

AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA: A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Hugo Cesar Bellas

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, COPPE, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Mario Cesar Rodríguez Vidal

Rio de Janeiro

Abril 2017

AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO
TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Hugo Cesar Bellas

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DO INSTITUTO ALBERTO LUIZ
COIMBRA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DE ENGENHARIA (COPPE) DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM
CIÊNCIAS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO.

Examinada por:

Prof. Mario Cesar Rodríguez Vidal, Dr. Ing.

Prof. Paulo Victor Rodrigues de Carvalho, D.Sc.

Prof. Mario Jorge Ferreira de Oliveira, D.Sc.

Prof. Claudio Henrique dos Santos Grecco, D. Sc.

Prof.^a. Claudia Maria de Rezende Travassos, D.Sc.

Rio de Janeiro

Abril 2017

Bellas, Hugo Cesar

As contribuições da Ergonomia para a Estratégia Saúde da Família: a atuação do Agente Comunitário de Saúde no território de Manguinhos/Hugo Cesar Bellas. - Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2017.

XV, 152 p.: il.; 29,7 cm.

Orientador: Mario Cesar Rodríguez Vidal

Tese (doutorado) – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia de Produção, 2017.

Referências Bibliográficas: p. 127-145.

1. Ergonomia. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Agente Comunitário de Saúde 4. Saúde do Trabalhador 5. Política Nacional de Atenção Básica I. Vidal, Mario Cesar Rodríguez II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. III. Título.

Dedicatória

Aos meus pais Mario Rubim Bellas e Maria da Aparecida Bellas (in memorian) pelos ensinamentos deixados ao longo da vida, por todo o esforço e dedicação que tiveram para que um dia permitisse que eu chegasse até aqui. No descanso eterno onde se encontram com certeza se alegrarão com essa conquista.

Esse trecho da música “Tente outra vez” de Raul Seixas talvez retrate a lição que ele deixou:

Tente! (Tente!)

E não diga que a vitória está perdida

Se é de batalhas que se vive a vida

Han! Tente outra vez!

A minha mãe, uma guerreira, que por circunstâncias da vida teve que criar os cinco filhos sozinha. Agradeço pelos ensinamentos religiosos e a fé católica que me possibilitaram entender que DEUS sempre age em nosso favor. Um trecho da música “gostava tanto de você”, de Tim Maia, retrata a saudade da sua presença:

Não sei por que você se foi, quantas saudades eu senti

E de tristezas vou viver, e aquele adeus não pude dar

E eu gostava tanto de você, gostava tanto de você.

Um agradecimento especial, a todos os Agentes Comunitários de Saúde pela enorme disposição em colaborar e pelo maravilhoso trabalho que realizam.

Sempre dispostos a ajudar os moradores e com um empenho extraordinário em resolver o problema do seu semelhante, um exemplo de solidariedade para esse nosso Brasil atual, onde a intolerância e a ignorância viraram marca nacional.

Obrigado a todos vocês pela receptividade e cordialidade com que fui recebido ao longo da pesquisa.

Agradecimentos

A Deus pela alegria de me conceder uma vida com saúde e uma família maravilhosa.

Ao meu Brasil, que me permitiu nesse momento, ascender a uma parcela privilegiada, num País que nega oportunidades, com uma das piores distribuições de renda do mundo.

A minha Instituição Fundação Oswaldo Cruz pelo estímulo da busca ao conhecimento que aprendi a ter naquela casa.

À minha família, que sempre foi o meu estímulo e minha fortaleza, que poderia traduzir com o trecho da música de Renato Russo: “Ainda que eu falasse a língua dos homens e falasse a língua dos anjos, sem **meus amores** eu nada seria”.

Elaine, minha companheira, o amor da minha vida, a quem agradeço por todo apoio e compreensão, com um trecho da música de Vanessa da Mata que ela adora: Ainda bem, Que você vive comigo Por que se não, Como seria essa vida: Sei lá, sei lá!

Aos meus filhos: Vitor Hugo, Artur Cesar e Isac Rubim, esses três “anjos” aos quais Deus me concedeu a alegria e a responsabilidade de encaminhar na vida. Amo muito vocês.

Aos meus irmãos Fátima Regina, Sandra Marta, Mário Eduardo e Maria Helena.

Ao orientador e amigo Mario Cesar Vidal, que se constitui um referencial, por todos os ensinamentos e conselhos, que pavimentaram o meu caminho para chegar até aqui.

Ao meu amigo Alessandro Jatobá, primeiro pela colaboração para que eu chegasse até aqui, segundo pelos debates que tivemos ao longo desses quatro anos, no campo pedagógico e político, que foram muito enriquecedores.

Ao amigo Rodrigo, também conhecido como “aspira” pela grande colaboração no suporte técnico.

Aos meus colegas do GENTE/UFRJ Jorge Freund, Júlio Bispo, Caíque, Luiz Ricardo, Prof. Renato Bonfatti, Prof. Paulo Vitor e Prof^a. Ângela Poletto.

Ao Prof. Antonio Ivo pela liberação para fazer o doutorado, e a Leda Zorayde e Zenilda Folly pelo apoio recebido.

A Isabella Koster, pela enorme boa vontade e sempre disponível a colaborar. A Emília Correia e Gisele O’Dwier, e a todos os profissionais de saúde da família que contribuíram para a minha pesquisa de campo.

Fracassei em tudo o que tentei na vida.
Tentei alfabetizar as crianças brasileiras, não consegui.
Tentei salvar os índios, não consegui.
Tentei fazer uma universidade séria e fracassei.
Tentei fazer o Brasil desenvolver-se autonomamente e fracassei.
Mas os fracassos são minhas vitórias.
Eu detestaria estar no lugar de quem me venceu.

Darcy Ribeiro

Resumo da Tese apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Doutor em Ciências (D.Sc.)

AS CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO
TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Hugo Cesar Bellas

Abril / 2017

Orientador: Mario Cesar Rodríguez Vidal

Programa: Engenharia de Produção

Nesta tese é explorado o tema do trabalho do Agente Comunitários de Saúde (ACS) por meio de uma abordagem ergonômica. O assunto central foram as habilidades necessárias para a realização das visitas domiciliares, tendo em vista as peculiaridades existentes no território de Manguinhos. A metodologia de análise ergonômica consistiu na etnografia do trabalho dos ACS combinadas por sessões de ação conversacional com os agentes, para lograr o mapeamento das habilidades.

A pesquisa de campo foi realizado a partir de etnografia e da análise conversacional em duas Clínicas da Família na Estratégia Saúde da Família de Manguinhos. A empiria consistiu na incorporação de 41 dos 79 ACS que trabalham nessas duas Unidades. Os resultados foram um conjunto de descrições das dificuldades durante as visitas domiciliares. Os dados foram classificados em 67 dificuldades específicas organizadas de forma a possibilitar uma agregação em categorias mais abrangentes, chamadas de habilidades comunitárias.

Tais resultados ressaltam que em virtude das peculiaridades do território os ACS precisam de habilidades comunitárias, para realizar de forma efetiva as visitas domiciliares. Essa pesquisa proporcionou ainda dois achados: (i) as preocupantes condições de saúde dos ACS no território; e (ii) o impacto das condições do território sobre a execução da Política Nacional de Atenção Básica.

Abstract of Thesis presented to COPPE/UFRJ as a partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Science (D.Sc.)

THE CONTRIBUTIONS OF ERGONOMICS TO THE FAMILY HEALTH
STRATEGY: THE ACTIONS OF THE COMMUNITY HEALTH WORKERS IN THE
MANGUINHOS TERRITORY

Hugo Cesar Bellas

April / 2017

Advisor: Mario Cesar Rodriguez Vidal

Department: Systems Design Engineering

This thesis explores the work of the Community Health Workers within an ergonomics approach. The core subject was the set of skills community health workers need to perform patient visits, taking into account the peculiarities of the territory of Manguinhos, Rio de Janeiro, Brazil. The methodology follows ergonomic work analysis combined with the conversational action, through an ethnographical approach.

Field research was carried out in two Family Healthcare Clinics that enable the Family Healthcare Strategy in Manguinhos. The empiric domain covered 41 of the 79 community health workers located in these two clinics. The study resulted in a set of descriptions of their difficulties in performing patient visits. Data were organized into 67 specific difficulties in order to enable the aggregation in broader categories, which we call community skills.

Results of this thesis emphasize that, due to the peculiarities of the territory, community health workers need specific community skills in order to effectively carry out patient visits. This research also provided two secondary findings: (i) the poor health conditions of community health workers in the territory; and (ii) the negative impact of the territorial conditions on the implementation of the Brazilian Primary Healthcare Policy.

SUMÁRIO

Capítulo 1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Breve caracterização da disciplina Ergonomia	1
1.2 A escolha do tema	4
1.3 O Método da Análise Ergonômica	8
1.3.1 Instrução da demanda	10
1.3.2 Demanda inicial	11
1.3.3 Análise Global	12
1.3.4 Modelagem operante.....	12
1.3.5 A proposição de melhorias	13
1.4 Estrutura da Tese.....	15
Capítulo 2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ERGONOMIA	17
2.1 A atenção primária à saúde no Brasil.....	21
2.2 A Ergonomia nos cuidados em saúde	26
2.3 O foco da Ergonomia tratado nessa tese	30
2.4 A restituição-ampliação com a Clínica	30
2.5 O problema de pesquisa, o objetivo e a significância.	32
Capítulo 3. FORMAÇÃO E TREINAMENTO DOS ACS.....	34
Capítulo 4. SUMA METODOLÓGICA	40
4.1 Análise sistêmica.....	40
4.2 O Contexto do campo com dificuldades de acesso	43
4.3 Ação conversacional	46
4.4 O instrumento de coleta de dados – CARETA - e a Etnografia da atividade	50
4.4.1 Exposição à violência do território.	54
4.4.2 Exposição a fatores de risco a saúde.....	54
4.4.3 Agentes sujeitos a tensão entre polícia e o tráfico.	54
4.4.4 Falta de infraestrutura adequada na clínica.....	55
4.4.5 Sistema de dados tem muitas interrupções e causa retrabalho.....	56
4.4.6 Dificuldade de cadastrar os moradores que trabalham fora.....	56
4.4.7 Exposição a doenças contagiosas.....	56
4.4.8 Grande quantidade de funções para realizar	56
4.4.9 Grande quantidade de famílias para visitar.....	57

