espelha a organização diária das ações na UBS.

Figura 3 - Agenda de serviços oferecidos pela equipe de saúde

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
* TRIAGEM	* TRIAGEM	* TRIAGEM	* TRIAGEM	* TRIAGEM
* HIPERTENSÃO	* Vacina Doméstica	* Pré-Natal	* Papa Nicolau	* TESTE TO Ponto
* Vacinas	* Vacinas	* Vacinas	* Poda Cultural	* TESTES RÁPIDOS
* Procedimentos	* Procedimentos	* Procedimentos	* Vacinas	* SOROLOGIA
* Demanda Esporádica	* Marcação de consultas	* Demanda esporádica	* Procedimentos	* CONSULTAS (Gest)
* Dem. Medicção	* Demanda Esporádica	* Consulta Médica (Gest)	* Demanda esporádica	* REVISÃO DE EQUIPE
* Venda ACS	* Dem. Medicção	* Dem. Medicção	* Dem. Medicção	* Procedimentos
	Temp. Acompanhamento Bolsa Família	* Dem. Medicção	Temp. Plantão Psicológico	* PSE - Saúde na Escola
	Temp. Plantão Psicológico	* Venda ACS	* Venda ACS	* Dem. Medicção
	* Venda ACS			* Venda ACS

* Triagem = Ponto, Medidas, Pressão Arterial, Glicemia
 * Hipertensão = Atendimento aos hipertensos e diabéticos
 * Procedimentos: Atividade de ponta curativa, diagnóstico, prevenção
 * Temp. Acompanhamento Bolsa Família

O ajuste da *agenda* é rotina entre os participantes. O arranjo do trabalho clínico na UBS passa por uma elaboração conjunta dos compromissos de seus profissionais e exige que a equipe precise combinar suas atividades. Precisa-se acertar sobre o que fazer, como fazer, com que frequência fazer (Pinto e Coelho, 2010). O diálogo mostra uma autoavaliação da *agenda*:

P5: Com relação aos testes rápidos, [nome], que tá sendo feito na sexta-feira... Como é que você avalia... esse procedimento sendo feito na sexta-feira? Que tá sendo feito aqui: teste rápido de hepatite B, hepatite C, sífilis e HIV... mais o teste do pezinho. A gente concentrou pra fazer esses testes na sexta... porque na sexta, a gente não abre vacina, pra fazer isso. Como é que você tá avaliando?

P4: É... eu tô achando bem mais proveitoso! Porque fica melhor pra mim e pra [Nome]. Porque, enquanto ela fica aqui nas pressões, a triagem sua e do médico, eu fico fazendo os testes rápidos na [sala da] vacina. Até porque é um espaço melhor, porque não tem outro lugar pra fazer e nem tempo.

A organização dessa *agenda* deve ser dinâmica e não estanque. Precisa ser revista periodicamente de acordo com o estágio em que se encontra a equipe e a população por ela assistida (Pinto e Coelho, 2010). Normalmente, a programação e implementação das ações em saúde vão de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência (Brasil, 2017).

A equipe deve tratar a *agenda* como uma proposta, como uma oferta que deverá ser negociada e pactuada com os usuários e a gestão. Dessa forma, deixa de ser uma agenda da equipe, passando também a ser uma agenda da comunidade e da gestão, o que lhe confere maior legitimidade (Pinto e Coelho, 2010).

Ainda é importante que a construção dessa agenda se dê em um espaço democrático e com tempo hábil para o mesmo. A disponibilidade do tempo de trabalho na discussão coletiva e democrática sobre a instituição é compreendida como muito produtiva para a organização (Campos, 2013) e central para a organização das atividades.

Isso não parece ocorrer na equipe analisada: as reuniões têm frequência semanal, porém atrasam, são interrompidas e o tempo para discussão é bastante reduzido. A reunião de equipe passa a ser considerada um espaço estratégico para a organização do processo de trabalho por ser

realizada frequentemente, juntar trabalhadores que executam as práticas em um mesmo espaço coletivo potencial e possibilitar o planejamento das ações interdisciplinares (Pinto e Coelho, 2010).

A reunião de equipe passa a ser considerada um espaço estratégico para a organização do processo de trabalho por ser realizada frequentemente, juntar trabalhadores que executam as práticas em um mesmo espaço coletivo potencial e possibilitar o planejamento das ações interdisciplinares (Santos et al., 2017).

Assim, o MRA *agenda* permitiu uma maior compreensão sobre a dimensão temporal das ações da ESF e de problemas na sua organização. Fez perceber que as numerosas ações na semana demandam trabalho intenso e, conseqüentemente, reduz o tempo para a reunião de equipe.

Considerações Finais

Este estudo mostra como uma intervenção inspirada na ACT e LM possibilitou aos participantes, profissionais de saúde da AB, descobrirem aspectos-chave de sua atividade. Entenderam haver um trabalho integrado e colaborativo na equipe e centrado no usuário. A atividade é composta por diversas ações, especialmente, a orientação e o acolhimento.

A ideia de construção dos MRAs (*cardápio, fluxo e agenda*) pelos pesquisadores envolveu os participantes nos encontros e garantiu maior conhecimento sobre seu próprio trabalho. Eles permitiram acessar conceitos completos, como o de acolhimento. Inicialmente percebido como “atender” e “consultar”, reconheceram o “acolher” como parte fundamental de todas as suas ações.

Além disso, expandiram a forma de entender a atividade, nas dimensões sócio-espacial e temporal (Engestrom, Puonti e Seppänen, 2003). Compreenderam sobre o IT local e discutiram como a organização da agenda influencia no aumento da demanda e na redução do tempo para a reunião de equipe.

Foi evidenciado que o uso de ciclos de estímulos (tarefa-pergunta-produto) incentivou os participantes nessa expansão. A tarefa produziu a primeira provocação, o questionamento impulsionou o debate dos diferentes pontos de vista, e o produto expandiu a atividade. Todo esse processo resultou em um melhor autoconhecimento e aprendizado dos participantes.

Entre as limitações práticas da pesquisa, temos as interrupções durante as reuniões que atrasaram o processo. Portanto, sugerimos a garantia de tempo suficiente nas oficinas, proporcionando discussão aprofundada, encadeamento das atividades propostas e avanço do debate em menos tempo.

<p>Informações do artigo</p> <p>Contribuições dos autores Concepção do estudo: JLCB, MAPQ, RAGV Curadoria dos dados: JLCB Coleta dos dados: JLCB Análise dos dados: JLCB, MAPQ, RAGV Redação (manuscrito original): JLCB Redação (revisão e edição): JLCB, MAPQ, RAGV</p> <p>Financiamento Não se aplica</p> <p>Conflito de interesses Os autores declaram não haver conflito de interesses</p> <p>Aspectos éticos A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), conforme parecer n. 3.894.835, CAAE 26485919.6.0000.5421, em 03 de março de 2020, e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde local.</p> <p>Apresentação prévia Este artigo é resultante da tese de doutorado de Jairon Leite Chaves Bezerra, intitulada “Intervenção Formativa na pesquisa e desenvolvimento em Saúde do Trabalhador da Atenção Básica”, a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em agosto de 2022.</p>
--

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 set 2020.

FACCHINI, Luiz A.; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 22 ago 2020.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017. DOI: 0.1590/0102-311X00037316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>. Acesso em: 15 set 2020.

MACIEL, Regina H. M. T.; SANTOS, João B. F.; RODRIGUES, Rosana L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015. DOI: 10.1590/0303-7657000078613. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000078613>. Acesso em: 11 set 2018.

GUÉRIN, Frances *et al.* *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgar Blucher, 2001.

SANTOS, Danilo M. A. *et al.* Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na Atenção Primária à Saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica 2012-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saude*, Brasília, v. 30, n. 1, e2020425, 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000100012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100012>. Acesso em: 1 jul 2019.

BEZERRA, Merielly M.; MEDEIROS, Katia R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 188-202, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S213>. Acesso em: 5 jul 2019.

FLUMIAN, Raqueli B.; FIORONI, Luciana N. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Tempus*, actas de saude coletiva, Brasília, v. 11, n. 2, p. 179-198, 2018. DOI: 10.18569/tempus.v11i2.2026. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2026>. Acesso em: 5 ago 2019.

FONTANA, Rosane T.; LAUTERT, Liana. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 06, p. 1306-1313, nov./dez. 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.3105.2368. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601306&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 set 2017.

CORDEIRO Luciana; SOARES, Cassia. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152011.10332014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3bsyRTwSwkF9sfq3RJs6jWF/?lang=pt>. Acesso em: 5 out 2019.

OSÓRIO, Cláudia; MACHADO, Jorge M. H.; MINAYO-GOMEZ, Carlos. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 517-524, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000200018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6vVRnmq7THwNCDzTqTKrNfJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out 2020.

ENGESTRÖM, Yrjo *et al.* The change laboratory as a tool for transforming work. *Lifelong Learning in Europe*, v. 1, n. 2, p. 10-17, 1996. Disponível em: http://gerrystahl.net/teaching/spring09/782readings/Engestrom_Change_Lab.pdf. Acesso em: 9 set 2017.

VIRKKUNEN, Jaakko; NEWNHAM, Denise S. *O Laboratório de Mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação*. Belo Horizonte: Fabrefactum editora; 2015.

FERREIRA, Leda L. Análise Coletiva do Trabalho: quer ver? Escuta. *Revista Ciências do Trabalho*, n. 4, p. 125-35, 2015. Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/60>. Acesso em: 25 jun 2019.

VYGOTSKY, Lev S. *Mind and society: The development of higher mental processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

ENGESTRÖM, Yrjo; PUONTI, Anne; SEPPÄNEN, Laura. Spatial and temporal expansion of the object as a challenge for reorganizing work. In: NICOLINI, Davide; GHERARDI, Silvia; YANOW, Dvora (editors). *Knowing in organizations: a practice based approach*. Armonk: M.E. Sharpe, 2003. p. 151-186.

D'AMOUR, D *et al.* The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*; v. 19, n. Suppl 1, p. 116-31, 2005. DOI: 10.1080/13561820500082529. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096150>. Acesso em: 1 mai 2021

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloise M. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*, v. 22, n. supl.2, p. 1525-34, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 abr 2021.

PINTO, Carlos A. G.; COELHO, Ivan B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In CAMPOS, Gastão W. S; GUERRERO, André V. P. *Manual de práticas da atenção básica saúde ampliada e compartilhada*. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 323-345.

SANTOS, R R *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-9, jan.-mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15144>. Acesso em: 02 mai 2021.

SOUZA, Thaise H.; ZEFERINO, Maria T.; FERMO, Vivian C. Recepção: ponto estratégico para o acesso do usuário ao sistema único de saúde. *Texto e Contexto - Enfermagem*, v. 25, n. 3, p. 1-8, 2016. DOI: 10.1590/0104-07072016004440015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/BDRcC7YW5hdgrBzY9SmQjwk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mai 2021.

BARBOSA, Maria I. S.; BOSI, Maria L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: revista de saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. DOI: 10.1590/S0103-73312017000400008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/48VFbgfLbRSh9tGJ7BzDSZq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mai 2021.

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços- tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 4 fev 2020.

LOPES, Adriana S. *et al.* O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, jan.-mar. 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151040563. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKxQnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mai 2021.

AGRELI, Heoise F.; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface: comunicação, saúde e educação*. v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622015.0511. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 2 jun 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 23 jun 2019.

GREENO, James G. Concepts in Activities and Discourses. *Mind, Culture, and Activity*, v. 19, n. 3, p. 310-313, 2012. DOI: 10.1080/10749039.2012.691934. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10749039.2012.691934>. Acesso em: 8 jun 2021.

ENGESTRÖM, Yrjo *et al.* Expansive learning as collaborative concept formation at work. In: YAMAZUMI, Katsuhiko; ENGESTRÖM, Yrjo; DANIELS, Harry (editors), *New learning challenges: going beyond the industrial age system of school and work*. Osaka: Kansai University Press, 2005. p. 47-77.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 12 jun 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 12 jun 2021.

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, n. 2, p. 144–9, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149>. Acesso em: 13 jun 2021.

DAVYDOV, Vasily V. *Types of generalization in instruction: logical and psychological problems in the structuring of school curricula*. Reston: National Council of Teachers of Mathematics, 1990.

ENGESTROM Yrjo; NUMMIJOKI, Jaana; SANNINO, Annalisa. Embodied Germ Cell at Work: Building an Expansive Concept of Physical Mobility in Home Care. *Mind, Culture, and Activity*, v. 19, n. 3, p. 287-309, 2012. DOI: 10.1080/10749039.2012.688177. Disponível em: http://lchc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2013_06.dir/pdfdhqp9RzNpP.pdf. Acesso em: 22 jun 2021.

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. DOI: 10.1590/S0102-311X1999000200019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VRpYptVLKFZpcGFbY5MfS7m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 jun 2021.

SCHIMITH, Maria D.; LIMA, Maria A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000600005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YHdQGKN8ZgSfYqCfMQCLZVr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jun 2021.

GERHARDT, Tatiana E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. DOI: 10.1590/S0102-311X2006001100019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z8TcbYpB7ZcCN7cqHwWpGZJ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 jul 2021.

MUHL, Camila. O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: pontos de inflexão. *Revista do Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity*, Belém, v. 12, n. 3, p. 198-216, set.-dez. 2020. DOI: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v12n3/a13.pdf>. Acesso em: 02 jul 2021.

CAMPOS, Gastão W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

SANTOS, Elitiele O. *et al.* Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*; v. 9, n. 3, p. 606-613, jul.-set. 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5564/pdf_1. Acesso em: 10 jul 2021.

4.3 COMPREENDENDO AS CAUSAS E A HISTÓRIA DE DISTÚRBIOS NA ATIVIDADE DE CUIDADO EM SAÚDE DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com as normas da pós-graduação, esse artigo foi elaborado para revisão da Banca Examinadora, e, portanto, não foi submetido a nenhum periódico científico, conferindo requisito para depósito da Tese.

Compreendendo as causas e a história de distúrbios na atividade de cuidado em saúde da Estratégia Saúde da Família

Jairon Leite Chaves Bezerra¹

Rodolfo Andrade de Gouveia Vilela²

Marco Antonio Pereira Querol²

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

² Doutor Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP)

Resumo

Aspectos históricos podem contribuir para uma melhor compreensão dos problemas na atividade de cuidado em saúde na AB, e, ao mesmo tempo, ser base para mudanças. Este estudo mostra como uma intervenção formativa revela principais distúrbios dessa atividade e analisa suas causas históricas. Produziram-se espaços de encontro com trabalhadores de uma Estratégia Saúde da Família. Entre as estratégias de pesquisa, usou-se o Diário de Perturbações e o quadro analisador, inicialmente. Em um segundo momento, produziu-se a linha do tempo. Todos os encontros foram audiogravados, e as manifestações discursivas que representassem os distúrbios e os trechos de fala que forneciam explicações sobre eles foram extraídos. A sobrecarga e a ameaça de usuários foram os principais distúrbios. Falta de insumos, ausência de equipes completas, rede insuficiente, sentimentos de compaixão, alta rotatividade foram as causas iniciais para os problemas. Isso traz insatisfação dos usuários e ameaças aos trabalhadores de saúde. No segundo momento, verificamos que a mudança da sede da UBS para o centro do território atendido, a construção de quadra esportiva ao lado da unidade, o “remapeamento” de profissionais de saúde no território e as novas práticas da gestão contribuíram para o aumento da demanda. Ao final, entendemos que o sentimento de desvalorização contribuía com a rotatividade do setor, gerava maior sobrecarga e aumentava a insatisfação dos usuários, reiniciando o círculo vicioso. Percebeu-se, então, o desenvolvimento de desequilíbrios entre as ofertas de serviços da Atenção Básica e as demandas de saúde da população.

Palavras-chave: Distúrbios, Problemas históricos, Atenção básica, Intervenção formativa.

Abstract

Historical aspects can contribute to a better understanding of the problems in the activity of health care in AB, and, at the same time, be the basis for changes. This study shows how a formative intervention reveals the main disorders of this activity and analyzes its historical causes. Meeting spaces were produced with workers of a Family Health Strategy. Among the research strategies, the Diary of Disturbances and the analysis chart were used initially. In a second moment, the timeline was produced. All meetings were audio-recorded, and the discursive manifestations that represented the disturbances and the speech excerpts that provided explanations about them were extracted. Overload and the threat of users were the main disturbances. Lack of inputs, absence of complete health teams, insufficient health network, feelings of compassion, high turnover were the initial causes for the problems. This brings user dissatisfaction and threats to health workers. In the second moment, we verified that the change of the UBS headquarters to the center of the territory served, the construction of a sports court next to the unit, the “remapping” of health professionals in the territory and the new management practices contributed to the increase in the demand. In the end, we understood that the feeling of devaluation contributed to the turnover of the sector, generated greater overload and increased user dissatisfaction, restarting the vicious circle. It was noticed, then, the development of imbalances between the offers of Primary Care services and the health demands of the population.

Keywords: Disorders, Historical problems, Primary care, Training intervention.

Introdução

A Atenção Básica (AB) teve importantes avanços na história do Sistema Único de Saúde (SUS) do país¹. Ela foi se desenvolvendo de maneira desigual nos municípios brasileiros, com variados modos de estruturação e elaboração do serviço, resultando em uma oferta diversificada de ações de saúde. Atualmente, há uma urgência de aperfeiçoamento dessas práticas de cuidado, de maior qualificação de ações preventivas, bem como de ampliação de oferta de procedimentos para atender às diferentes necessidades de saúde nas regiões brasileiras².

Essa realidade pode estar relacionada aos problemas de estrutura que ainda persistem na AB¹. Até 2012, mais de 95% das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), local onde a equipe oferta a maior parte das suas ações em saúde, não havia atingido padrões de *referência* de estrutura, ou seja, não possuíam condições elementares para funcionamento e prestação do escopo de ações previstas na AB³.

Apesar disso, aspectos da estrutura não podem ser vistos como os únicos responsáveis pelos problemas. Sozinhos, não garantem o desenvolvimento de um processo de trabalho com qualidade na AB⁴. Dificuldades envolvendo profissionais de saúde e gestores, suas relações, o que fazem, os espaços que atuam e como se organizam para essas ações seriam os principais *nós críticos*⁵. A organização do trabalho das equipes da AB parece ser um dos pontos centrais para maior qualidade das suas ações⁴.

Ao mesmo tempo que garante a qualidade, a organização e as condições de trabalho são determinantes de problemas de saúde de seus profissionais⁶. Aspectos da atividade em saúde na AB se associam com a ocorrência de transtornos mentais⁷ e predisõem maior adoecimento mental de seus trabalhadores⁸.

Tradicionalmente, os estudos em Saúde do Trabalhador (ST) na AB analisam quantitativamente o adoecimento no trabalho e seus determinantes através de questionários, escalas ou inquéritos. Eles fazem associações entre as causas e a ocorrência da doença, informações que são analisadas e discutidas pelos pesquisadores, buscando generalizações dessa realidade^{7,8,9}. Por essa razão, os trabalhadores envolvidos pouco se apropriam das questões do trabalho e do adoecimento, muitas vezes, sendo meros informantes no processo¹⁰.

Outras pesquisas no campo ST evidenciam propostas para intervir e melhorar a situação com maior envolvimento dos trabalhadores. Algumas experiências de promoção da saúde na AB^{11,12,13} propõem um espaço e, nele, realizam ações assistenciais e educativas, como forma de acolher as demandas e auxiliar no enfrentamento dos desafios da atividade em questão. Suas intervenções estão centradas no sujeito e na sua subjetividade e pouco orientadas a alguma mudança na organização e nas condições de trabalho.

Quando usam da pesquisa-ação, alguns estudos também criam esses espaços de discussão, guiados para uma aproximação das raízes dos problemas da atividade^{14,15}. Há maior envolvimento dos trabalhadores no processo de pesquisa e perspectivas de transformação no seu trabalho. No entanto, costumam envolver apenas uma categoria profissional e podem produzir mudanças de pequenas ações ou tarefas, frente a todo o contexto da atividade na AB.

Desenvolver o trabalho na AB exige um processo abrangente. Um método que envolva o comportamento dos indivíduos e os recursos disponíveis, além de ser integrado a um sistema de elementos da atividade que precisa ser compreendida tanto no seu estágio atual como historicamente¹⁶. Reconstruir o processo histórico da atividade é necessário para compreender seus problemas¹⁷. A intervenção formativa poderia então ser um caminho.

Dessa forma, este estudo mostra como uma intervenção formativa contribui na discussão dos principais problemas da atividade de uma equipe de saúde local na AB. Visa também responder à pergunta: como as ações dessa intervenção formativa podem auxiliar na identificação e análise de distúrbios na atividade de cuidado da AB e de suas causas históricas?

Método de desenvolvimento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de intervenção formativa¹⁸ em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do Nordeste Brasileiro. Anteriormente, foi realizada um estudo

focado na discussão dos processos de trabalho, com a aplicação da ferramenta Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade.

Para este estudo, a intervenção baseou-se em encontros estruturados nas fases de questionamento e análise da situação (empírica atual e histórica) do Laboratório de Mudanças^{16,19}. No questionamento, pretende-se criticar ou rejeitar alguns aspectos de prática, de algo já estabelecido entre os participantes. Já na análise, o propósito é descobrir origens e mecanismos explanatórios¹⁶.

Normalmente, o questionamento desencadeia e motiva a análise, mas a análise pode levar a questionamentos posteriores. Mediante a análise, os profissionais deixam para trás aqueles problemas que estão na superfície da atividade atual e chegam a uma representação concisa de suas causas sistêmicas subjacentes como contradições históricas na estrutura do sistema da atividade (SA)¹⁶.

As ações de análise compreendem tanto a análise histórica quanto a análise empírica atual da prática corrente. As contradições internas no SA não podem ser observadas diretamente, mas se tornam conhecidas somente por meio de uma análise histórica das mudanças na estrutura da atividade e de uma análise empírica atual acerca de suas manifestações nas ações cotidianas dos profissionais e de sua coordenação¹⁶.

As ações de pesquisa que compreenderam o questionamento e a análise da situação foram distribuídas em seis encontros, conforme representado no Quadro 1, ocorrendo no próprio local de trabalho.