4.4.10 Falta de infraestrutura nos locais a serem visitados.....	57
Capítulo 5. O AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	58
5.1 As Clínicas da Família como ponto de partida	58
5.2 A Estratégia Saúde da Família	60
5.3 O Lugar de estudo (os territórios)	62
5.4 O Agente Comunitário de Saúde	63
Capítulo 6. REFERENCIAL TEÓRICO	68
6.1 Habilidades sociais.....	68
6.2 Sistemas Sociotécnicos Complexos	72
Capítulo 7. RESULTADOS	77
7.1 Habilidades comunitárias dos ACS:.....	77
7.1.1 Introdução	77
7.1.2 Problema de Pesquisa	78
7.1.3 Ambiente de Pesquisa.....	79
7.1.4 Materiais e Métodos.....	79
7.1.5 Resultados	83
7.1.6 Discussão	85
7.1.7 Conclusão	86
7.2 Riscos e Agravos à saúde dos ACS.....	87
7.2.1 Introdução	87
7.2.2 Método	89
7.2.3 Ambiente de pesquisa	90
7.2.4 Materiais	93
7.2.5 Coleta de dados	94
7.2.6 Resultados	95
7.2.7 Discussão	99
7.2.8 Conclusão	102
7.3 Condições de trabalho dos ACS e a PNAB	103
7.3.1 Introdução	103
7.3.2 Materiais e Métodos.....	104
7.3.3 Resultados	105
7.3.4 Modelagem do acolhimento.....	108

7.3.5 Conclusões	116
Capítulo 8. DISCUSSÃO	118
8.1 Os métodos interacionais	118
8.2 Aspectos Taxonômicos	120
8.3 A saúde do trabalhador ACS	121
8.4 Repercussões na <i>PNAB</i>	122
Capítulo 9. CONCLUSÃO	123
9.1 Limites	125
9.2 Desdobramentos	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
ANEXOS	
Anexo I: Instrumento de coleta de dados (CARETA).....	146
Anexo II: Relação dos problemas identificados.....	147
Anexo III: Depoimentos livres.....	149
Anexo IV: Depoimentos orientados.....	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Topologia da ação conversacional (VIDAL e BONFATTI, 2003).....	50
Figura 2 - Área de abrangência da Clínica Victor Valla	59
Figura 3 - Área de abrangência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	59
Figura 4 - Metodologia de validação dos problemas (etnografia da atividade)	82
Figura 5 - Componentes da saúde correlacionados as características do território de Manguinhos	92
Figura 6 - Estrutura de controle do acolhimento	109
Figura 7 - Impacto dos problemas no cumprimento das atribuições da PNAB	112
Figura 8 - Modificação sugerida na estrutura de controle	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Experiências de formação/treinamento de ACS no mundo.....	36
Tabela 2 - Experiências de formação/treinamento de ACS no Brasil	38
Tabela 3 - Tipologia das formas de conversação em Ergonomia situada	48
Tabela 4 - Composição básica e ampliada de uma equipe de saúde da família	61
Tabela 5 - Classe das habilidades sociais	80
Tabela 6 - Relação consolidada de problemas e pontuações.....	83
Tabela 7 - Habilidades comunitárias selecionadas pela Unidade I	84
Tabela 8 - Habilidades comunitárias selecionadas pela Unidade II	84
Tabela 9 - Relação final de habilidades comunitárias	84
Tabela 10 - Avaliação do critério Contexto.....	95
Tabela 11 - Avaliação do critério Ambiente	96
Tabela 12 - Avaliação do critério Recursos.....	96
Tabela 13 - Avaliação do critério Equipamentos	97
Tabela 14 - Avaliação das tarefas realizadas pelos ACS.....	98
Tabela 15 - Correlação dos fatores de risco com as relações de trabalho	99
Tabela 16 - Avaliação do aspecto ESPAÇO do guichê de acolhimento	105
Tabela 17 - Avaliação do aspecto ESPAÇO em visita domiciliar	106
Tabela 18 - Avaliação do aspecto AMBIENTE no guichê de acolhimento.....	106
Tabela 19 - Avaliação do aspecto AMBIENTE em visita domiciliar	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACHW - American Association of Community Health Workers

ABERGO – Associação Brasileira de Ergonomia

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AE – Análise Ergonômica

AET - Análise Ergonômica do Trabalho

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

APHA - American Public Health Association

APS – Atenção Primária em Saúde

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
(antiga Biblioteca Regional de Medicina)

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CESERG – Curso de Especialização Superior em Ergonomia

CHS – Campo das Habilidades Sociais

CNAM – Conservatório Nacional de Artes e Ofícios

CNE – Conselho Nacional de Educação

COPPE – Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa em Engenharia

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

EAMETA – Espaço, Ambiente, Mobiliário, Equipamentos, Tarefa e Atividade

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GENTE – Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias

HFA – Health Family Advogace

FHE - Fatores Humanos e Ergonomia

HFB – Health Family Brooklin

HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act

HIV - Human Immunodeficiency Virus

IEA - International Ergonomics Association

MESH - Medical Subject Headings da U.S.

NLM - National Library of Medicine

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPGI – Programa de Pós-Graduação em Informática

SIAB – Sistema Integrado de Atenção Básica

SELF - Societé d'Ergonomie de Langue Française

STAMP - System Theoretic Accident Model and Process

SUS – Sistema Único de Saúde

THS – Treinamento Habilidades Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo faremos uma breve exposição acerca da disciplina Ergonomia, tecendo ainda uma descrição circunstanciada do seu método central, a Análise Ergonômica do Trabalho. O capítulo se encerra com a apresentação da estrutura desta tese.

1.1 Breve caracterização da disciplina Ergonomia

A disciplina Ergonomia admite, hoje, uma certa variedade de formulações conceituais e metodológicas. Neste item discorreremos sobre a abordagem que foi utilizada como base para desenvolver a pesquisa relativa a esta Tese. Este formato, a análise ergonômica, surgiu na França, em meio à década de 1950, tendo como uma vertente mais precisamente etnográfica. Esta vertente nasce de compromissos históricos estabelecidos já durante o período de atuação do movimento chamado Resistência francesa (WISNER, PAVARD, *et al.*, 1997). Ela se inaugura durante a Restauração da República e tem uma das obras pioneiras a “Análise do Trabalho”, publicada, no ano de 1955. A obra, que tem como autores André Ombredane e Jean-Marie Favergé, se torna um marco inicial para a evolução da metodologia ergonômica, que viria a ser estruturada em seu formato atual por Alain Wisner (WISNER, 1972).

Nessa publicação é apresentada de forma clara a importância da observação das situações reais de trabalho para a melhoria dos meios, métodos e ambiente do trabalho, com o objetivo de proporcionar a adequação do trabalhador ao posto de trabalho, de forma que permita a ele realizar suas atividades com menor esforço e maior eficácia. Uma parte deste trabalho foi apresentado como conferência central do I Congresso Brasileiro de Ergonomia em 1974, no Rio de Janeiro (WISNER, 1975).

Seguindo essa evolução é realizado, no ano de 1961, o primeiro congresso da Associação Internacional de Ergonomia, onde o Prof. Wisner profere sua primeira apresentação do tema. Em 1963 foi fundada a Société d’Ergonomie de Langue Française (SELF), e teve seu estatuto aprovado por seus nove membros fundadores, dentre eles Alain Wisner – médico, psicólogo e professor – que passou a dirigir o “Laboratório Fisiologia do Trabalho e Ergonomia” junto ao

Conservatório Nacional de Artes e Ofícios, vinculado ao Ministério da Educação da França, em Paris (WISNER, 1987).

“Com sua crença no método AET (Analyse Ergonomique du Travail), e a determinação que sempre predominou em sua carreira, Wisner acabou por criar o primeiro laboratório industrial de ergonomia francês, na Régie Renault, e, desde então, tornou-se professor de ergonomia, oferecendo várias modalidades de cursos em ergonomia para estudantes e profissionais de empresas da França e de mais outros trinta países. No Conservatório Nacional, Jules Amar cria o primeiro laboratório de pesquisa sobre o trabalho profissional e, desse modo, a fisiologia do trabalho encontra uma estrutura para se desenvolver” (LAVILLE, 1977).

O Professor Alain Wisner manteve uma relação de cooperação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais especificamente, com o laboratório GENTE/COPPE/UFRJ onde foi desenvolvida essa tese. Ele também foi o primeiro Presidente Honorário da Associação Brasileira de Ergonomia.

Segundo (WISNER, 1987) a carga de trabalho que está presente nas atividades é composta pelos aspectos físicos, cognitivos e psíquicos de forma indissociada. O autor acrescenta que os três aspectos estão presentes nas atividades laborais e guardam estreita relação entre si, por isso qualquer uma delas pode gerar sobrecarga, assim como suas combinações..

A carga física é sempre associada ao esforço físico e ao desgaste das estruturas corporais causados em virtude da realização de determinado trabalho. A dimensão física da carga de trabalho pode ser relacionada aos gestos, às posturas e aos deslocamentos que o trabalhador realiza para a execução de uma determinada tarefa. A intensidade e a qualidade do esforço físico, que é despendido pelo trabalhador na realização de uma tarefa, demonstra a carga física da jornada de trabalho por ele desenvolvida.

Já a carga mental pode ser dividida em cognitiva e psíquica. A carga cognitiva refere-se às exigências mentais na realização do trabalho e pode manifestar-se nas situações onde há necessidade intensa de memorização, atenção, concentração, acuidades visual e auditiva, além de tomada de decisões (VIDAL e CARVALHO, 2008).

Nesse sentido a Ergonomia atua sobre as situações de trabalho analisando junto ao trabalhador o detalhamento da tarefa realizada, tendo como objetivo melhorar as condições sobre as quais os trabalhadores realizam suas atividades, procurando adaptar às características

psicofisiológicas dos mesmos, as necessidades da tarefa, a fim de proporcionar o máximo de conforto, segurança visando um melhor desempenho, buscando com isso adequar o trabalho às pessoas.

No que diz respeito as características psicofisiológicas o Ministério do Trabalho e Previdência Social define assim:

“(...) as características psicofisiológicas dizem respeito a todo o conhecimento referente ao funcionamento do ser humano, incluindo o uso que o ser humano faz de suas características, do ponto de vista antropológico, psicológico e fisiológico” (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2004).

Já as condições de realização do trabalho devem ser regulamentadas de acordo com a (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1990) através da Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia, que obriga a avaliação dos aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, inclusive à própria organização do trabalho.

Neste sentido, a realização da pesquisa pode constatar que as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) apresentam grande carga de trabalho, nas três vertentes estudadas, a física, cognitiva e organizacional.

A análise dos resultados encontrados nessa pesquisa estão organizadas sobre três questões de pesquisa, a primeira que foi o objetivo dessa tese e as duas outras que emergiram do trabalho de campo realizado no território. Essas questões são apresentadas a seguir:

- 1- Questão 1: O objetivo principal desse trabalho foi centrado na identificação das “habilidades comunitárias” que são necessárias para a realização da atividade de campo dos ACS, que é conhecida como visita domiciliar, que é o momento em que os Agentes Comunitários de Saúde realizam as visitas aos domicílios do território, onde eles atuam, para realizar o levantamento das condições socioeconômicas das famílias e das condições de saúde dos moradores. O objetivo é que essas habilidades comunitárias, que são específicas do território, possam ser disseminadas entre os ACS através da sua inclusão no processo de treinamento, como mais um elemento a ser abordado no conteúdo, e também nos processos seletivos e na formação dos ACS.

- 2- Questão 2: Essa questão se originou do processo de imersão no contexto dos ACS e está relacionada a que tipos de riscos e agravos estão submetidos os ACS durante a realização das visitas domiciliares no território.
- 3- Questão 3: A terceira questão de pesquisa está relacionada a como as condições de trabalho encontradas pelos ACS no território interferem na execução das suas atribuições que estão contidas na Política Nacional de Atenção Básica e impactam na execução da mesma.

A realização dessa pesquisa apresenta três originalidades desenvolvidas para a obtenção dos resultados, conforme descritas abaixo:

- a) Originalidade 1: Ergonomia em ambiente não convencional. Para o trabalho de coleta de dados junto aos ACS, cujas ações se desenrolam tanto no espaço estruturado da clínica, como nas circunstâncias indefinidas da comunidade, foi desenvolvido um instrumento cujo acrônimo é denominado CARETA (Contexto, Ambiente, Recursos, Equipamentos, Tarefa e Atividade) para realizar o trabalho de coleta de dados ;
- b) Originalidade 2: Etnografia em territórios comunitários (configurados como área de risco). Para identificar as principais dificuldades encontradas pelos ACS foi realizada uma imersão no ambiente de trabalho dos ACS com o intuito de entender e compreender o processo de trabalho e as principais regulações que eles realizam para superar as dificuldades encontradas no território.
- c) Originalidade 3: Os aspectos taxonômicos das habilidades comunitárias. Ao final da pesquisa de campo foi possível identificar um conjunto de habilidades que são primordiais para que os ACS consigam superar os obstáculos encontrados no território e possam desenvolver de forma eficiente as suas atividades. Dentre estas se destacam as habilidades de Trânsito e de Convivência.

1.2 A escolha do tema

O interesse pelo tema da pesquisa nem sempre se revela pelo contato cotidiano ao tema mais em geral pela afinidade ou curiosidade do pesquisador ao seu objeto de estudo. Estes atributos não surgem do nada e sim decorrente de uma evolução do trato do pesquisador com a temática onde este objeto de estudo esta inserido.

Nesse contexto sobre a escolha do tema afirma Minayo que existe uma vinculação entre pensamento e ação, ou seja, (...)

“(...) nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos”. (MINAYO, 2004).

Tendo sido concursado em 1996 para na Fundação Oswaldo Cruz instituição de produção intelectual e científica para o Sistema Único de Saúde (SUS), esse contato permanente permitiu sonhar, ao mesmo tempo estimular a busca do aperfeiçoamento e capacitações necessárias para atuação nessa área da pesquisa. Nesse movimento foi concluído em 2009, um Mestrado em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e, a partir daí, trabalhar a possibilidade de realizar um doutorado.

Para seguir com tal objetivo, foram frequentadas disciplinas isoladas, na própria ENSP. A ligação com a COPPE/UFRJ foi materializada pelo contato com um colega de trabalho que estava cursando o doutorado no Programa de Engenharia de Produção da COPPE/UFRJ, na área de Ergonomia. Esse contexto estimulou à preparação ao doutorado em Engenharia de Produção. Ipso facto, já em 2012 houve um acompanhamento aos Seminários de Ergonomia, o que contribuiu, de forma decisiva, para a aprovação no doutorado em 2013.

Como parte da formação e para aprofundar os conhecimentos a linha de pesquisa direcionava os alunos de stricto sensu para realizar a especialização em Ergonomia da COPPE/UFRJ o que, conseqüentemente, permitia a familiarização com os conceitos de base e com sua metodologia essencial, a análise ergonômica, que será descrita mais a frente. Assim, em 2014, houve uma concomitância entre disciplinas do stricto sensu (Sistemas complexos) e de lato sensu em Ergonomia (CESERG). E, efetivamente, tal combinação possibilitou um aprofundamento nos conceitos e na metodologia, de forma a poder aplicá-los no campo da pesquisa (e na pesquisa de campo).

Esta sistemática da análise ergonômica teve uma repercussão direta sobre o encaminhamento da pesquisa. O curso de especialização lato-sensu (CESERG/COPPE) requeria um trabalho em grupo, que foi realizado na Clínica da Família, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do

Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo a metodologia realizamos a Instrução de demandas, processo durante o qual nos foram apresentados três grandes problemas, considerados nós críticos para o funcionamento da Unidade Básica de Saúde, quais sejam:

- O acolhimento que ocorre dentro da Unidade, momento onde os agentes realizam o atendimento aos pacientes que chegam à clínica;
- A classificação de risco, que é o processo onde os pacientes que não estão com consulta agendada, procuram a unidade buscando atendimento, porque estão se sentindo mal, ou com alguma dor ou desconforto. Tais pacientes são direcionados para a classificação de risco, onde mediante os sintomas apresentados é verificado se devem ser atendidos naquele dia ou devem ser agendadas novas consultas ou procedimentos.
- A constituição do corpo de Agentes Comunitários de Saúde (os ACS) cujo processo seletivo se configurara como um dificultador. Isto porque, segundo a legislação em vigor, necessita ser recrutado por processo seletivo público de provas ou de provas e títulos. Como quesito, esta legislação ressalta que o candidato deva residir na localidade, possuir ensino fundamental e não necessitar nenhum conhecimento em saúde.

No trabalho do curso de especialização em Ergonomia o grupo optou por abordar o Acolhimento da Clínica da Família, com objetivo de entender como era seu processo de trabalho e quais eram as principais dificuldades das tarefas no cotidiano da clínica, além de buscar identificar algum tipo de sobrecarga de trabalho. Neste trabalho foi realizada a análise ergonômica do posto de trabalho do Agente Comunitário de Saúde dentro da Unidade Básica de Saúde, que é onde ele realiza o acolhimento aos usuários da Clínica da família. Pode-se ao final do trabalho constatar que o ambiente apresentava um fluxo de pacientes cruzados que causavam um barulho excessivo e acaba por tumultuar o atendimento na Unidade.

Além disso foi identificado que o posto de trabalho apresenta-se inadequado, por apresentar um espaço exíguo que causa desconforto, além de não possuir nenhuma privacidade para o atendimento aos usuários de forma que um usuário pode escutar o atendimento ao usuário da cabine ao lado. Por fim foi constatado que os ACS não possuem armários para guardar os seus pertences o que os obrigava a colocá-los no chão, além de que o ambiente não apresentava uma ventilação adequada o que possibilitava a propagação de doenças infecto-contagiosas.

O segundo tema (classificação riscos) foi objeto de estudo da tese de doutorado do colega que foi parte do grupo do curso de especialização, do qual pude participar no trabalho de campo. Neste sentido seu tema de tese se constituiu num primeiro desdobramento do trabalho de especialização. Por fim, o terceiro tema, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), foi aqui contemplado como campo empírico de pesquisa de Doutorado.

A motivação e o interesse para estudá-lo surgem exatamente, a partir desses dois trabalhos dentro da Clínica da família, uma vez que o ACS era tanto um protagonista de ambos os processos, mas que realizava uma parte inédita e até certo ponto ignorada nos processos seletivos, sua atuação no território a que se referencia a Unidade Básica de Saúde. Tanto a Gestão da UBS como a orientação acadêmica convergiram em que este terceiro tema fosse apontado como crítico no funcionamento e, a esse título, viesse a ser o objeto de estudo da minha tese de doutorado. Afinal, segundo a pesquisadora e professora da ENSP:

“(…) nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais “ingênuo” ou “simples” nas pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos” (MINAYO, 2004).

Por isso a proposta desse trabalho foi buscar entender como funciona o processo de trabalho dos ACS, e as peculiaridades que eles se defrontam dentro do território, para desenvolver o trabalho de campo, as visitas domiciliares. Nessa perspectiva, e ainda como desdobramento da especialização, cabe acrescentar que o processo de coleta de dados foi realizado com o emprego de conteúdos ali veiculados.

Esse processo teve início com a adaptação e aplicação de um instrumento (que será descrito mais a frente) desenvolvido no Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias (GENTE/COPPE), denominado EAMETA, (JATOBA, BELLAS, *et al.*, 2015); (RICART, VIDAL e BONFATTI, 2012), que tem como base a Norma regulamentadora 17 – Ergonomia, do Ministério do Trabalho e do Emprego, que busca identificar se o trabalhador está submetido a algum tipo de sobrecarga de trabalho. Complementando, foi adotada uma metodologia de base interacional, denominada ação conversacional, desenvolvida para dar conta do problema metodológico do lugar da interação livre, ou seja, da fala e escuta articuladas em um processo cooperativo para a análise ergonômica do trabalho (VIDAL, 2008). Uma ação conversacional

combina os procedimentos observacionais e interacionais numa perspectiva ampliada de Análise Ergonômica. Esse método permite captar as representações que os trabalhadores têm do contexto de trabalho em que estão inseridos e permite a partir deles correlacionar com as habilidades que necessitam para desenvolver as suas atividades.

Nesse contexto o trabalho dos agentes sofre com um duplo grau de jurisdição porque são obrigados a cumprir todas as normas e fluxos do programa de Saúde da Família, mas ao mesmo tempo para conseguirem obter um resultado satisfatório e atingir as metas, que são obtidas através da realização das visitas domiciliares, precisam possuir habilidades sociais específicas daquele território, para poderem transitar, criar vínculos com os moradores e, finalmente, realizar suas tarefas.