Quadro 1 - Organização dos encontros da intervenção formativa. Data, objetivos e ações mediadoras de cada encontro

Encontro / Data	Objetivo	Pergunta/Estímulo	Produção	Tarefa
1 18/10/19	Analisar informações sobre os problemas	Preencher o Diário de Perturbações	Relatos individuais	Investigar sobre as causas dos problemas discutidos
2 25/10/19	Identificar possíveis causas dos principais problemas	Por que temos esses problemas?	Elaborar quadro com principais problemas e analisá-los	Convidar informantes que ajudam a identificar as mudanças históricas que podem ter levado aos problemas
3 01/11/19	Discutir os eventos críticos que levaram aos problemas	Quais circunstâncias contribuíram para o problema atual?	Listar eventos críticos que contam a história do problema	Trazer fotografias de momentos relevantes na história da equipe que contribuíram para o problema
4 19/11/19	Construir a Linha do tempo da atividade local	Como os eventos críticos estão distribuídos no tempo?	Desenho da Linha do Tempo	Convidar pessoas que trabalhavam na equipe para identificar esses eventos e auxiliar na melhoria da linha do tempo
5 22/11/19	Enriquecer a Linha do tempo	Quais outros eventos históricos influenciam no problema atual?	Redesenho da Linha do tempo	Organizar reunião
6 20/12/19	Validar as informações obtidas	Resultados (quadro analisador e linha do tempo)	Discussão e validação consensual	-

Para análise dos dados, dividimos esta pesquisa em dois momentos: a de questionamento, referente ao 1º e 2º encontros; e a de análise da situação, aos demais (3º ao 6º). No primeiro, usamos o Diário de Perturbações^{16,20} e um quadro analisador de distúrbios. A estratégia era tornar visível a demanda.

O uso do diário auxilia o participante a recuperar qual a dificuldade vivenciada no cotidiano do trabalho e como ele agiu, além de identificar ideias de solução²⁰. Já com o quadro, buscou-se uma localização mais precisa de onde, como e quando ocorria o distúrbio. Utilizamos os “tópicos” produzidos nos Diários de Perturbações, como temas orientadores desta investigação.

No segundo momento, elaboramos uma linha do tempo como modelo teórico para discussão do caráter histórico dos distúrbios¹⁶. A intenção era recuperar eventos críticos que trouxessem contribuições para a formação dos distúrbios discutidos na forma atual da atividade. O uso de modelos auxilia a análise conjunta, a memória, a interpretação e a revisão da atividade e das ações que a complementam. Portanto, eles podem se tornar instrumentos de reflexão crítica e planejamento conjunto sobre a atividade²¹.

Para recuperar esses eventos da história da equipe, os participantes conjuntamente com os pesquisadores decidiram convidar trabalhadores que fizeram parte da equipe no passado. Para recordar certos períodos do desenvolvimento da atividade, pode-se convocar alguém que estivera envolvido com a atividade à época e para a mesma também apresentar suas memórias¹⁶.

Por último, fizemos uma validação das informações produzidas com todos os participantes. Utilizou-se de um ciclo de estímulos em cada encontro. No início, era realizado um primeiro estímulo através de uma pergunta e/ou de uma situação-problema discutida anteriormente. Após uma primeira discussão, o pesquisador apresentava um artefato neutro, ou seja, um instrumento teórico-conceitual para auxiliar na resolução da pergunta/problema¹⁶. E, após nova discussão e conclusão, era dada uma nova tarefa para a reunião seguinte. Isso se aproxima do método da Dupla Estimulação de Vygotsky²² incorporado pelo LM¹⁶.

1 Análise de dados e aspectos éticos

Obtivemos os dados a partir dos encontros que foram audiogravados, das anotações em diários de campo e do material produzido durante as reuniões (quadro analisador e linha do tempo). Após transcrição dos áudios, buscamos manifestações discursivas que representassem os distúrbios na atividade analisada. Foram extraídos também trechos de fala que forneciam análises e explicações para os problemas encontrados.

O estudo que gerou este artigo cumpriu a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo (CAAE: 26485919.6.0000.5421) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde local.

Resultados e Discussão

1 Identificando os principais distúrbios

Através da discussão envolvendo o Diário de Perturbações²⁰, os participantes debateram, inicialmente, sobre a falta de insumos, como medicamentos, vacinas e outros materiais utilizados em procedimentos de enfermagem, bem como as tentativas para que o problema fosse solucionado:

P1: [...] Vou colocar as vacinas [...] porque... na verdade, não veio todas.

*P3: A ideia é que a secretaria de saúde, ela compre, né... ela mantenha a quantidade de medicamentos solicitado pelo pedido. **Porque a gente faz o pedido. Só que a gente pede e ela nunca manda aquilo que a gente pede.***

É possível que essa dificuldade esteja relacionada à política de austeridade fiscal da emenda constitucional nº 95 de 2016, que limita os investimentos durante 20 anos^{23,24}. Nesse período (2019-2020), ocorria também um desabastecimento de vacinas a nível nacional.

Tradicionalmente, há falta de insumos na Atenção Básica, principalmente de vacinas e medicamentos²⁵ e é comum ter períodos de desabastecimento destes nas farmácias básicas municipais²⁶. Esses problemas estariam relacionados com os níveis de gestão, especialmente o da assistência farmacêutica.

Muitos tópicos discutidos com os diários se relacionavam com a sobrecarga de trabalho: “demanda que chega de fora do território”, “superlotação”, “correria”, “ACS 24h por dia”, “Fichas e mais fichas”, “UBS de referência? (Sobrecarga de função)”. Por exemplo, não havia tempo hábil dentro do horário de trabalho para realizar seu preenchimento das “fichas”. Então, usavam de horário extra para fazê-lo, o que contribuía com a sobrecarga.

No Brasil, a sobrecarga no ambiente da AB é comum^{7,8}. Há elevada demanda e a escassez de recursos na AB do município em questão²⁷.

Outro ponto discutido foram as ameaças sofridas durante o trabalho na AB. Os participantes declararam que um grupo de usuários ameaçavam a equipe deliberadamente para conseguir medicamentos, consultas, vacinas, aferição de pressão, entre outros procedimentos. Afirmavam que eles tinham dificuldades para esperar pelo atendimento e seguir as regras locais:

*P2: [...] ‘Olha, eu não posso lhe entregar a amoxicilina.’ **Aí, ela começa a enlouquecer.** **Aí, ela diz assim: ‘Pois aqui, eu posso é tudo!’** Eu digo assim: ‘Você tem que falar com a enfermeira e*

com o médico'. 'Pois eu vou falar! Aqui, eu posso é tudo! E ai dela, se ela não me der!' É desse jeito, a ameaça... 'E ai dela, se ela não me der!'

A violência no ambiente de trabalho da AB é prevalente²⁸. Isso já havia sido observado no município²⁷ e gerava medo e insegurança da equipe quanto à utilização de medicamentos pelos usuários.

Havia uso indiscriminado de remédios, no entanto o problema da violência não ocorria só na farmácia da UBS. Todos os participantes relataram dificuldades na sua prática profissional com uma família específica de usuários. Apesar de existir outros casos, havia recorrência do problema com esse grupo. Informaram ainda que a “família-problema” estava relacionada com o pedido de transferência de alguns membros da equipe de saúde.

P7: Inclusive já aconteceu com uma atendente, com um médico daqui... que já chegou a sair... por ameaças! Eu também já daquela vez, né?! Por ameaças também... e principalmente, né?! Não ter acesso ao médico, não faz nada aqui... . A gente tem uma família bem complicada... [...]

P2: A nossa família problema é a da área da [Nome da ACS 3] da família da [Nome], que é a confusão... o médico só saiu por causa dele... a confusão só por causa deles todos. [...] a mesma família já botou o doutor pra correr, que é ameaça viu?!

Além desse grupo, outros usuários buscavam a equipe dos participantes para resolver de forma imediata suas questões. Eram aqueles que não tinham suas demandas de saúde atendidas nas outras UBSs do município. O problema é que, muitas vezes, também transgrediam as regras locais, sem esperar, nem buscar entender o funcionamento daquela UBS, tentando uma resolutividade instantânea.

2 Analisando colaborativamente as causas dos principais distúrbios

Após apontarmos os distúrbios, discutimos aqueles com possibilidades de intervenção, ou seja, com maior capacidade de resolução pelos envolvidos. Os participantes escolheram explorar duas temáticas: sobrecarga e ameaças. Inicialmente, os problemas foram relacionados à quantidade reduzida de profissionais de saúde nos setores dessa UBS. Um dos participantes associou a alta demanda com a falta desses trabalhadores:

*P1: O problema da superlotação nesses setores é porque eu tenho que aferir pelo menos uma quantidade boa de P.A. [pressão arterial] pro médico ficar atendendo, enquanto eu faço um curativo, enquanto eu faço a nebulização, enquanto eu vou na farmácia, entendeu?! O problema é... eu acho que... falta, tipo assim... funcionário pros setores, **porque é muito setor para uma pessoa só!***

As equipes incompletas são características comuns no contexto da AB²⁹. O fato de não possuírem profissionais de saúde contribui para que seus usuários sejam encaminhados para

outras unidades de saúde, buscando acolhimento. Quando não há acesso a serviços de saúde de um setor, os usuários buscam outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)³⁰.

A falta de trabalhadores de saúde e também de insumos em outras UBSs do município é uma constante, dificultando o acesso aos serviços e ações ofertadas. No entanto, a equipe dos participantes frequentemente recebem e acolhem todos os usuários que chegam. Este fato traduz em aumento da sobrecarga local, conforme relatado pelos participantes:

P3: A gente vai num posto [UBS] tal, não tem mamografia, não tem PCCU [exame papanicolau], não tem vacina, não tem curativo, não tem retirada de pontos...

P7: Não tem médico!

P3: ...não tem médico, não tem enfermeira, pra começar um pré-natal, não tem...

P7: E tem vários de lá encaminhado pra cá!

P3: É um daquele problema, né?! Que diminui a nossa qualidade aqui, que superlota o nosso trabalho aqui. Porque você ganha a mesma coisa e aí você trabalha por três equipes...

P7: A sensação que eu tenho é que a gente trabalha por todos esses postos de [nome do município]!

A falha no acesso e no acolhimento da RAS é um dos principais fatores que levam a aumento da demanda, contribuindo também com a sobrecarga. É o que ocorre com a equipe dos participantes e isso pode levar à relações tensas entre os trabalhadores dos diversos dispositivos de saúde da RAS. Dessa forma, a RAS local revela-se como uma “Rede da Ira”, podendo apresentar dificuldades de relacionamento entre as equipes de saúde da rede e de acolhimento com o usuário encaminhado.

Esses usuários, por sua vez, não eram integralmente acolhidos pelas suas unidades de referência e sim, pela equipe dos participantes. Como não moram no território de atuação delimitado para a equipe de saúde local, eram denominados pelos participantes como “fora de área”.

Muitas vezes, alguns profissionais de saúde da AB mostram senso de solidariedade e compaixão em relação aos usuários³². Outros se utilizam da empatia, da compreensão da realidade do usuário, entre outros aspectos, para uma comunicação adequada e humanizada de notícias difíceis³³. A motivação para tentar resolver os problemas de saúde dos usuários “fora de área” se revertia em sobrecarga, conforme relatado:

P1: [...] já chegou muita gente que disse pra mim, que disse ‘Ah mais aqui, porque aqui é mais fácil!’ Todo mundo diz! ‘Aqui é mais fácil! À tarde, à tarde, nos outros postos não é assim não... eles não ajudam’ É desse jeito que eles falam...

P3: Olha, é até uma questão, né?!... essa fala ‘aqui é mais fácil!’ Aí, superlota! Porque, porque a gente tenta garantir o acesso.

“Facilitar” o acesso parece contribuir com a alta demanda. No entanto, há outras características instrínsecas à equipe de participantes que contribui acesso dos usuários “fora de área”, apoiados no sentimento de empatia e compaixão. Por exemplo, os ACSs da equipe explicavam a dificuldade em tentar resolver a jornada extra de trabalho, já que ficavam disponíveis virtualmente através dos grupos em aplicativos de mensagens instantâneas e presencialmente, em seu próprio endereço residencial. O fato de se transformar em “trabalhador 24h” é uma característica própria da situação de trabalho do ACS, pois mora no território, precisa cumprir um número de visitas periódicas e acaba disponível fora do seu horário de trabalho, na sua residência, na sua privacidade³².

Os participantes, então, exploram os motivos pelos quais facilitam o acesso:

P1: Eu particularmente fico me sentindo mal, se eu não ajudar. Eu! Eu fico me sentindo mal, se eu não ajudar...

P9: Na certa forma, sim!

P3: Esse [nome da ESF] só agrega essas pessoas que vivem se sentindo mal!

P1: Pois é, como aqui todo mundo sabe, a maioria da população é muito carente. E a gente fica assim... com aquele aperto de não ajudar!

P5: [...] É que o serviço faz com que a gente seja assim! Porque...

P4: Com a nossa humanização!

P5: É ... acolhimento, a humanização é, é... . Você... é a pessoa que não tem... como é que fala?

P4: O serviço é universal!

P5: Eu não posso fechar os olhos pra ajudar quem tá precisando... negligente na situação. Então, nós... quando a gente vem assumir o compromisso... . A gente já passa por oficinas, por treinamento, por palestras, pra que a gente já chegue com o coração mole!

P1: [Risos] A gente é moldado a isso no dia a dia...

No entanto, tais formas de agir, para se tentar resolver ou minimizar as dificuldades encontradas no trabalho, podem trazer mais cansaço e sobrecarga para os participantes. Isso configura uma fadiga por compaixão³⁴, resultado de um maior envolvimento do trabalhador para a resolução do problema de saúde do usuário. A fadiga também está relacionada com excesso de tarefas no trabalho da AB³⁵.

Tal situação também tem os desanimado. A desmotivação, inicialmente relacionada com a sobrecarga, foi percebida pelos participantes como resultado de uma somatória de problemas que levam à insatisfação. Isso também é uma constante em outros lugares no país³⁶, assim como tem levado à insatisfação dos usuários³⁰.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde somada à falta de insumos, conduz os usuários a uma insatisfação recorrente, quem, por sua vez, cobra das equipes uma urgência no atendimento. Como a escassez de recursos era em todo o município, os usuários procuravam ao menos um dispositivo onde era possível resolver seus problemas de saúde. Nessa busca, manifestava-se a insatisfação com o serviço:

*P1: Não só com o médico... como um todo! Porque agora, como a gente tava falando, tá escasso, tá escasso tudo! Material para curativo não recebi esse mês... . Medicação, as... as essenciais, eu não recebi esse mês... . Aí, a pessoa chega e pergunta: 'Tem medicação?' Aí eu digo... quando eu digo que não tem, 'Ave Maria! Não vem é nada, não sei o quê...'. Aí... teve até uma pessoa ...
P7: 'Podia fechar as portas!'*

P1: Foi! Disse assim: 'Se não tem nada, fecha!'

P4: Na área, não é muito diferente, não. Eu só tenho a informação. E a informação que eu levo é que não tem nada no posto!

A insatisfação dos usuários pode ser motivo da violência na forma como se relacionam com os profissionais da AB. Quando as necessidades do paciente não são atendidas, por muitas vezes, podem-se gerar episódios de violência no trabalho. A falta de resolutividade pode representar um fator que causa essas ameaças²⁸.

Alguns “pacientes nervosos”, insatisfeitos, não aceitam as informações dadas e intimidam os profissionais da equipe. Logo, o sentimento de medo e insegurança por parte dos participantes também é recorrente. O medo facilita a transgressão das regras, consentida pelos trabalhadores conforme relatado:

P3: Então, o paciente chega, é..., ele chega nervoso. Muitas vezes, ele fica alterado querendo medicamentos e, muitas vezes, ele quer até medicamentos que não foi receitado. Muitas vezes, ela não quer tomar aquilo que foi receitado e, muitas vezes, ele quer tomar o que ele já tem o hábito de tomar por conta própria, mesmo que não tenha sido passado.

*P2: Muitas das vezes, eu, com **medo** de arrumar confusão com eles, eu entrego [medicamento]!*

No entanto, os participantes tomam atitudes diferentes em cada situação problemática com o usuário. Algumas vezes, agem com compaixão e empatia pelo usuário, acolhendo seu sofrimento. Outras vezes, agem com medo e insegurança para evitar ou enfrentar as ameaças de alguns usuários. Estudo mostra que alguns profissionais da AB, em alguns momentos, identificam-se e demonstram empatia, compreensão e tendência de se colocar mais no lugar do outro, e, em outros momentos, distanciam-se daquelas pessoas mal educadas e que usam palavras de baixo calão, trazendo mais problemas dentro da unidade de saúde³².

No final, o ambiente de trabalho na AB vai tornando-se cada vez mais vulnerável para trabalhadores e usuários. Há profissionais desse setor que se viram abalados emocionalmente e fisicamente após agressões vivenciadas no cotidiano do trabalho, com desejos de isolamento, de afastamentos e de abandono do emprego³⁷. No caso analisado, os participantes relataram que houve transferência de profissionais da equipe para outras UBSs ou demais setores da rede de saúde local:

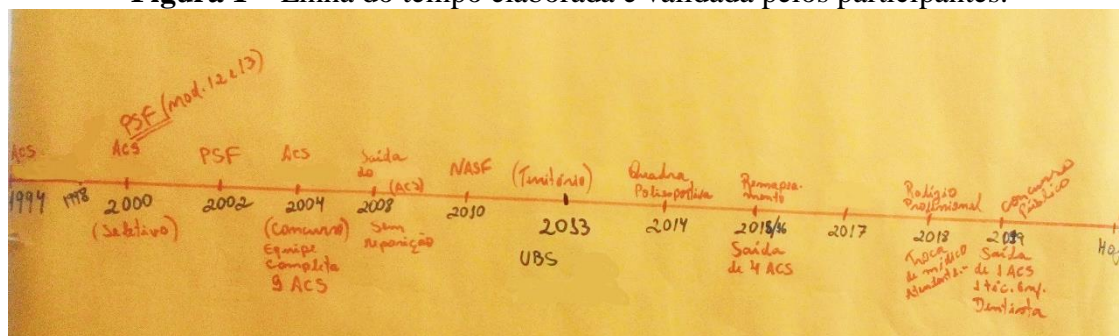
P5: Aqui teve uma epidemia que... todo mundo queria sair! Todo mundo pediu transferência! Foi a dentista... foi a [Nome da técnica de enfermagem]... foi a [Nome], ACS... foi o médico! Pô, tá saindo todo mundo!

Percebemos, então, um contexto desafiador do trabalho na AB, com diversos fatores para a sobrecarga e ameaças e suas consequências para os participantes da equipe estudada.

3 Analisando as causas históricas dos distúrbios

Na discussão inicial, os participantes listaram eventos na história da equipe que, de alguma forma, contribuíam com os distúrbios de “sobrecarga” e “ameaças”: (1) as saídas dos ACSs sem substituição pela gestão; (2) a construção da nova UBS e da quadra poliesportiva no centro do território; (3) o “remapeamento” do território; (4) a nova gestão municipal; (5) o rodízio de profissionais nessa gestão. Houveram também relatos de momentos importantes que estruturavam a equipe e o trabalho: seleções e concursos para profissionais da AB, implementação do Programa Saúde da Família (PSF) e os estágios acadêmicos na equipe. Esses eventos foram representados na Linha do Tempo da equipe (Figura 1).

Figura 1 – Linha do tempo elaborada e validada pelos participantes.



Os participantes informaram que os serviços em saúde da família iniciaram no ano de 1994, após seleção de profissionais para constituir um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), naquele território. O PACS tinha por objetivo reduzir a mortalidade materno-infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas³⁸. Nessa época, os ACSs visitavam e levavam informações de saúde para a comunidade.

No ano de 2000, com a chegada de mais ACSs e outros profissionais de saúde por processos seletivos, agruparam-se no “posto de saúde”, configurando-se uma nova equipe, a do Programa Saúde da Família (PSF). O trabalho que era mais isolado, individual e voltado para os mais vulneráveis, foi se tornando coletivo, integrado e centrado nas famílias.

Em 2004, houve um concurso que possibilitou a inserção de mais profissionais com vínculo estável e estruturando melhor as equipes de AB no município. Os participantes relataram ser o melhor período para se trabalhar:

*P11: Aqui... já teve muita coisa interessante aqui nessa unidade Por exemplo, a gente teve tempo de se falar A gente fazia vários procedimentos, mas a gente tinha tempo de se sentar, de tomar café, de falar do trabalho do outro, de falar da sala da vacina, de falar das coisas da [nome da enfermeira], de falar da área do [nome do ACS] e, querendo ou não, quando você tinha esse, esse... tempo... você fortalecia os vínculos entre si... que isso, dentro dessa equipe, que **isso é primordial para a gente funcionar bem.***

Ao longo dos anos, foram incorporando outros profissionais de saúde, através de concursos em 2010. Em 2013, com a inauguração de uma nova UBS, que ficaria centralizada ao território, passaram a constituir equipe de ESF. No ano seguinte, ganhavam uma quadra poliesportiva, anexa à UBS, para desenvolver suas atividades coletivas.

Essa mudança de endereço pareceu ser muito positiva para a equipe. Estavam mais próximos dos usuários a que estavam vinculados e possuíam agora uma melhor estrutura física da UBS para recebê-los. Entretanto, era natural que aumentasse a procura pelos serviços oferecidos pelos envolvidos:

P5: Pelo fato de estar dentro da área, as pessoas procuram demais, né?! Antes era longe...

Isso ocorreu devido a um investimento do município junto ao Programa Requalifica UBS, do Ministério da Saúde. Essa estratégia possibilita condições adequadas para o trabalho em saúde, a fim de garantir melhoria do acesso e da qualidade da AB. Envolve também ações que visam à informatização dos serviços e à qualificação da atenção à saúde desenvolvida pelos profissionais da equipe³⁹. Uma estrutura física de qualidade aliada a um ambiente acolhedor poderia proporcionar melhoria das práticas em saúde pelos participantes.

No entanto, a partir de 2015, alguns fatos trouxeram outras dificuldades. Houve um “remapeamento”, ação da gestão para reorganizar os territórios atendidos pelas equipes de ESF, bem como redistribuir os ACSs nessas equipes. O remapeamento trouxe um recadastramento do agente com base no endereço de sua residência. Isso durou cerca de dois anos, culminando com uma realocação de quatro ACSs para outras ESFs, representando uma perda para a equipe dos participantes. Além disso, trouxe transtornos para alguns usuários.

O problema é que não houve reposição desses profissionais. Essa situação já havia ocorrido no ano de 2008 com a saída de um ACS por motivos pessoais. Talvez essa reposição fosse difícil para a gestão, pois um dos critérios para contratação de ACSs é que morassem no território no qual pretendem atuar³². Dessa forma, a equipe ficou incompleta.

Em 2017, iniciava-se uma gestão municipal. Mesmo com outras estratégias para repor os recursos humanos, a falta do ACS não era resolvida. A ausência deles trazia maior demanda de tarefas para a UBS e para os demais agentes: aumenta-se a busca de informações sobre as campanhas, vacinas e consultas na recepção; e os outros ACSs também dividiam essas tarefas,

inclusive nas visitas domiciliares de usuários sem agente de referência. Este caso é relatado por um dos participantes:

P6: Aumenta também a responsabilidade do ACS [...]. Eu agendo visita aqui para a pessoa da área da [nome da ACS transferida]. Aí, lá se vai eu... fazer na minha área e na área da [nome da ACS transferida], a pessoa me pede informação me pede tudo! Aí, eu acabo atendendo a minha área e a área da [nome da ACS transferida]...