O contexto dessa proposta encontra base na afirmação de (MANNHEIM, 1968) *apud* (MINAYO, 2004), onde aponta que certos termos sociais estão tão carregados de valores que só um participante do sistema social estudado pode compreendê-lo. Essa característica é própria desses territórios onde através das entrevistas pode-se perceber que a lógica de funcionamento e de organização desse território possui características peculiares e que muitas vezes é regida a margem das leis.

A partir daí se iniciou, através da análise ergonômica e da ação conversacional a busca pela identificação das principais habilidades sociais requeridas aos ACS para desenvolver o seu trabalho de campo, no território de Manguinhos. Neste sentido o material de base são precisamente as habilidades sociais aqui denominadas “habilidades comunitárias”, pertinentes, específicas e até mesmo características desse território. Entretanto, o método é replicável em outros territórios de forma que se possa em trabalhos futuros comparar as habilidades de diferentes territórios.

1.3 O Método da Análise Ergonômica

Nessa seção será apresentada as principais definições de Ergonomia. Em seguida, será realizada uma apresentação sintética da Análise Ergonômica, que é o instrumento de trabalho de campo da Ergonomia que foi utilizado para dar partida ao estudo que foi objeto dessa pesquisa. O tema da Ergonomia ainda é algo polissêmico como se observa nas definições de Ergonomia, que se seguem:

- i. A INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, em 2000 definiu Ergonomia (ou Fatores Humanos) como a disciplina científica que trata da compreensão das interações entre os seres humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teorias, princípios, dados e métodos, a projetos que visam otimizar o bem estar humano e a performance global dos sistemas (What is Ergonomics?, 2000).

- ii. A ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA, em 2004, estabeleceu a Ergonomia como o estudo das interações das pessoas com a tecnologia, a organização e o ambiente, objetivando intervenções e projetos que visem melhorar de forma integrada e não dissociada a segurança, o conforto, o bem estar e a eficácia das atividades humanas (Estatuto da ABERGO, 2004).

- iii. Alan Wisner um dos autores de referência da linha da Ergonomia que desenvolve o Grupo GENTE/COPPE, segundo (WISNER, 1987) a definição de Ergonomia pode ser entendida como “o conjunto de conhecimentos científicos relacionados ao homem e necessários à concepção de instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficiência”.

A abordagem utilizada em campo foi a Análise Ergonômica que busca formar um conjunto estruturado de análises que sintetize os determinantes da atividade das pessoas na organização, a partir de uma demanda que defina a natureza do problema. Em Ergonomia o modo operatório dos profissionais abrange a parte observável de um método de trabalho, incluindo a descrição de sua dimensão cognitiva e a tomada de decisão implícita, essenciais para o entendimento das atividades e da real condição de trabalho (VIDAL, 2008); (WISNER, 1994).

A Análise Ergonômica propõe a construção de problemas em três capítulos, a saber: a instrução da demanda, a modelagem operante e a formulação de recomendações:

1.3.1 Instrução da demanda

A Instrução de demanda se estabelece, de forma social, participativa e interacional, os temas das ações de Ergonomia, cuja finalidade é a melhoria dos relacionamentos entre pessoas, tecnologia e organização do trabalho. Ela parte tanto de uma necessidade interna à organização em que se desenvolve um estudo, é o caso de falarmos de uma Micro-ergonomia, onde se localiza a contribuição específica da disciplina, como pode ser decorrente de uma problemática mais ampla e no contexto que esta encontra-se inserida, que seria o caso de falarmos em Macro-ergonomia. Neste caso pode-se dizer que a micro-ergonomia seria a parte que estuda os problemas de forma localizada e como eles impactam no trabalho realizado pelo trabalhador. Já a macro-ergonomia seria responsável pelo estudo global da empresa como por exemplo o contexto de mercado na qual está inserida e quais os efeitos sobre o seu funcionamento.

Mesmo admitindo casos intermediários, o que importa nesta etapa inicial é entender e formular com clareza aquilo que os interessados em ergonomia desejam e julgam ser possível obter e definir a partir da utilização dessa disciplina, ainda que algumas simplificações se imponham ou que alguns tópicos sejam preteridos. Afinal uma disciplina de engenharia opera com a modelagem, a construção de modelos da realidade, que alguns autores consideram não ser pertinente na construção de teorias científicas.

Aos defensores da (GROUNDED Theory) assim como epistemólogos reputados como o caso de (BUNGE, 1974) e (HOLLAND, 1998) se colocam de forma contrária a essa idéia. Holland, considerado o pai dos Algoritmos genéticos, e um dos principais autores do campo da complexidade, e afirma que:

Although model building is not usually considered critical in the construction of scientific theory I would claim that it is. (HOLLAND, 1998, p. 4).

Sua argumentação é limpa e nela buscou-se a fundamentação. Segundo Holland, cada modelo concentra, na descrição de um selecionado aspecto do mundo assinalando os demais como incidentais em face desta seleção. Pouco importa em ciência, num plano geral, quão arbitrária teria sido essa seleção – afinal o que não é arbitrário num processo cognitivo e porque deveríamos abrir mão do arbítrio, exatamente o atributo central da aventura humana ?

O que importa, e muito, é o fato de que se um modelo for bem concebido, ele tornará possível fazer previsões e planejar, abrindo as vias para revelar novas possibilidades. E numa ordem ainda superior de importância, modelar, não se trata de um processo dedutivo, mas de

um processo criativo, que cria os assentamentos para um saber necessário numa investigação, num desenvolvimento e numa implantação de novos sistemas e/ou sistemáticas.

A partir das considerações apresentadas no parágrafo anterior, tem-se o *modus operandi* da Ergonomia. Nessa primeira etapa, que se trata de esquematizar as solicitações do demandante e os possíveis desdobramentos para se confirmar ou modificar a impressão inicial descrita pelo demandante. A partir daí é feita a Análise Ergonômica pelo praticante de Ergonomia e se subdivide em quatro momentos, quais sejam:

- a coleta de uma demanda inicial,
- a análise global (da população, das estruturas técnicas, econômicas e sociais da empresa),
- a reconstrução da demanda (cotejando a demanda gerencial e a ampliação de compreensão do contexto possibilitada pela análise global); e
- a demanda ergonômica, a ressignificação da demanda inicial ou gerencial em bases mais realistas.

1.3.2 Demanda inicial

A primeira fase do trabalho tem o objetivo de conseguirmos estabelecer uma relação de confiança com os trabalhadores, neste caso, denominada de construção social, que é criar um mecanismo que seja capaz de estabelecer um elo entre o analista e os profissionais que realizam o trabalho que será analisado.

Nessa fase, denominada de Demanda Inicial, busca captar as principais queixas da gerência em relação ao trabalho. Em seguida, inicia-se o trabalho de observação e ação conversacional, buscando a visão que os trabalhadores possuem dos problemas que afetam seu trabalho e que tipo de solução é, inicialmente, proposto por eles.

Nas reuniões seguintes, realizadas com o trabalhador, as demandas gerenciais são progressivamente reconstruídas, ou modificadas, segundo negociação entre o praticante de Ergonomia e o demandante, à luz de resultados de análise global (que será sumariamente descrita a seguir).

Também é importante descrever como está estabelecida a construção social, delimitando quais pessoas compõem o grupo de suporte e acompanhamento da ação ergonômica

(profissionais da organização que apoiarão o trabalho de campo), bem como qual será o foco da análise (postos de trabalho e profissionais que serão analisados).

O resultado esperado dessa fase é o enunciado da Demanda Inicial.

Assim sendo para os ergonômistas é bastante aceitável que a última expressão de demanda seja diferente ou mesmo ramificada em subtemas, já que o processo de reconstrução é de natureza complexa e, assim sendo, de baixa previsibilidade

1.3.3 Análise Global

A fase de Análise Global tem como objetivo descrever, por meio do entendimento da análise do contexto e do funcionamento da organização, que situações de trabalho merecem intervenção. Por isso, essa fase se confunde com a Instrução da Demanda, em alguns momentos.

Nessa etapa é realizada a descrição do processo produtivo e o contexto funcional da organização, processo pelo qual se busca conhecer a organização, através do estudo de sua população, da organização do trabalho, processo de trabalho, escopo de atuação etc., aprimorando a construção social e mapeando oportunidades iniciais de melhoria.

Através da Análise Global, deseja-se definir que situações de trabalho realmente necessitam de intervenção, o que caracteriza a Demanda Ergonômica. É importante destacar que a Demanda Ergonômica nem sempre coincide com aquela descrita na fase de Instrução da Demanda como Demanda Inicial, em alguns casos, após a observação do trabalho e os diálogos firmados com os trabalhadores, ela pode ser alterada.

Por fim essa etapa deve possibilitar que se identifiquem os principais problemas com suas limitações, estabelecendo um rol de possibilidades para melhoria das situações de trabalho, bem como devem ser determinados os meios através dos quais o trabalho de ação ergonômica pode avançar, permitindo a adoção de melhorias no processo de trabalho estudado.

1.3.4 Modelagem operante

A modelagem operante consiste na etapa em que ocorre a diagnose do problema, que irá abrir o caminho para a formulação de recomendações.

Ela se subdivide em quatro etapas, num primeiro momento de focalização, seguido de um outro mais amplo de sistematização:

A focalização é o momento em que se busca localizar a(s) situação(ções) de trabalho a analisar, e que cuja análise possibilite indicar resultados que irão atender à demanda ergonômica.

Esta etapa é a de sistematização, que consiste em levantar as principais evidências sobre a atividade real, possibilitando com isso um diagnóstico preliminar do trabalho dos operadores, através da delimitação e da mensuração de aspectos observáveis no trabalho.

A esquematização da situação de trabalho resulta em um modelo de como o trabalho é realizado na organização, que é chamado de Modelo Operante. Esse modelo possibilita a descrição do trabalho e um diagnóstico detalhado dos seus problemas, que foram definidos na Demanda Ergonômica, de forma que contenha os problemas encontrados e as respectivas propostas de melhoria, que foram acordadas inicialmente, com os trabalhadores.

Nessa etapa, a ação ergonômica define seu foco, estabelecendo que situação de trabalho devem receber uma atenção mais detalhada da análise e, conseqüentemente, será alvo da intervenção.

A sistematização, momento em que se busca reunir os fatos a cerca das dificuldades encontradas na realização do trabalho, sua esquematização como problemas e a administração das evidências na argumentação de suporte às recomendações. Este momento inclui uma construção metodológica especial, para que se consiga estabelecer as principais observáveis, que possibilitem evidenciar fatores (na tecnologia e na organização do trabalho) que causam sobrecarga de trabalho às pessoas.

Decorre da sistematização uma modelagem onde se apresente uma clara identificação das contrantes (principais causas que dificultam o desempenho no processo de trabalho analisado);

A estruturação de problema em termos de explicitação de contextos, caracterização de dificuldades, e estabelecimento dos contrantes em um esquema-síntese.

1.3.5 A proposição de melhorias

Por fim, a proposição de melhoria é a etapa na qual é construída uma sinalização do tratamento dos problemas através de recomendações. Essa etapa final se faz de forma participativa, operando conjuntamente, com os trabalhadores e as gerências, as propostas de melhoria do processo de trabalho. Ela se subdivide em quatro partes, a saber:

- i. A restituição (comunicação do esquema-síntese aos interessados);

- ii. A quesitação (o esquema é dividido em tópicos de melhorias, mediante a discussão com os trabalhadores (operadores e os gestores);
- iii. A validação, (quando as melhorias propostas são acordadas com os interessados e responsáveis);
- iv. A implementação (que se baseia no debate acerca de como poderão ser implantadas as melhorias).

Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores deve ser realizada a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), abordando, no mínimo, as condições de trabalho conforme estabelecidas na Norma Regulamentadora(NR) nº 17 (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1990).

As recomendações são todos os possíveis problemas encontrados na AET que estejam fora de conformidade, tendo como base a NR 17, além de qualquer situação identificada como possível causadora de esforço para o trabalhador.

Já a Validação, que inclui também a restituição, que é a entrega dos resultados oriundos da realização da ação ergonômica, consiste na apresentação das soluções, para a discussão desse diagnóstico, junto com as pessoas que compõem a construção social.

Nessa fase, os resultados da análise e as recomendações são verificados e negociados, para em seguida se transformar em um projeto de transformação do trabalho.

Um conceito importante que é utilizado na elaboração desses projetos é o de Ergonomia Participativa que busca o envolvimento dos trabalhadores na avaliação e na implementação das mudanças em seus postos de trabalho. Isso deve ser feito em conjunto com ações informativas e educacionais e podem influenciar positivamente na disseminação de uma cultura de Ergonomia e na redução de fatores de risco no trabalho (VISSER e ET, 2014).

Como descrito no título da tese, o objetivo principal dessa pesquisa foi apresentar contribuições da Ergonomia para a melhoria do trabalho nas Estratégia Saúde da Família, que é a estratégia prioritária da PNAB, tendo como foco a atuação do Agente Comunitário de Saúde.

No caso específico dessa pesquisa o trabalho de campo foi realizado através da Análise Ergonômica e da ação conversacional que permitiu realizar a análise do processo de trabalho do ACS, conseguindo desta forma identificar três questões de pesquisa que estão interligadas

e impactam diretamente sobre as condições de trabalho dos ACS, a primeira que foi o objetivo principal da pesquisa e a as duas outras que decorrem do trabalho de campo realizado, conforme descrito abaixo:

1. A primeira questão que foi o objetivo principal dessa pesquisa, que tem como propósito identificar as habilidades comunitárias que são necessárias para realização das visitas domiciliares, tendo em vista as condições de infraestrutura e ambiente social do território.
2. A segunda decorrente do método de trabalho de campo, que permitiu identificar os principais problemas encontrados durante visita domiciliar, permitindo com isso a identificação de possíveis impactos sobre a saúde dos ACS;
3. A terceira que foi também decorrente do método de trabalho de campo, que possibilitou analisar quais os impactos dos problemas encontrados durante as visitas domiciliares, sobre a realização das atividades dos ACS para a execução da Estratégia Saúde da Família.

1.4 Estrutura da Tese

Esta tese se desenvolve em nove capítulos.

O primeiro capítulo faz uma breve apresentação de como surgiu a linha de Ergonomia dessa pesquisa, em seguida a escolha do tema, que relata como foi o caminho percorrido para chegar até o assunto de pesquisa, na sequência detalha o método da Análise Ergonômica e apresenta a estrutura da tese.

No segundo capítulo apresenta-se os principais fundamentos da atenção primária no mundo e no Brasil.

No terceiro capítulo é apresentado o resultado da revisão bibliográfica sobre como o processo de formação e treinamento dos ACS vem sendo tratado no Mundo e no Brasil. No quarto capítulo é apresentada a suma metodológica que foi utilizada na pesquisa.

No quinto capítulo é apresentado o ambiente onde foi realizada a pesquisa, tendo uma descrição mais detalhada da Saúde da família, do Agente comunitário de saúde e do local de realização da pesquisa. Nesse capítulo é apresentada a questão de pesquisa principal o

objetivo e a significância do tema e as duas outras questões de pesquisa que foram tema dessa pesquisa e que são decorrentes do método utilizado no trabalho de campo.

No sexto capítulo se descreve os principais referenciais teóricos utilizados na tese que são os sistemas sociotécnicos complexos e as habilidades sociais.

No sétimo capítulo são apresentados os resultados que foram produzidos para cada uma das três questões de pesquisa.

No capítulo oito são apresentadas as discussões referente aos questionamentos dessa pesquisa, e no capítulo 9 as conclusões e encaminhamentos futuros possíveis para as questões de pesquisa.

CAPÍTULO 2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A ERGONOMIA

A origem da idéia de atenção primária segundo (MCWHINNEY, 1998) ocorre em 1920, com o Relatório Dawson, que foi o primeiro documento a defender uma abordagem baseada na população como forma de organização dos serviços de saúde, a alocação de recursos e a formação de pessoal de saúde. O documento também foi responsável pela introdução dos conceitos dos níveis primários e secundários de cuidados em saúde e de centros de saúde de atenção primária.

Nesse sentido, acrescenta (STARFIELD, 2002) que a ideia inicial de atenção primária atribuída a esse Relatório, que foi elaborado pelo Ministro da Saúde do Reino Unido, produziu a primeira correlação com a ideia de regionalização e hierarquização aos cuidados em saúde, a autora acrescenta ainda que os avanços nessa área somente começam a ocorrer, de fato, a partir da década de 60:

(...), com a expansão de serviços cada vez mais especializados, que começa a gerar uma crise no setor de serviços em saúde, é que ressurgem nos Estados Unidos um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, que possui duas vertentes principais, a primeira liderada pelos Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários, e a segunda oriunda do contexto gerado pelo Governo Federal no sentido de combater a “guerra à pobreza” (STARFIELD, 2002).

Como causa desse ressurgimento da medicina ou saúde comunitária destacam (DONNANGELO FMC, 1976); (BREILH, 1979) que é possível perceber a correlação dessas duas propostas com o contexto gerado pela crise econômica e o modo de acumulação capitalista que se instalou nos países centrais a partir dos anos 70, que teve como consequência direta a necessidade do enfrentamento de uma situação explosiva determinada pelo crescimento das periferias urbanas, que acabou por se tornar um grande desafio na área de saúde para todos os países.

Entretanto, a ideia de consenso de atenção primária só foi estabelecida mundialmente, a partir da conferência de Alma-Ata, na URSS, elaborada pela (OMS, 1978) onde destacou os seguintes elementos como componentes desse modelo:

- a) A integração dos serviços locais num sistema nacional;
- b) A participação;
- c) A necessidade de ações intersetoriais;
- d) A relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social.

Esse conteúdo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) possuía sua articulação em torno de dois polos bem definidos, o primeiro buscava dar respostas às necessidades de ordem econômica, política e social, a segunda procurava atender as demandas oriundas dos movimentos sociais e setoriais envolvidas, no contexto encontrado á época. De um lado havia um polo tecnocrático propondo a incorporação de medidas inovadoras e de racionalização das práticas (comunidade como fundamento das necessidades de saúde, hierarquização, coordenação e integração do cuidado), e de outro, um polo participativo associado a uma maior democratização dos serviços (mudanças na divisão do saber com ampliação da equipe, incorporação de agentes da comunidade, acesso e controle social). O estudo das diversas conjunturas ou contextos de aplicação permitiria identificar seus elementos principais, combinações ou a direção predominante em torno de três eixos principais: racionalização, legitimação do Estado por meio de políticas públicas ou uma maior democratização dos serviços (CONILL e O'NEILL, 1984).

Nesse sentido, surge nos países da América Latina, durante os anos oitenta, a abordagem adotada para a adoção de um modelo de atenção primária que possuía um caráter restritivo e foi recomendado pelas agências multilaterais, tornando-se como uma proposta hegemônica a implementação de cesta mínima de serviços, que estava caracterizada de uma forma geral pela baixa qualidade dos serviços oferecidos (CONILL e FAUSTO, 2007).

Entretanto, este movimento teve um efeito positivo, pois, os países da região passam a se preocupar em desenvolver políticas para fortalecer a Atenção Primária a Saúde (APS) como estratégia para organizar os serviços e promover a equidade em saúde renovando uma

abordagem abrangente de APS, tendo como base as recomendações da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A atenção primária a saúde (APS) é considerado o primeiro nível de acesso aos serviços de saúde no mundo inteiro. No início da década de 70 a Organização Mundial da Saúde, durante a realização da Conferência Mundial de Cuidados Primários em Saúde, Realizada na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) definiu a atenção primária como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação(...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 2).

No contexto internacional uma definição operacional consensuada pelos autores e também no Brasil é a da pesquisadora Americana, Bárbara Starfield, onde ela descreve conceitualmente os quatro atributos essenciais característicos dos serviços de APS, que são apresentados a seguir (STARFIELD, 2002).

1- Onde ocorre o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: possibilita a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado para o acompanhamento de um novo problema ou da recorrência de um mesmo problema de saúde, excetuando-se os atendimentos de emergências e urgências médicas.

2- A Longitudinalidade: é a existência de uma fonte continuada de atenção, que permite sua utilização ao longo do tempo. É fruto da relação existente entre a população e o serviço de atenção que deve se refletir em uma relação contínua que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

3- A Integralidade: é o leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Essas ações devem ser oferecidas pelo serviço de saúde a fim de que os usuários obtenham atenção integral, incluindo do caráter biopsicossocial do processo de saúde-doença, assim como as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que nem todas as ações sejam

oferecidas dentro das unidades de APS. Nesse caso devem Incluir os encaminhamentos para as demais especialidades médicas, exames, cirurgias e hospitais.

- 4- A Coordenação da atenção: esta ação pressupõe uma forma de continuidade no atendimento realizado, seja através de prontuários médicos, pelo mesmo profissional de saúde, ou ambos, além da agregação de problemas abordados em outros serviços, permitindo desta forma a integração do cuidado recebido pelo paciente. O profissional responsável pela atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, realizando a coordenação entre os serviços.