A figura do ACS é importante para a equipe dos participantes. Ele é o elo entre os usuários do território e a equipe da UBS. As informações por ele obtidas, contribuem para qualificação das ações de todos da ESF³² (CHUENGUE e FRANCO, 2019).

Outras problemas foram surgindo ao longo do tempo. A rotatividade, por exemplo, teve mais intensidade nos anos de 2018 e 2019. Nesse período, houve um rodízio intenso de profissionais pela AB, especialmente de médicos. Em 2019, quatro profissionais de categorias diferentes solicitaram transferência da ESF, inclusive um ACS. Os participantes relataram as mudanças na composição da equipe local e alguns motivos:

P1: A [Nome da atendente social atual] era ... a ... atendente social, aí, saiu... [...] Aí, saiu e entrou a [Nome de atendente social anterior]. Aí, a [Nome de atendente social anterior] saiu e entrou a [Nome da atendente social atual] de novo. Aí, a [Nome da atendente social atual], que tá aqui, já vai sair de novo!

P11: [...] eu não suportava mais a falta de tudo e como a qualidade do seu trabalho foi ficando ruim. Como hoje trabalhar dentro da área da Saúde da Família, como hoje trabalhar dentro da Atenção Básica ficou ruim... . Por quê? Porque você não tem suporte pra fazer... e muito cansada!

Nesse contexto, havia maior carência de trabalhadores, formando um círculo vicioso (Figura 2): uma vez que um profissional saía da equipe de ESF, reduzia-se a oferta de ações em saúde, aumentando-se as reclamações e ameaças por parte dos usuários, o que produzia sentimentos de desmotivação e desvalorização, motivando novamente a saída de outros trabalhadores. Esse sentimento está relacionado a não retenção de alguns profissionais de saúde na AB⁴⁰.

Figura 2 – Círculo vicioso dos distúrbios na equipe analisada



Fonte: Elaboração pelos autores

Por fim, temos um desequilíbrio entre oferta e demanda na AB junto ao contexto de vulnerabilidade para usuários e trabalhadores de saúde, com capacidade reduzida de resolver os problemas de saúde. Uma crítica recorrente é que essa capacidade é muito baixa, e isso decorre da ausência de acolhimento e da limitada oferta de procedimentos, diminuindo a possibilidade de resolução dos problemas na própria UBS².

Conclusões

A pesquisa de intervenção formativa contribuiu para a compreensão dos distúrbios no desenvolvimento da atividade de cuidado da ESF estudada. Os participantes identificaram seus principais distúrbios, suas causas e entenderam a influência dos aspectos históricos sobre os problemas atuais.

O uso do Diário de Perturbações e de um quadro analítico possibilitou identificar os principais distúrbios, analisar colaborativamente cada situação-problema e traçar as primeiras hipóteses sobre suas origens. O processo de elaboração da linha do tempo permitiu identificar quais e como os eventos na história da atividade daquela ESF contribuía para os problemas atuais.

Os principais distúrbios estavam na sobrecarga de trabalho e nas ameaças. Há um somatório de situações que levam aos problemas: equipe incompleta, excesso de tarefas, falta de insumos, acesso e acolhimento parcial do usuário pela RAS e insatisfação de usuários. Por sua vez, os participantes da equipe local sentiam medo e insegurança, facilitando o acesso a serviços, sobrecarregando-os novamente. Essa facilitação também decorria do sentimento de compaixão pelo usuário e de empatia.

Além de exaustos, os profissionais de saúde se sentem desvalorizados, desmotivados. Isso tem gerado a saída e transferência para outros lugares na rede de saúde, desfalcando ainda mais a

equipe. Diminui-se, assim, a capacidade de resolutividade, reduzindo a resposta aos problemas de saúde da população atendida.

A análise histórica dos problemas revelou eventos críticos importantes: construção de nova UBS, remapeamento na AB e novas formas de gestão. O deslocamento da equipe para o centro do território atendido deu visibilidade e facilitou o acesso dos usuários. O remapeamento representou perda de ACSs, sobrecarregando todos os outros trabalhadores. As atuais formas de gestão tem resolvido temporariamente e parcialmente os problemas. Percebeu-se, então, um círculo vicioso: a insatisfação dos usuários tem provocado demandas aos trabalhadores, que, muitas vezes desgastados e desmotivados, solicitam transferência, reduzindo-se as ofertas do serviço local, aumentando novamente a insatisfação dos usuários junto à equipe. Enfim, os desequilíbrios entre oferta e demanda no serviço de AB produzem uma retroalimentação no problema de sobrecarga e das ameaças.

Esses desequilíbrios podem ser melhor explicados com o conceito de contradições, As contradições podem ser entendidas como forças antagônicas dentro da atividade humana. Elas são a força motriz do desenvolvimento de um Sistema de Atividade. O processo de aprendizado nesta intervenção teve início com a compreensão da manifestação de problemas existentes, caminhando por um processo de análise das causas e contradições que dão origem aos seus respectivos distúrbios. Isso pode potencialmente e progressivamente auxiliar a equipe de ESF a buscar soluções para reprojeter a atividade de cuidado de modo a equacionar as contradições encontradas¹⁶.

Nesta intervenção formativa, destacamos também a multivocalidade atribuída na produção das informações sobre os distúrbios da atividade de cuidado da AB. A possibilidade e a presença de múltiplas perspectivas, vozes, experiências dos diferentes sujeitos sócio-históricos da atividade, ou seja, de diversas posições quanto à função, à hierarquia e ao tempo de serviço possibilitaram uma elaboração ampliada das causas dos problemas e dos aspectos históricos.

Entre os limites desta pesquisa, citamos a investigação em apenas uma ESF, a não participação de usuários e gestores nos encontros. Também, apontamos a rotatividade dos trabalhadores, que diminuía o envolvimento dos sujeitos da atividade analisada. Pesquisas futuras poderiam avaliar esses pontos.

Referencias

1. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018;42(spe1):208-223. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

2. Sousa ANA, Shimizu HE. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):e20200500. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0500>.
3. Bousquat A et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* 2017;33(8):e00037316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>.
4. Fontana KC, Lacerda JT, Machado PMO. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. *Saúde Debate* 2016;40(110):64-80. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>.
5. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis* 2021;31(1): e310106. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>.
6. Fernandes C, Pereira A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* 2016;50:24. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006129>.
7. Alcântara MA, Assunção AA. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte *Rev Bras Saude Ocup* 2016;41:e2. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000106014>.
8. Oliveira AMN, Araújo TM. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2018;16(1):243-262. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00100>.
9. Mello IAP, Cazola LHO, Rabacow FM, Nascimento DDG, Pícoli RP. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. *Trab. Educ. Saúde* 2020;18(2):e0024390. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00243>.
10. Hurtado SLB. Desenvolvimento de intervenções formativas para a aprendizagem expansiva: avanços, contribuições e desafios de um método de análise e prevenção de acidentes [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2020.
11. Silva DA, Rocha IMS, Silva RS, Penna CMM. Promoção e educação em saúde para trabalhadores de unidades básicas de saúde: relato de experiência. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2017; 6(2):153-160. <https://doi.org/10.18554/reas.v6i2.1837>.
12. Siqueira ABR, Ferreira CS, Veríssimo LP, Cecelotti AC, Santeiro TV, Oliveira M, et al. Oficinas grupais para promoção de saúde: experiência com trabalhadoras da atenção primária. *Vínculo* 2019;16(2):1-22. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p1-22>.
13. Oliveira MC, Santeiro TV, Ferreira CB, Sousa AA. Promoção de saúde de trabalhadores da Atenção Básica: relato de experiência extensionista. *Rev SPAGESP* 2020;21(2):139-153. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200011&lng=pt&nrm=iso.
14. Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na atenção primária em saúde: pesquisa-ação com agentes comunitários de saúde. *Cien Saude Colet* 2015;20(11):3581-88. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.10332014>.

15. Flumian RB, Fioroni LN. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Tempus* 2018;11(2):179-198. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i2.2026>.
16. Virkkunen Y, Newnham DS. O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2015. 424 p. (Série: Trabalho e Sociedade).
17. Pereira-Querol MA, Jackson Filho JM, Cassandre MP. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional. *RAEP* 2011;12(4): 609-640. <https://doi.org/10.13058/raep.2011.v12n4.143>.
18. Engeström Y. From design experiments to formative interventions. *Theory Psychol* 2011;21(5):598–628. <https://doi.org/10.1177/095935431141925>.
19. Engeström Y, Pihlaja J, Helle M, Virkkunen J, Poikela R. The change laboratory as a tool for transforming work. *Lifelong learning in Europe* 1996;1(2):10-17. [http://gerrystahl.net/teaching/spring09/782readings/Engestrom Change Lab.pdf](http://gerrystahl.net/teaching/spring09/782readings/Engestrom%20Change%20Lab.pdf).
20. Launis K, Schaupp M, Koli AK, Rauas-Huuhtanen S. *Muutospajaohjaajan opas* [A guidebook for the leader of a Change Workshop]. Helsinki: Tekes; 2010.
21. Engeström Y, Puonti A, Seppänen L. Spatial and temporal expansion of the object as a challenge for reorganizing work. In: Nicolini D, Gherardi S, Yanow D (editors). *Knowing in organizations: a practice based approach*. Armonk: M.E. Sharpe; 2003. p. 151-186.
22. Vygotsky LS. *Mind and society: The development of higher mental processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
23. Brasil. Emenda Constitucional no 95, 15 Dez 2016. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.
24. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate* 2019; 43(spe5):58-70. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>.
25. Lima CA, Moreira KS, Abreu MHNG, Vieira DMA, Manguiera SAL, Vieira MA, et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1900. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1900](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1900).
26. Gaede RPS, Mendonça SAM, Maduro LCS, Reis TM. Caracterização do acesso a medicamentos em um município de médio porte no leste do estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. APS* 2020;23(1):57-72. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.26167>.
27. Bezerra JLC. Fatores psicossociais desencadeantes de estresse no trabalho de agentes comunitários de Parnaíba/PI [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2015.
28. Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, Ampos L. Violência no trabalho em saúde da família: estudo de métodos mistos. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):632-41. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

29. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2018;71(supl1):704-709. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.
30. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(65):387-98. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0633>.
31. Silva-Macaia AA, Takahashi MAC, Maeda ST, Bezerra JLCB, Vilela RAG. Desafios no cuidado ao acidentado de trabalho no SUS: da “rede da ira” à construção compartilhada de uma linha de cuidados. In: Vilela RAG, Querol MAP, Beltran-Hurtado SL, Cerveny GCO, Lopes MGR. *Desenvolvimento colaborativo para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho: Laboratório de Mudança na saúde do trabalhador*. São Paulo: Exlibris; 2020. p. 233-270.
32. Chuengue APG, Franco TB. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. *Physis* 2018;28(4):e280423. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280423>.
33. Amorim CB, Barlem ELD, Mattos LM, et al. Comunicação de notícias difíceis na atenção básica. *Rev Fund Care Online.* 2021;13:34-40. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7138>.
34. Fabri NV, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, Moreira AAO, Haddad MCLF. Satisfação, fadiga por compaixão e fatores associados em enfermeiros da atenção básica. *Enfermería Global* 2021;20(64):302-312. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.457511>.
35. Scherer MDA, Oliveira NA, Pires DEP, Trindade LL, Gonçalves, ASR, Vieira M. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. *Trab. Educ. saúde.* 2016;14(Suppl1):89-104. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>.
36. Milanez TCM, Soratto J, Ferraz F, Vitali MM, Tomasi CD, Soratto MT et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. *Cad. Saúde Colet.* 2018;26(2):184-190. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800020246>.
37. Sturbelle ISA, Pai DD, Tavares JP, Trindade LL, Beck CLM, Matos VZ. Tipos de violência no trabalho em saúde da família, agressores, reações e problemas vivenciados. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(supl1):e20190055. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0055>.
38. Viana ALD, Poz MRD. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005;15(Supl):225-264. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>.
39. Brasil. Portaria no 2.206, 14 Set 2011. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011.html.
40. Soares C. Análise dos fatores de Atração e retenção de profissionais médicos da estratégia da saúde da família na região oeste de Minas Gerais. *APS* 2022;4(1)12-18. <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.233>.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta Tese apoiou-se em três perguntas. A primeira foi respondida com o artigo que discutiu as diversas abordagens em saúde do trabalhador, levantou os desafios de algumas pesquisas-intervenção na atenção básica e mostrou características das intervenções formativas frente ao tema. Essa abordagem pode contribuir com a investigação-intervenção de ST na AB, pois utiliza de métodos participativos e formativos, produzindo protagonismo e aprendizado dos participantes; permite uma análise profunda, sistemática e histórica da atividade; usa de ferramentas pedagógicas que estimulam a participação, o protagonismo e a agência transformativa; faz uso da mediação do pesquisador-facilitador, que provoca e sustenta o processo de transformação; e, por último, objetiva a mudança (ENGESTROM e SANNINO, 2016). Apesar de nesta Tese não alcançarmos a transformação das práticas, verificamos que a intervenção formativa é uma alternativa com potencial para a pesquisa e desenvolvimento em ST da AB. Não se espera também que ela seja a única alternativa para superar desafios de outros métodos e abordagens. Destacamos os avanços e barreiras das várias abordagens, uma vez que proporcionam uma maior aproximação do trabalhador, do trabalho e da interferência sobre a atividade e estimulam a pesquisa e desenvolvimento do campo ST.

A intervenção formativa na equipe de ESF com uso das Oficinas de Aprendizado sobre a Atividade (OAA) permitiu responder à segunda pergunta da Tese. Essa ferramenta metodológica inovadora possibilitou aos trabalhadores de saúde descobrirem aspectos-chaves da atividade de cuidado. Entenderam que há um trabalho integrado e colaborativo na equipe e centrado no usuário e que a atividade é composta por diversas ações, especialmente, a orientação e o acolhimento. Esta última é a célula germinal na atividade, ou seja, parte fundamental de todas as ações realizadas naquela ESF. O objeto da atividade de cuidado em saúde é temporal e sócio-espacialmente limitado a um único episódio contínuo ou encontro de presença física entre profissional de saúde e usuário (ENGESTRÖM, PUONTI e SEPPÄNEN, 2003). O uso dos modelos representativos da atividade (MRA) sobre esse encontro auxiliou na expansão do entendimento dos conceitos sobre o cuidado em saúde a nível local, em suas diversas dimensões. Acreditamos que compreender em profundidade as nuances que ocorrem na atividade analisada poderia auxiliar na resolução de alguns problemas que nela ocorre.

Para responder à terceira e última pergunta, fez-se o uso de instrumentos específicos de pesquisa de intervenção formativa, como o diário de perturbações, um quadro analítico e a elaboração da linha do tempo de forma colaborativa. Essas estratégias permitiram aos participantes identificar os principais distúrbios da atividade de cuidado na AB, analisar suas causas e entender a influência dos aspectos históricos sobre os problemas atuais. Eles

identificaram falta de insumos, sobrecarga no trabalho e ameaças de usuários no contexto da ESF. Entenderam que um somatório de situações levavam a esses problemas. Ações da gestão, dos próprios trabalhadores e dos usuários conduziam a um ambiente de vulnerabilidade e de violência. Sentimentos de medo e insegurança junto com o de empatia e compaixão traziam a uma exaustão e sensação de desvalorização. Isso contribuía com um círculo vicioso: os profissionais eram transferidos, aumentava a sobrecarga, diminuía a oferta de serviços, aumentava a insatisfação dos usuários e trabalhadores, renovando o ciclo.

Para quebrar esse círculo, seria necessário mudanças na organização e em elementos do sistema de atividade. Ao final do estudo, foi possível pactuar seguimento da intervenção formativa com finalidade de mudanças das práticas atuais baseadas na capacidade resolutiva e transformativa dessa equipe. Os resultados obtidos nos artigos apresentados nesta Tese podem contribuir no desenvolvimento de estratégias de pesquisa para identificar soluções, testá-las e implementá-las, considerando também a dinamicidade da atividade de cuidado da ESF e as constantes intervenções de seus atores (gestão, trabalhadores e usuários).

O dispositivo estudado representa a realidade brasileira, uma vez que suas características estão em concordância com aquelas encontradas nos demais estudos realizados no Brasil: a atividade de cuidado em saúde na AB apresenta dificuldades, gerando problemas de saúde do trabalhador e ineficácia de suas ações. Aspectos políticos, de gestão e organizacionais também estão relacionados a essas dificuldades e pode comprometer as intervenções que busquem um ambiente mais saudável.

A pesquisa realizada foi apropriada ao contexto local investigado e pode ser reproduzida e adaptada em outro caso da AB. As intervenções formativas oferecem uma estrutura (espaço de discussão, instrumentos de pesquisa, estratégias metodológicas) e o processo para mudança (ações de pesquisa, diálogo, elaboração de modelos, etc.). Cada intervenção deve ser singular, ou seja, ajustada ao contexto a ser estudado. O objeto da atividade analisada orienta o caminho.

Defendemos que o conhecimento sistêmico da atividade pelos participantes possa contribuir na superação das barreiras existentes no contexto da AB brasileira e, especialmente, da desmotivação dentro do ambiente de trabalho. Ao promover mais autoconhecimento sobre o próprio processo de trabalho e do seu sistema de atividade, há possibilidade de facilitar a transformação de práticas a nível local dentro da capacidade resolutiva dos trabalhadores da ESF.

Destacamos a importância dos princípios da teoria da atividade utilizados nesta intervenção formativa: a multivocalidade, a historicidade e os ciclos de transformação expansiva. A multivocalidade possibilitou a produção dos trechos de fala e diálogos usados nas análises, dadas as diversas visões da atividade e de seus distúrbios. Ao mesmo tempo, sistematizar o

excesso de informações foi um aspecto complexo para os pesquisadores. O uso de estratégias orientadas ao objeto do sistema da atividade contribuiu com o processo.

Quanto aos dados históricos, houve também uma dificuldade de sistematização. Entretanto, a questão dificultadora era na verdade o próprio contexto desafiador do trabalho naquela ESF. Uma multiplicidade de eventos e fatores contribuía de forma retroativa com os distúrbios encontrados. A historicidade fez perceber a complexidade da situação do trabalho na AB, a nível local.

O outro ponto é sobre os resultados que trazem aspectos da aprendizagem dos participantes. Nos dois últimos artigos apresentados na Tese, percebe-se uma compreensão mais elaborada sobre aspectos da atividade e dos problemas relacionados a ela. O primeiro processo de intervenção formativa garantiu uma expansão do conhecimento sobre a atividade de cuidado. Esse processo de autoconhecimento estimulou os participantes a continuar realizando suas ações de acolhimento no território e na UBS. Em outro momento de intervenção, os participantes entenderam sobre as várias nuances que envolvem os distúrbios da atividade. A compreensão sobre a profundidade e complexidade do problema levou a um debate dos efeitos negativos. Sentimentos de desmotivação e desvalorização podem interferir na capacidade resolutiva desses trabalhadores. Em geral, sentimentos de prazer e sofrimento são esperados no trabalho da AB (KATSURAYAMA et al., 2013; MAISSIAT et al., 2015). Equilibrá-los, tornando um ambiente mais saudável seria também uma proposta para futuras intervenções.

No estudo, o pesquisador também aprendeu. O campo de pesquisa orientou toda a intervenção formativa. Apesar de um planejamento das ações e estratégias de investigação e intervenção, houve um redirecionamento. Primeiro, em virtude do espaço utilizado para os encontros e oficinas ser na própria UBS. Tivemos que esperar pelos participantes, ajustar horários com os da reunião de trabalho, ter paciência com as diversas interrupções e finalizar em horários avançados. Segundo, porque nem todas as tarefas de pesquisa propostas eram realizadas como programado. Então, destinávamos o tempo da intervenção para que isso ocorresse. Terceiro, por haver reagendamento constante dos encontros, devido a eventos organizados pela gestão sem aviso prévio.

Lembramos, também, das questões éticas da pesquisa. Várias vezes tivemos que reexplicar a pesquisa e coletar novos termos de consentimento, já que a inserção de novos profissionais na ESF era constante. Em alguns momentos, tivemos que esclarecer novamente os objetivos da pesquisa e que havia a possibilidade de mudanças de práticas. Portanto, deve-se ter muita prudência no modo como propomos pesquisas e intervenções. Não podemos criar falsas expectativas.

Há uma necessidade de reorganização das práticas em saúde na AB. Indicamos outras pesquisas de intervenção e esperamos que os achados desta Tese contribuam com abordagens intervencionistas. Sugerimos que futuros estudos incluam o diálogo entre trabalhador, usuário e gestor de forma democrática e ética, com mediação de pesquisadores experientes; que, nesse cenário, considerem aspectos específicos do local investigado e que novas estratégias de pesquisa possam superar a alta rotatividade e os outros desafios na AB. Outro ponto seria que a investigação-intervenção ocorresse em mais de uma ESF, averiguando os diferentes níveis de desenvolvimento da atividade e a variedade de distúrbios.

Por fim, verificamos que, para as intervenções formativas transformarem as práticas de saúde locais, é necessário um maior investimento de pesquisa no campo da AB, dado o contexto das dificuldades já apresentadas. É possível que uma equipe com maior número de pesquisadores, com financiamento adequado, dentro de um tempo equivalente ou maior que o da pós-graduação alcance em menor tempo os resultados da intervenção.

6 REFERÊNCIAS

ACTIVITY theory at cradle. Center for Research on Activity, Development and Learning. University of Helsinki. Helsinki, c2017. Disponível em: <<https://www.helsinki.fi/en/researchgroups/center-for-research-on-activity-development-and-learning/activity-theory-at-cradle>>. Acesso em 27.04.2018.

ALCANTARA, M. A.; ASSUNCAO, A. A.. Influência da organização do trabalho sobre a prevalência de transtornos mentais comuns dos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 41, e2, 2016 .

ALMEIDA, L. A. et al. Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. **J. res.: fundam. care. online.** v. 8, n. 3, p. 4623-4628, 2016.

ANDRADE, L. O. M. et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2012. p. 719-738.

ANSKÄR, E. et al. Time utilization and perceived psychosocial work environment among staff in Swedish primary care settings. **BMC Health Services Research.** 18:166 2018.

ARAÚJO, T. M. et al . Aspectos psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: contribuições da análise de modelos combinados. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 645-657, 2016 .

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000400021>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

ASSUNCAO, A. A. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012.

ASUERO, A. M. et al. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. **Gaceta Sanitaria**, v. 27, n. 6, p. 521-528, 2013.

ASUERO, A. M. et al. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. **J Contin Educ Health Prof**, v. 34, n. 1, p. 4- 12, 2014.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BEZERRA, J. L. C. B. **Fatores psicossociais desencadeantes de estresse no trabalho de agentes comunitários de Parnaíba/PI**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

BEZERRA, J. L. C.; LUCCA, S. R. Fatores psicossociais de estresse no trabalho de agentes comunitários de saúde no município de Parnaíba, Piauí. **Rev. baiana saúde pública**; 40(1), p 169-189 jan./mar. 2016.

BINDA, J.; BIANCO, M. de F.; SOUSA, E. M. de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saude soc.**, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** . Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Programa de formação em saúde do trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

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, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRITO, J. et al. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa. In: MACHADO, J. H; ASSUNÇÃO, A. A. (org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina; 2012. p. 66-105.

CARREIRO, S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol 15, n 1, p.146-55. 2013.

CASANOVA, A. O.; TEIXEIRA, M. B.; MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS - Escola

Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 19, n. 11, p. 4417-4426, 2014.

CASSANDRE, M. P.; QUEROL, M. A. P. A evolução da pesquisa intervencionista na Teoria da Atividade Histórico-Cultural: do indivíduo à uma rede de sistemas de atividade. In: XXXVII EnANPAD Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2013, Rio de Janeiro. **Anais do XXXVII EnANPAD Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração**, 2013. v. 1. p. 1-16.

CASSANDRE, M. P.; QUEROL, M. A. P. Metodologias intervencionistas: contribuição teórico-metodológica vigotskyanas para aprendizagem organizacional. **Revista pensamento contemporâneo em administração** (UFF), v. 8, p. 17-34, 2014.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.**, v.22, n.2, p.377-388, 2013.

COSTA, R. K. D. S.; MIRANDA, F. A. N. D. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, p. 503-518, 2008.

DILELIO, A .S. et al . Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 503-514, Mar. 2012.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2013.

DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo Social**, v. 15, p. 63-101, 2003.

ENGESTRÖM, Y. **Learning by expanding**: an activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit, 1987.

ENGESTRÖM, Y. et al. The change laboratory as a tool for transforming work. **Lifelong Learning in Europe**, v. 1, n. 2, p. 10-17, 1996.

ENGESTRÖM, Y. Enriching the Theory of Expansive Learning: Lessons From Journeys Toward Coconfiguration. **Mind, Culture, and Activity**, v. 14, n. 1-2, p. 23-39, 2007.

ENGESTRÖM, Y. From design experiments to formative interventions. **Theory & Psychology**, v. 21, n. 5, p. 598-628, 2011.

ENGESTRÖM, Y. **Aprendizagem Expansiva**. Campinas: Pontes Editores, 2016.

ENGESTRÖM, Y.; PUONTI, A.; SEPPÄNEN, L. Spatial and temporal expansion of the object as a challenge for reorganizing work. In: NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. (editors). **Knowing in organizations**: a practice based approach. Armonk: M.E. Sharpe, 2003. p. 151-186.

ENGESTRÖM, Y; SANINO, A. Estudos de aprendizagem expansiva: Fundações, resultados e desafios futuros. In: ENGESTRÖM, Y. **Aprendizagem Expansiva**. Campinas: Pontes

Editores, 2016.

EUROPEAN commission. **Occupational health and safety risks in the healthcare sector: Guide to prevention and good practice.** Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

FERNANDES, M. et al. Effects of a mindfulness-based intervention on the functional status and mindfulness of primary health care professionals: a before and after study. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 115-119, 2019.

FERNANDES, C.; PEREIRA, A. Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 24, 2016.

FERREIRA, Leda L. Análise Coletiva do Trabalho: quer ver? Escuta. **Rev. Ciênc. Trab.**, n. 4, p. 125-35, 2015. Disponível em: <<https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/60>>. Acesso em: 25 jun. 2019.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T. D.; MACHADO, P. M. D. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 64-80, 2016.

FORTNEY, L. et al. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. **Ann Fam Med**, v. 11, n. 5, p. 412-20, 2013.

GARCÍA-RODRÍGUEZ, A. et al. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. **Aten Primaria**.;47(6):359-366. 2015.

GARCIA, L. P.; FACCHINI, L. A. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. **Occup Med** (Lond), vol. 59, n. 2, p. 107-13, 2009.

HATCHUEL, A. Intervention research and the production of knowledge. In: CERF, M (*et al.*) **Cow up a Tree.** Knowing and Learning for Change in Agriculture. Case studies from Industrialised Countries. Paris: INRA, p. 55-68, 2000.

HESKETH, J. L.; OTTAWAY, R. N. Características dos agente de mudança. **Rev. adm. empres.**, v. 19, n. 3, pp. 27-33. Set. 1979. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901979000300003>

HURTADO, S. L. B. Desenvolvimento de intervenções formativas para a aprendizagem expansiva: avanços, contribuições e desafios de um método de análise e prevenção de acidentes. 2020. **Tese** (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020

KNUTH, B. S. et al. Mental disorders among health workers in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2481-2488, Aug. 2015.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Coletiva**. 2013, v. 21, n. 4, p. 414-419, Mai. 2015.

LACERDA, R. B. et al. Contexto de trabalho e Síndrome de Burnout na equipe de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revistas - Cultura de los Cuidados**. Vol. 20, n. 44, p. 91-100, 2016.

LANCMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, Oct. 2013.

LAUNIS, K. et al. Muutospajaohjaajan opas: A guidebook for the leader of a Change Workshop. Helsinki: Tekes, 2010.

LEAL-COSTA, C. et al. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. **Anales Sis San Navarra**, Pamplona, v. 38, n. 2, p. 213-223, 2015.

LEMOS, M.; PEREIRA-QUEROL, M. A.; ALMEIDA, I. M. D. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação: entrevista com Yrjö Engeström. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 715-727, 2013.

LEONTJEV, A.N. **Problems of the development of the mind**. Moscow: Progress, 1981.

LINZER, M. et al. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care: Results from the Healthy Work Place (HWP) Study. **Results from the Healthy Work Place (HWP) Study**. Presented in part at the Annual Meetings of the Society of General Internal Medicine, San Diego, CA, April 2014.

MACIEL, R. H. M. de O.; SANTOS, J. B. F. dos; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 40, n. 131, p. 75-87, 2015.

MAISSIAT, G. S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 42-49, June 2015.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 403-415, 2003.

MEDEIROS, A. L. et al. Gerenciamento de Riscos e Segurança no Trabalho em Unidades de Saúde da Família. **Rev bras de cienc saud**, v. 17, n. 4, p. 341-348, 2013.

MEDEIROS, P. A. et al. Condições de saúde entre Profissionais da Saúde da família. **Rev bras de cienc saud**, v. 20, n. 2, p. 115-122, 2016.

MENEGHETTI, F. K. O que é um ensaio-teórico?. **Rev. de Adm Contemp.**, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Ed. São Paulo: Hucitec editora, 2014.

NASCIMENTO, G. A.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos acs: um

processo participativo. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 550-6, 2008.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 433-438, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 43-50, 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online], Séries, Saúde no Brasil 1, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2017.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17-31

PRIMA-EF: orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais: um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores. Tradução do Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. Brasília: SESI; 2011. 63 p.

PROGRAMA saúde da família. **Rev Saúde Pública**, vol. 34, n. 3, p. 316-19, 2000.

QUEROL, M. A. P.; JACKSON-FILHO, J. M.; CASSANDRE, M. P. Change Laboratory: uma proposta metodológica para pesquisa e desenvolvimento da aprendizagem organizacional **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 4, p. 609-640, 2011.

RAMMINGUER, T; ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 11, p. 3191-3202, 2013.

REINHARDT, E. L.; FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 25, n. 5, p. 411-17, 2009.

RUOTSALAINEN, J. H. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 11, p. Cd002892, 2014.

SANTOS, A. S. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trab. educ. saúde** [online]., vol.15, n.2, pp.421-438, 2017.

SCHERER, M. D. A. et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 89-104, Nov. 2016.

SENA, A.F.J. et al. Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **J Nurs Health**. 2015;5(1):27-37.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 3, p.

424-9, 2009.

SILVA-MACAIA, A. A. et al. Desafios no cuidado ao acidentado de trabalho no SUS: da “rede da ira” à construção compartilhada de uma linha de cuidados. In: VILELA, R. A. G. et al.. **Desenvolvimento colaborativo para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho**: Laboratório de Mudança na saúde do trabalhador. São Paulo: Exlibris; 2020. p. 233-270.

SILVA, J. L. L. et al. Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. **Enfermería Global**, vol. 16, n 48, p. 80-93, 2017a.

SILVA, D. A. et al. Promoção e educação em saúde para trabalhadores de unidades básicas de saúde: relato de experiência. **Rev enfermagem atenção saúde**, v. 6, n. 2, p. 153-160, 2017b.

SILVA, D. P.; SILVA, M. N. R. M. O. O trabalhador com estresse e intervenções para o cuidado em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 201-214, 2015 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283889037_O_TRABALHADOR_COM_ESTRE_SSE_E_INTERVENCOES_PARA_O_CUIDADO_EM_SAUDE>. Acesso em 26 abr. 2018.

SILVEIRA, S. L. M.; CAMARA, S. G.; AMAZARRAY, M. R. Preditores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. **Cad. saúde colet.** [online]. vol.22, n.4, pp. 386-392. 2014.

SORATTO, J. et al . Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 3, e2500016, 2017.

VILELA, R.A.G. et al.. Work ergonomic analysis and change laboratory: similarities and complementarities between interventionist methods. In: International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics, 5. 2014, Kraków. **Proceedings of the 5th International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics AHFE 2014, Kraków, Poland 19-23 July 2014.**

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D.S. **O Laboratório de Mudança**: uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação. Fabrefactum ed. Belo Horizonte, 2015.

VYGOTSKY, L.S. **Mind and society**: The development of higher mental processes. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WHO. INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION. **Psychosocial factors at work**: recognition and control. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf Acesso em: 15 fev. 2017.