Ainda Segundo a autora é importante considerar ainda três outras características essenciais, as quais são denominadas de atributos derivados, que são descritos a seguir:

- a) A Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.
- b) A Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- c) A Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Outro ponto importante que é destacado pela autora é que todo o sistema de serviços de saúde, deve possuir duas metas consideradas prioritárias:

A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde.

A segunda meta é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

O modelo da prestação de serviços baseado na Atenção primária é referenciado como importante modelo de atendimento prestado a população, onde se destaca a importância do modelo centrado no paciente (MCCRACKEN, STEWART, *et al.*, 1983); (LEWIS, SOUTH-PAUL e MATHENY, 2014); e de um novo método clínico onde justifica a importância dessa mudança para os resultados no atendimento da população e pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados (MCWHINNEY, 1993); (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010).

Ainda nesse sentido, a melhoria na qualidade da prestação dos serviços de saúde, é destacado pelas principais organizações internacionais e acadêmicas, destacando como característica em comum, que os principais sistemas de saúde, que apresentam-se bem organizados, e são utilizados como referência, mundialmente, possuem em comum um sistema de atenção primária bem estruturado e estes funcionam de forma eficaz na prestação dos serviços de atenção em saúde e apresentam alto grau de resolutividade nos problemas de saúde da população (SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006).

2.1 A atenção primária à saúde no Brasil

A criação do Sistema Único de Saúde do Brasil foi precedida de um longo período de debates, no bojo de um processo de lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado Brasileiro, que teve como seu maior representante o movimento dito da Reforma Sanitária. Essa passagem histórica é reconhecida oficialmente pelo Ministério da Saúde que menciona expressamente que...

“(...) dessa luta foi aprovado e afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No Brasil, as primeiras incorporações do grupo familiar nos programas de saúde pública começaram a ocorrer no final da década de 80. O marco referencial neste sentido foi à implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que fora oriundo do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) de 1991, coordenado pelo Ministério da Saúde com a responsabilidade de execução dos municípios, entretanto, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde. O Programa Saúde da Família surge, em dezembro de 1993, tem como base algumas experiências municipais bem sucedidas, que já estavam em andamento no País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Programa de Saúde da Família, desde sua origem, conforme descrevem (SOUSA e HAMANN, 2009) foi concebido como uma estratégia para reorganização e fortalecimento da atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde. O caráter substitutivo do PSF em relação à “atenção básica tradicional” orientando-se pelos seguintes princípios, descritos abaixo:

- 1) A adscrição de clientela - A adscrição da clientela refere-se ao novo vínculo que se estabelece de modo permanente entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde.;
- 2) A Territorialização - A territorialização aponta para a relação precisa que se estabelece mediante a definição do território e da população, o que implica o mapeamento e a segmentação da população por território ;
- 3) O diagnóstico da situação de saúde da população - O diagnóstico da situação de saúde da população permite a análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos e a geração de dados.
- 4) O planejamento baseado na realidade local - O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades.

A partir da publicação da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) o programa passa a denominar-se Estratégia Saúde da Família (ESF) e torna-se a estratégia prioritária para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Aliado a essa conquista histórica da sociedade brasileira, o tema da melhoria na qualidade da oferta dos serviços de saúde no atendimento ao cidadão, tem sido outra batalha ao longo dos últimos anos, pois é um enorme desafio superar as dimensões continentais, além das condições políticas e sanitárias do País.

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Estratégia Saúde da Família, que é parte do SUS, vem ganhando cada vez mais espaço, por se tratar de um programa que prioriza a prevenção e a promoção da saúde, substituindo a ênfase nos atendimentos emergenciais. Busca, desta forma, reduzir os agravos em saúde das populações vulneráveis, além de diminuir os custos com os procedimentos de média e alta complexidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Dentro da execução da PNAB, através da Estratégia Saúde da família, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel preponderante, por se constituir no agente de interligação entre a estrutura de cuidado (a Unidade Básica de Saúde) e a demanda social (a população que necessita de atendimento). Mais ainda, por se fundamentar na visita domiciliar, esta interligação significa também uma criação de vínculos que materializam a presença atuante do Estado junto ao território, dado que nas visitas o ACS não se limita a registrar somente dados dos moradores, mas também, de elementos da estrutura do território que possibilitem uma relação entre estes e os problemas de saúde reportados pelas famílias do território.

Nesses encontros o ACS identifica e mapeia os processos produtivos instalados no território e estabelece relações entre essas atividades e as queixas, demandas e problemas de saúde das famílias. Além disso, por meio das visitas domiciliares, conhecem quem são os trabalhadores residentes na área de atuação das equipes, suas condições de vida e saúde, bem como as situações de vulnerabilidade e risco a que estão expostos (SILVA, DIAS e (ORGS.), 2012).

As autoras acrescentam ainda que a qualificação e o apoio técnico permanente, a esses trabalhadores da saúde, torna-se um desafio que para ser superado, exige além da decisão política, o preparo e a disponibilização de instrumentos e ferramentas que subsidiem respostas às questões que envolvem a relação trabalho-saúde-doença nos territórios locais, pelas equipes da Atenção Básica/Primária.

Nesse sentido acrescenta (SOUSA e HAMANN, 2009) que a estratégia de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal do PSF continua sendo uma questão a ser enfrentada, enquanto uma política de Estado seja capaz de levar adiante mudanças em curso na formação desses profissionais.

Entretanto, no contexto brasileiro destacam alguns autores (BEZERRA, 2004); (MACINKO, 2006); (ONOCKO-CAMPOS e ET-AL., 2012) que apesar do País ter obtido um grande avanço no processo de implantação e ampliação da Atenção Primária em Saúde a partir da década de 90 pode-se constatar que ainda existem inúmeras dificuldades a serem superadas, como por exemplo, um funcionamento fragmentado das ações e dos serviços de saúde, que dificultam o processo de integração da atenção primária, e um processo contínuo com a finalidade de qualificar a gestão do cuidado.

Por outro lado no contexto brasileiro, a implantação do sistema de atenção primária apresenta grandes desafios para o efetivo funcionamento da atenção básica conforme descreve (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008); (MENDES, 2011), que destacam que como pontos essenciais é importante: a superação das lacunas assistenciais, o problema do financiamento público insuficiente, a melhoria da distribuição inadequada dos serviços, a superação a questão do trabalho precário e a carência de profissionais para concretizar as propostas da ESF.

Para finalizar, cabe destacar algumas das recomendações para melhorar a qualidade da Estratégia Saúde da família, que impactam diretamente no processo de trabalho das equipes, e consequentemente, dos ACS, conforme estudo realizado por (ESCOREL, 2002) quando foi realizada a avaliação do Programa de Saúde da Família, em dez centros urbanos, e que permanecem de alguma forma na agenda, conforme descritos abaixo:

A necessidade de estratégias de negociação com as corporações médicas e de enfermagem;

A integração de equipes nos serviços existentes ou no interior de uma unidade básica de saúde para compartilhamento de recursos e interconsultas;

A redução do número de famílias adscritas em função do grande leque de atividades;

As práticas para atrair usuários com adscrição próxima ao local do trabalho, horários noturnos, melhor acolhimento e, adequação do financiamento à situação peculiar das periferias urbanas com incentivos salariais para áreas de risco social e epidemiológico. Além disso, chamam atenção para o fato de que um sistema integrado de serviços necessita de investimentos nos demais níveis de complexidade e não apenas na atenção básica.

É recomendável estimular a regularidade mensal das visitas domiciliares por ACS, o que exige a redução do número de famílias sob sua responsabilidade.

1- A realização das atividades preconizadas para as ESF – educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais – exige a redução do número de famílias adscritas por ESF.

2- A criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria maior permanência dos profissionais nessas áreas. Considerar a possibilidade de incentivos que apoiem a redução da rotatividade dos profissionais e fixem as ESF implantadas.

3- É recomendável aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando na capacitação permanente os aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento (SCOREL, 2002).

Corroborando com a análise sobre a dificuldade de operacionalizar um Programa de Saúde da Família eficaz nos grandes centros urbanos, (VIANNA, ROCHA, *et al.*, 2006) acrescentam que as análises acerca do PSF nos grandes centros urbanos demonstram obstáculos que são oriundos do modelo padrão de desenvolvimento urbano ocorrido no País, além do acentuado processo de favelização que vem ocorrendo nos últimos anos, estes fatores implicam na adoção de ações intersetoriais de cooperação entre as diversas instâncias públicas e privadas em face às situações de extrema precariedade que são encontradas nos grandes centros urbanos. Acrescentam ainda que essas situações acabam sendo agravadas ou se somariam a problemas setoriais tendo em vista a existência o baixo grau de resolutividade dos sistemas municipais, que impactam diretamente a sustentabilidade do processo de gestão, além dos problemas oriundos da ineficiência do sistema de financiamento que são decorrentes da política de repasses, que associado diretamente ao aumento da violência urbana acabam repercutindo de forma direta sobre o trabalho executado e na rotatividade das equipes.

Nesse contexto, cabe ressaltar o caso do Município do Rio de Janeiro, que foi onde ocorreu essa pesquisa, onde pode-se destacar um dos fatores que impactam na qualidade dos serviços ofertados pela ESF, está no crescimento acelerado que ocorreu nos últimos anos, os altos investimentos, tanto técnico quanto em estrutura, que ocorreu na expansão da ESF no Rio de Janeiro, tem sido chamado de Reforma da Atenção Primária, por ser o Município do RJ a capital brasileira com a maior ampliação absoluta de equipes de Saúde da Família em um curto espaço de tempo, ou seja, foram implantadas 640 equipes de saúde da Família em apenas 3 anos (HARZHEIM, LIMA e HAUSER, 2013).

Segundo (COSTA, 2015); (SORANZ, 2017) o Município do Rio de Janeiro é a capital brasileira com maior número de Equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 6 anos. Um dado que demonstra esse crescimento acelerado está nos números apresentados, onde no

ano de 2008 havia pouco mais de 3% de cobertura de Saúde da Família e em 2015 a cobertura já alcançava 46,92% da população com 876 equipes implantadas.

Esta expansão acelerada trouxe alguns problemas como a necessidade de formação permanente desses profissionais que vem desenvolvendo seu trabalho na ESF, tornando-se nesse caso um desafio trabalhar na formação desses profissionais. Neste sentido, a proposta desse trabalho foi buscar através da Ergonomia apresentar uma contribuição para o processo de formação dos ACS, que é o maior quantitativo de profissionais das equipes de saúde da família, que atuam na Estratégia de Saúde da Família.

Esse tema da Atenção Primária em Saúde, como descrito anteriormente, é objeto de vários estudos que tratam de assuntos como a percepção de usuários, as estruturas de funcionamento (logística) e acerca de conteúdos que abordam o trabalho e os trabalhadores na saúde. Esta tese foca este terceiro campo, na ótica da Ergonomia que estabelece uma leitura crítica da logística a partir do ponto de vista da atividade de trabalho. A tese se situa no movimento de compreensão das dificuldades encontradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que está inserido na execução da Estratégia Saúde da Família (ESF), mais especificamente, na realização das visitas domiciliares, sob a ótica da Ergonomia, a fim de que possa contribuir para o aprimoramento do trabalho realizado pelos ACS e conseqüentemente, na melhoria dessa Estratégia.

2.2 A Ergonomia nos cuidados em saúde

Estudos têm extensivamente documentado os inúmeros problemas de qualidade na prestação de cuidados de saúde em todo o mundo (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Nesse sentido, de colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde, cabe destacar que a utilização de Fatores Humanos e Ergonomia (HFE) nos cuidados de saúde tem sido reconhecido desde o início da profissão e da disciplina, entretanto, segundo alguns autores, pode-se afirmar que o desenvolvimento e o crescimento têm sido lentos, ficando aquém do necessário (GURSES, OZOK e PRONOVOST, 2012); (CARAYON, 2012); (NORRIS, 2012).

Dentre os fatores que impactam na maioria de suas aplicações dos cuidados em saúde, pode-se ressaltar que o setor é afetado pelo aumento crescente dos custos, pela ineficiência e preocupações crescentes com a segurança e o cuidado do paciente. Enquanto as organizações

de saúde procuram, continuamente, melhorar os cuidados que prestam, muitas vezes não consideram o elemento humano básico no sistema ou o aspecto de como o sistema de prestação de cuidados de saúde está inter-relacionado e se comunica com os demais elementos dos sistemas da saúde (HERO, 2007).

Dessa forma, o documento destaca que ao considerar os ambientes de saúde, é preciso destacar que o mesmo possui características muito peculiares. Talvez, por isso, os cuidados em saúde apresentem os maiores desafios ergonômicos e oportunidades do que qualquer outra área da indústria, tendo em vista a complexidade que apresenta, conforme algumas das características descritas a seguir:

(...)Trabalho de operação constante. Isso significa trabalho em turnos e locais de trabalho compartilhados. Além disso, a maioria trabalha em ambientes que envolvem trabalho individual e em equipe.

- O público cliente/paciente inclui pessoas de todas as faixas etárias e com diversas características distintas (baixo, alto, magro, gordo).
- A Regulamentação, a segurança e a privacidade estão se tornando uma consideração cada vez mais importante nos ambientes de saúde.
- A maioria dos trabalhos nos cuidados de saúde envolvem grandes esforços físicos e movimentos, a partir de posições e posturas, que podem apresentar para os trabalhadores um risco de acidentes e lesões. É comum encontrar trabalhos envolvendo várias posições e movimentos como: empurrar, puxar, alcançar, dobrar, esticar, levantar, abaixar, sentar, andar e carregar.
- Muitos trabalhos de saúde são caracterizados por atividades físicas multitarefa com um trabalho de forte conhecimento em Tecnologia.
- A força de trabalho é predominante, feminina (HERO, 2007).

Além de possuir características peculiares que apresentam um campo extenso para pesquisas em FHE, ainda pode-se destacar que a complexidade é uma característica que define o cuidado com a saúde, e as intervenções ergonômicas na prática clínica precisam levar em conta aspectos vitais para o sucesso ou o fracasso das novas tecnologias que auxiliem nas atividades desses profissionais (DEKKER, 2011).

Os Fatores Humanos e Ergonomia tem um papel de destaque e impactam significativamente o campo da prestação de cuidados de saúde, podendo auxiliar na melhoria direta de diversas

áreas, tais como: os erros humanos, a segurança do paciente, a coordenação de comunicação e prestação de cuidados, o design organizacional e as tecnologia assistivas.

Nesse sentido, no que diz respeito a utilidade e importância dos FHE para os cuidados em saúde pode-se destacar:

“ (...) que o método de abordagem é abrangente e sistêmica, de forma que os Fatores Humanos e Ergonomia (FHE) exploram um problema observando as pessoas dentro de um sistema, suas interações entre si e o sistema e, em seguida, redesenha as tarefas, interfaces e sistema. Ele usa uma abordagem de análise de sistemas onde os seres humanos serão definidos como partes interessadas dentro do sistema (HIGNETT, JONES, *et al.*, 2015).

Outra vertente importante de destacar é o caráter multidisciplinar em que são feitas as abordagens em FHE Segundo descreve (WILSON, 2000) essa disciplina de Fatores Humanos e Ergonomia poderia ser considerada como

"uma das primeiras disciplinas verdadeiramente multidisciplinares, interdisciplinares e transversal" uma vez que a sua utilização ocorre através do conhecimento de diversas áreas tais como: o design, engenharia, psicologia, gestão organizacional e ciências humanas (anatomia, fisiologia, Biomecânica, cinesiologia e antropometria).

No que diz respeito aos métodos aos quais são realizados os trabalhos em Ergonomia tendo como finalidade os cuidados em saúde segundo (HIGNETT e WILSON, 2004) que fizeram uma extensa pesquisa sobre o uso de metodologia qualitativa em pesquisa de ergonomia, esclarecem que tem havido um debate contínuo sobre a definição e o escopo da prática da ergonomia. Na década de 1990, houve muitos artigos introspectivos que buscaram discutir de forma aprofundada a definição de ergonomia; Se o seu status seria como ciência ou arte (MORAY, 2000) ou de ofício, e qual a sua utilidade (WILSON, 1999).

As formas utilizadas para representar as áreas de pesquisa e prática em FHE tem sido o de modelos triangulares, desde pelo menos a década de 1960 (PERROW, 1983), baseando tipicamente na tríade pessoa / produto / meio ambiente. Este modelo só vai ser modificado para incluir fatores organizacionais na década de 1980 onde são acrescentadas as vertentes (físico / cognitivo / organizacional) (INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION, 2000).

Outro ponto importante é sobre qual o melhor modelo de pesquisa a ser utilizado pelos FHE, a pesquisa quantitativa ou qualitativa. Segundo descreve (HIGNETT e WILSON, 2004) a disciplina e a prática da ergonomia já se envolveram em vários debates quantitativo versus qualitativo, como visto em artigos de diversas áreas, tais como: sobre engenharia cognitiva (DOWELL e LONG, 1998), análise de protocolos verbais (SUCHMAN, 1987), tomada de decisão naturalista (KLEIN, 1995), metodologia de sistemas flexíveis (CHECKLAND, 1981); (CLEGG e WALSH, 1998), macro ergonomia (MARKUS e ROBEY, 1988), ergonomia participativa (WILSON, 1991), análise exploratória de dados seqüenciais (SANDERSON e FISHER, 1997) e ergonomia da atividade ((WISNER, 1972); (DE KEYSER, 1991); (CARBALLEDA e DANIELLOU, 1997); (DANIELLOU, 1999); (FALZON, 1999); (DANIELLOU, 2001).

No que diz respeito a utilização da Ergonomia (WILSON, 2000); (WILSON, 2000a) sob o antagonismo existente entre pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa, o autor apresentou uma definição de ergonomia, enfatizando a compreensão do comportamento humano e do desempenho de Sistemas sociotécnicos que interagem com objetivos específicos e a aplicação desse entendimento ao desenho de interações no ambiente de contextos reais. Ele localiza a ergonomia no

(...) "Ápice das ciências e das humanidades", no centro do continuum qualitativo-quantitativo, dizendo que "a ergonomia tem mais em comum com a antropologia, onde a unidade de análise é interação, em contraste com a psicologia onde a Unidade de análise é o indivíduo ".

Por fim o autor destaca que a disciplina tem grande potencial para contribuir para a melhoria da qualidade do trabalho realizado:

(...) "não acho que deveria haver uma batalha sobre qualitativo versus quantitativo, eu acho que é uma questão de o que é apropriado para o quê, e como eles funcionam juntos. A ergonomia deve ser considerada como um dos primeiros temas verdadeiramente multidisciplinares, interdisciplinares e transversais que o mundo exige se quisermos compreender e melhorar as vidas dos povos e das sociedades que vão para o século XXI" (WILSON, 2000a).

Neste sentido, torna-se um desafio cada vez maior melhorar a qualidade dos cuidados em saúde prestado a população. E nessa vertente a Ergonomia pode apresentar soluções estruturadas e consistentes que podem modificar o funcionamento e melhorar o desempenho.

Para isso é preciso investir na qualificação das equipes de saúde. A década passada tem visto um aumento lento e gradual na aplicação de técnicas de Fatores Humanos e Ergonomia para a prestação de cuidados de saúde em uma ampla gama de contextos. Esta experiência está começando a ser valorizada e mais amplamente compreendida em todo o sistema de saúde. Os desafios que se apresentam não devem ser subestimados, entretanto, não se pode desprezar também os benefícios alcançados. (HIGNETT, JONES, *et al.*, 2015).

2.3 O foco da Ergonomia tratado nessa tese

Esta tese se constitui num desdobramento da intervenção acima descrita, mais especificamente, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em seu trabalho de campo, que é onde ocorrem as visitas domiciliares, atividade esta que ocupa 75% do tempo de trabalho desses profissionais, que corresponde a quatro dias por semana.

O foco do trabalho aqui realizado foi entender quais as principais dificuldades encontradas pelos ACS para a realização das visitas domiciliares, e quais as principais regulações adotadas por eles, em virtude dessas variabilidades encontradas, para conseguir para realizar as visitas. A partir daí identificar as principais habilidades comunitárias necessárias para superar essas dificuldades, de forma que os ACS consigam realizar as visitas domiciliares no território de forma eficaz.