3º (06/09)	Investigar o processo de trabalho da ESF através da ACT	Toda a equipe da ESF (Em 2-3 grupos)	Quadro elaborado no encontro anterior	O que faltou nesse quadro para responder a pergunta: “O que você(s) faz(em) no seu trabalho?”	Alterações no quadro	Construir Novo Quadro Atividade para próximo encontro: preencher o Diário de Perturbações
4º (13/09)	Investigar o processo de trabalho da ESF através da ACT	Toda a equipe da ESF	Novo Quadro (1h)	Você(s) confirmam as informações do painel?	Quadro de demanda(s) importante(s) – problemas	Elaborar Quadro sobre problemas
5º (20/09)	Questionar sobre o(s) problema(s) eleito(s) (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	Quadro de demanda(s) relevante(s)	Realmente existe(m) essa(s) demanda(s)? Por quê?	Tarjetas	Anotar em Tarjetas diversas causas para os problemas Atividade para encontro seguinte: Coletar dados sobre mudanças históricas
6º (27/09)	Problematizar as causas históricas do(s) problema(s) eleito(s) (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	Tarjetas produzidas na sessão anterior	Desde quando vocês observam essas causas? O que mudou? Quando começou?	Matriz de mudanças	Colar tarjetas na matriz de mudanças; Inclusão de novas causas

7º (04/10)	Construir uma linha do tempo com eventos críticos do(s) problema(s) eleito(s) (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	Matriz de Mudanças	Quais eventos críticos que impactam no(s) problema(s) atual(is)?	Linha do Tempo	Construção da Linha do tempo com eventos críticos Atividade para próximo encontro: Ler sobre SA seus elementos
8º (11/10)	Analisar a situação do trabalho atual (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	Linha do tempo	Como é o trabalho da equipe de ESF, com base nos elementos do SA?	Conceito do SA e seus elementos	Construir triângulo SA atual
9º (11/10)	Identificar contradições no SA atual (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	SA atual	Quais contradições encontradas nesse SA?	Conceito de contradição	Colocar as contradições dentro do Triângulo AS Atividade para o próximo encontro: Como superar essas contradições?
10º (18/10)	Discutir um SA ideal para a atividade atual (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	Novo Triângulo SA com as contradições	O que deveria ser mudado para resolver ou minimizar o(s) problema(s)?	SA do futuro	Construir um SA ideal para a atividade futura

11° (25/10)	Elaborar um SA possível para a atividade atual (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	SA do futuro	O que pode ser mudado para melhorar as contradições?	Lista de mudanças possíveis a partir da demanda, prioridades e governabilidade	Construção do SA “possível”
12° (01/11)	Planejar mudanças para a viabilidade do novo SA (oficinas de intervenção)	Toda a equipe da ESF	SA “possível”	Como chegar lá?	Pacto da mudança	Planejamento de mudanças a serem executadas

ANEXO A – DIÁRIO DE PERTURBAÇÕES

INSTRUÇÕES PARA ESCRITA DE UM DIÁRIO DE PERTURBAÇÕES

A ideia do diário de perturbações.

Em todo trabalho, há situações problemáticas, perturbações e dificuldades. A sua discussão conjunta cria uma oportunidade de obter novas percepções e melhorar as práticas de trabalho. Problemas e perturbações recorrentes não desaparecem por si só. Faz-se necessário, portanto, uma ferramenta para sua análise conjunta. A ideia de um diário de perturbações é coletar informação acerca dos problemas enfrentados na prática diária que requerem soluções inovadoras.

Escrevendo o diário de perturbações. O diário de perturbações deve ser escrito individualmente. Pode-se descrever uma situação das semanas recentes, se ainda houver boa recordação da mesma, ou selecionar uma outra semana durante a qual há de se descrever, na tabela abaixo, as perturbações que ocorrerem. Devem-se documentar na tabela ao menos duas ou três situações problemáticas. Há um exemplo na tabela a seguir, mas também é possível escrever de forma mais detalhada sobre um problema encontrado.

<i>1. Tópico</i>	<i>2. Dificuldade/ perturbação/ surpresa/ situação problema</i>	<i>3. Meios disponíveis de agir diante da situação</i>	<i>4. Ideias para resolver esse tipo de situação</i>

Recomendamos que se comece pela coluna 2. Descreva, nessa coluna, a dificuldade, perturbação ou situação problemática. Descreva as situações da forma mais concreta possível; isto é, descreva a situação, o que aconteceu, quem estava presente, o que você fez, etc. Você também pode descrever a sua própria experiência nessa situação, o que nela lhe foi irritante, lhe chateou ou lhe estressou.

Na coluna 3, escreva como você agiu no seu trabalho diante essa situação.

Na coluna 4, você pode anotar as suas ideias acerca de como se poderia resolver a ocorrência desse problema individualmente e/ou de forma compartilhada no seu trabalho. Embora você já tenha solucionado a situação problemática de alguma maneira (Coluna 3) e tenha sido capaz de continuar a trabalhar, essa solução pode não ter resolvido a possibilidade de que o mesmo problema ocorra outra vez.

Por fim, na Coluna 1, se você quiser, pode dar um nome ao tema mais amplo ao qual o problema pertence, na sua opinião.

DIÁRIO DE PERTURBAÇÕES

1. Tópico	2. Dificuldade/ perturbação/ surpresa/ situação problema	3. Meios disponíveis de agir diante da situação	4. Ideias para resolver esse tipo de situação

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intervenção Formativa na Atenção Básica: o processo de pesquisa-intervenção na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: Jairon Bezerra

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26485919.6.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.894.835

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-intervenção com trabalhadores da Estratégia Saúde da família, com a realização de oficinas utilizando os princípios e conceitos do método Laboratório de Mudanças a fim de analisar as tensões e dificuldades que afetam a atividade de cuidado em saúde e a saúde dos trabalhadores da Atenção Básica para colaborar com a melhoria da organização do trabalho no município de Parnaíba, PI. Haverá acompanhamento de 451 profissionais da Equipe de Saúde da Família do município (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares em saúde bucal, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), para preenchimento de diário de campo e realização de entrevistas semiestruturadas, além de realização de grupos focais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as tensões e dificuldades que afetam a atividade de cuidado em saúde e a saúde dos trabalhadores da Atenção Básica;

Colaborar com a melhoria da organização do trabalho em um município do nordeste brasileiro, desenvolvendo oficinas com os princípios do método Laboratório de Mudanças.

Objetivos Secundários:

Caracterizar a atividade de cuidado em saúde da Atenção Básica no município de Parnaíba/PI;

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.894.835

Compreender o surgimento e o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família local e suas contradições que afetam o trabalho e a saúde do trabalhador de saúde no município estudado;
Avaliar os resultados obtidos e os limites da utilização de oficinas com os princípios e conceitos do método Laboratório de Mudanças;
Formular sugestões de políticas públicas preventivas em relação aos adoecimentos do trabalhador de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta riscos de origem psicológica, intelectual e/ou emocional para os participantes, considerados riscos mínimos. Entre eles, podemos citar: estigmatização pela divulgação de informações, divulgação de dados confidenciais, invasão de privacidade, tomar o tempo dos participantes ao responder a entrevista e ao participar do grupo focal e das oficinas, responder à questões sensíveis sobre as relações no ambiente de trabalho, constrangimento com opiniões diferentes e/ou divergentes dos outros participantes, interferência na vida e na rotina dos sujeitos, embaraço de interagir com estranhos por medo de repercussões eventuais, riscos relacionados a divulgação de imagem através das filmagens, registros sonoros e/ou fotográficos, cansaço mental quando for solicitado reflexões sobre o processo de trabalho bem como na colaboração com proposições de soluções para os problemas identificados. Para minimizá-los, o pesquisador garante o seu anonimato em todas as fases da pesquisa, sigilo das informações relacionados a sua privacidade, mediar os possíveis desconfortos e constrangimentos advindos na discussão em grupo, respeitar as crenças e os valores sócio-culturais dos participantes e possibilita a liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, as equipes de saúde analisadas poderão (re)discutir e refletir sobre os aspectos do trabalho. As oficinas de intervenção podem reduzir as dificuldades encontradas no trabalho, bem como descobrir uma(s) solução(ões) para melhorar o mesmo e minimizar problemas de saúde do trabalhador.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 3.894.835

Este estudo pode melhorar o cuidado em saúde para a comunidade a qual fazem parte as equipes de saúde da família participantes e a experiência produzida servirá de base para aplicação do método em outras equipes e/ou em outros municípios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados: folha de rosto adequadamente preenchida, termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Parnaíba, PI, assinada pela coordenadora da Atenção Básica e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que foi adequado com linguagem de fácil a compreensão do estudo pelos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315983.pdf	03/01/2020 01:17:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/01/2020 01:16:33	Jairon Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.docx	03/01/2020 01:16:13	Jairon Bezerra	Aceito
Outros	Autorizacao_da_pesquisa.pdf	24/10/2019 02:27:59	Jairon Bezerra	Aceito
Folha de Rosto	PlataformaBrasilJairon.pdf	24/10/2019 02:08:33	Jairon Bezerra	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Doutor Amaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO B – CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR



Marco Antonio Pereira Querol

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2231690205762449>

ID Lattes: 2231690205762449

Última atualização do currículo em 05/06/2022

Possui doutorado em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ na área de Gestão e Inovação (título original Educação de Adultos pela Universidade de Helsinque, Finlândia, numero de processo de revalidação 23079.020788/2012-33), Mestrado em Manejo de Conhecimento Agroecológico e Mudanças Sociais pela Universidade de Wageningen, Holanda (2004) e graduação em Engenharia Agrônoma pela Universidade de São Paulo (ESALQ-USP). Atualmente é Professor Adjunto no Departamento de Engenharia Agrônoma da Universidade Federal de Sergipe (UFS), onde ministra as disciplinas: Sociologia Rural, Extensão Rural e Movimentos Sociais. Professor credenciado no Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da FSP - USP. Possui interesse de pesquisa nas áreas de Inovação, Sustentabilidade, Aprendizagem Organizacional, Teoria da Atividade (Cultural-Historical Activity Theory) e Metodologias Intervencionistas com ênfase no Laboratório de Mudança (Change Laboratory). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Marco Antonio Pereira Querol
Nome em citações bibliográficas	PEREIRA QUEROL, M. A.;Pereira Querol, Marco;Pereira-Querol, Marco Antonio;QUEROL, MARCO ANTONIO PEREIRA;PEREIRA-QUEROL, MARCO;Querol, Marco Pereira;QUEROL, MARCO ANTÔNIO PEREIRA;Pereira Querol, Marco Antonio
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/2231690205762449
Orcid iD	https://orcid.org/0000-0003-3815-1835

Endereço

Endereço Profissional	Universidade Federal de Sergipe, DEA - Departamento de Engenharia Agrônoma. Av. Marechal Rondon s/n Jardim Rosa Elze 49100000 - São Cristóvão, SE - Brasil Telefone: (79) 31946600 URL da Homepage: http://www.docente.ufs.br/mapquero
------------------------------	--

ANEXO C – CURRÍCULO LATTES DO DOUTORANDO



Jairon Leite Chaves Bezerra


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5956122195551930>

ID Lattes: 5956122195551930

Última atualização do currículo em 05/07/2022

Doutorando em Saúde Pública, na área de Saúde do Trabalhador, pela Universidade de São Paulo - USP, mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde com área de concentração em Epidemiologia, sendo sua linha de pesquisa em Saúde do Trabalhador, Pós-graduado lato sensu em Formação Pedagógica do Ensino Superior na área da Saúde pela NOVAFAPI, pós-graduado lato sensu em Ergonomia e Fisioterapia do Trabalho pela IEDUV. Tem aperfeiçoamento em Perícia Técnica Fisioterapêutica., É formado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e em Tecnologia em Radiologia, pelo Centro Federal de Educação Tecnológica do Piauí (hoje, IFPI). Atualmente, é fisioterapeuta do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) da prefeitura de Parnaíba-PI e tecnólogo em Radiologia (plantonista) do HUT em Teresina. Tem experiência na área da Saúde e Educação, com ênfase em Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador, Fisioterapia do Trabalho e Radiologia Médica. (Texto informado pelo autor)


Identificação

Nome	Jairon Leite Chaves Bezerra
Nome em citações bibliográficas	BEZERRA, J. L. C.; BEZERRA, JAIRON LEITE CHAVES
Lattes iD	 http://lattes.cnpq.br/5956122195551930

Endereço

Endereço Profissional	Prefeitura Municipal de Parnaíba, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Parnaíba São Francisco da Guarita 64215902 - Parnaíba, PI - Brasil Telefone: (86) 33230919
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2017	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Intervenção formativa na pesquisa e desenvolvimento da saúde do trabalhador da Atenção Básica, Orientador:  Marco Antonio Pereira Querol.
-------------	---