2.4 A restituição-ampliação com a Clínica

Ao longo da conversa com a Coordenação da clínica foi relatado que a constituição do corpo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da clínica apresentava-se como uma demanda gerencial, tendo em vista as exigências legais que são necessárias de serem cumpridas durante o processo de seleção para novos agentes comunitários, oriundas da lei 11.350/2006, que regulamentou a função de ACS. Isto porque, segundo a legislação em vigor, o candidato precisa ser recrutado por processo seletivo público de provas ou de provas e títulos. Outro fator preponderante da legislação ressalta que o candidato deva preferencialmente, residir na localidade onde irá trabalhar, e por fim possuir somente ensino fundamental e não necessita nenhum conhecimento na área de saúde, uma vez que ao ingressar o candidato aprovado deveria passar por um curso introdutório em saúde. Segundo foi relatado essas obrigações

legais tem originado uma seleção de candidatos nem sempre com perfil adequado ao necessário para o cargo de ACS, além de causar o retrabalho de realizar novas seleções em virtude da taxa de turnover.

Como consequência das exigências legais foi relatado pela Coordenação que esta obrigatoriedade acarretava um retrabalho, uma vez que após ingressarem na função não possuíam o perfil desejado e acabavam por ser dispensados, e conseqüentemente, a realização de novos processos seletivos, o que acarretava um aumento dos custos, um retrabalho de seleção e a sobrecarga nos demais ACS, para não causar uma descontinuidade na prestação dos serviços. Além disso, foi destacado que o curso de formação que os novos ACS deveriam receber quando ingressavam na função não estava conseguindo ser estendido a todos os novos candidatos selecionados, e os que haviam realizado o curso só conseguiram realizar a primeira parte, das três etapas previstas, o que comprometia a qualidade do trabalho dos ACS e acabava por se tornar um ciclo vicioso.

Desta forma foi apresentada a proposta dessa pesquisa que tinha como objetivo identificar através da análise ergonômica as principais dificuldades encontradas para exercer as funções e mapear as habilidades comunitárias necessárias para exercer a função de ACS no território. A proposta é que essas habilidades pudessem ser utilizadas no processo de seleção e treinamento dos ACS, permitindo com isso, que no processo de seleção pudessem ser identificados os candidatos que possuíam essas habilidades e um perfil mais adequado a função. Além disso, essas habilidades comunitárias poderiam também ser utilizadas para o treinamento dos ACS que já desenvolvem suas funções na Unidade a fim de qualificar o trabalho por eles realizados.

A ideia foi bem recebida pela Coordenação e foi entendida como uma contribuição que poderia acrescentar maior qualidade ao processo seletivo, além de permitir uma redução no número de processos seletivos realizados na clínica, gerando redução de custos, além da diminuição de turnover desses profissionais, o que, conseqüentemente, iria ocasionar uma melhoria na qualidade do trabalho desenvolvido pela clínica, mais especificamente nas atividades desenvolvidas pelos ACS.

2.5 O problema de pesquisa, o objetivo e a significância.

Nesta subseção apresentamos o tópico de pesquisa que foi objeto inicial de desenvolvimento desse trabalho e as outras duas subquestões de pesquisas que foram achados decorrentes do trabalho de campo e acabaram emergindo como elementos que interferem de forma negativa sobre o trabalho dos ACS, e possuem correlação entre si, necessitando com isso passaram também a ser objeto de avaliação deste trabalho.

a) Questão de pesquisa 1

Tópico de pesquisa: Que habilidades são necessárias para que os ACS realizem as visitas domiciliares no território de forma mais efetiva, confortável e com menos desgaste físico e emocional?

Questão de pesquisa: Dessa forma, essa pesquisa explora o tópico do trabalho dos ACS nas visitas domiciliares na Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de responder a seguinte questão de pesquisa: quais as habilidades sociais específicas que os ACS necessitam para desenvolver o seu trabalho.

Significância: a significância deste estudo está em tornar possível a identificação das principais habilidades necessárias para o trabalho dos ACS no território, além de determinar as especificidades das mesmas dentro do contexto geral das habilidades que eles necessitam para realizar as visitas domiciliares.

A proposta é de que essas habilidades possam ser incorporadas a processo de seleção e treinamento que é realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS).

b) Questão de pesquisa 2

Para a realização do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde no campo, durante as visitas domiciliares, aos usuários da saúde da família, a quais os riscos e agravos à saúde eles estão submetidos?

Essa segunda questão de pesquisa busca identificar em que condições os Agentes Comunitários de Saúde realizam suas atividades, mediante as condições de infraestrutura que

encontram no território, e a que riscos e agravos estão submetidos durante a realização das visitas domiciliares.

c) Questão de pesquisa 3

De que forma as condições de trabalho dos ACS comprometem a realização das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica?

A terceira questão de pesquisa busca identificar as principais dificuldades encontradas pelos ACS para realizar as visitas domiciliares e como estas impactam na realização das atribuições dos ACS da forma como é apresentada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Para isso busca entender como os ACS desempenham efetivamente o acolhimento (visita domiciliar) e de que forma os problemas encontrados nas condições de trabalho dos ACS comprometem a realização da Política Nacional de Atenção Básica, na sua estratégia prioritária.

CAPÍTULO 3. FORMAÇÃO E TREINAMENTO DOS ACS

A importância do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde tem sido objeto de discussão em todo o mundo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando essa discussão nas últimas décadas. A primeira iniciativa foi através da Conferência de Alma-Ata em 1978 (OMS, 1978), onde discutiu a importância da Atenção Primária no mundo, principalmente, para as populações de baixa renda e nos países em desenvolvimento.

Em 2007 a OMS publica o relatório “Community health workers: What do we know about them? “The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers” onde aborda o histórico e a importância dos trabalhos publicados desde o final da década de 70, a respeito das experiências sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde:

“(...) O uso de agentes comunitários de saúde foi identificado como uma estratégia para enfrentar a crescente escassez de profissionais de saúde, particularmente em países de baixa renda. Usar os membros da comunidade para prestar certos serviços básicos de saúde às comunidades de onde provêm é um conceito que existe há pelo menos 50 anos. Tem havido inúmeras experiências em todo o mundo com programas que variam de grande escala, programas nacionais de pequena escala, iniciativas de base comunitária”.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

O relatório destaca que ACS podem fazer uma contribuição valiosa para o desenvolvimento das condições de saúde da comunidade e, mais especificamente, podem melhorar o acesso e a cobertura das comunidades com serviços básicos de saúde. Além disso, destaca que embora os ACS possam implementar intervenções eficazes, eles devem **ter um processo seletivo bem cuidadoso, devem ser devidamente treinados (grifo nosso)** e o mais importante, precisam ter o um apoio contínuo para que consigam realizar um trabalho de qualidade e com resultados satisfatórios. Além disso, destaca ainda que o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de grande escala exigem aumentos substanciais no apoio à formação, gestão, supervisão e logística. O documento destaca ainda que:

“(...) até o momento, o maior e mais bem-sucedido programa nesse sentido é o Programa Saúde da Família Brasileiro, que integrou os ACS em seus serviços de saúde e comitês institucionais de

saúde comunitária, como parte dos serviços municipais de saúde para sustentar a participação social. Isso significa que a participação da comunidade não se torna uma alternativa, mas parte integrante da responsabilidade do Estado pela prestação de cuidados de saúde”.

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Além disso, destaca que embora haja muito que aprender, entretanto, há muitas coisas que já se conhece sobre como fazer os programas funcionarem melhor, dentre os quais se destaca: uma seleção apropriada, o trabalho de educação continuada, o envolvimento e reorientação da equipe e currículos de serviços de saúde, uma boa supervisão de melhorias e o suporte são requisitos inegociáveis no sucesso de um programa de ACS.

Um Segundo relatório publicado pela (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010) com o título de “Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems” aponta que a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na prestação de cuidados de saúde primários tem sido experimentada em todo o mundo há várias décadas, e há uma quantidade de evidências que demonstram que eles podem contribuir significativamente, para melhorar a qualidade da saúde da população, especialmente, nesses cenários com a maior escassez de profissionais de saúde motivados e qualificados.

O relatório teve como objetivo geral identificar programas de ACS com impacto positivo nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, relacionados com a saúde. Para isso, realizou-se uma revisão sistemática global sobre os programas de ACS, bem como estudo aprofundado de oito casos: A África Sub-Sahariana (Etiópia, Moçambique e Uganda), Sudeste Asiático (Bangladesh, Paquistão e Tailândia) e América Latina (Brasil e Haiti). O foco foi em aspectos-chave desses programas, abrangendo a tipologia de ACS, seleção, treinamento, supervisão, padrões para avaliação e certificação, padrões de implantação, treinamento em serviço, desempenho e avaliação de impacto.

Tendo como base na revisão realizada o documento aponta que foram identificadas lacunas nos programas de ACS existentes e nos serviços prestados, onde são apresentadas várias recomendações quanto a critérios de recrutamento, conteúdo de treinamento, processo de certificação, treinamento contínuo e de atualização, supervisão, incentivos e promoção profissional. Embora reconheça a necessidade de diferentes contextos, o que implica

diferentes modelos de treinamento e formação, entretanto, destaca que é importante, a atenção a critérios e questões específicas e que podem ser generalizadas, para todos os casos, o que poderia melhorar, potencialmente, o funcionamento dos programas de ACS e ajudar a intensificar as intervenções-chave em relação às Metas de Desenvolvimento do Milênio.

Na sequência serão apresentados dois quadros, que foram fruto de revisão da literatura, onde se buscou trabalhos de artigos e teses/dissertações que discutem o processo de trabalho e o processo de formação ou treinamento dos Agentes Comunitários de Saúde, através da experiência em vários Países e no Brasil. A busca dessas referências teve como termo base “community health workers”, “training”, “skill”, que são como os termos em língua inglesa, estão descritos no MeSH (Medical Subject Headings) que é um sistema de metadados médicos em língua inglesa que padroniza a nomenclatura e basea-se na indexação de artigos no campo das ciências da saúde nos principais periódicos internacionais.

A Tabela 1 apresenta exemplos de experiências no Mundo e a tabela 2 apresenta exemplos de experiências realizadas no Brasil.

Tabela 1 - Experiências de formação/treinamento de ACS no mundo

O estudo avaliou o programa de treinamento e acompanhamento dos ACS no acompanhamento de doenças crônicas com a população indígena da Austrália (SCHMIDT, CAMPBELL e MCDERMOTT, 2016).
A realização de uma pesquisa nos EUA através da aplicação de um questionário estruturado com 25 perguntas abertas e fechadas com os membros dos Centros de saúde para a saúde da população e projetos de disparidades em saúde, com o objetivo de identificar a importância dos agentes nos projetos de pesquisa, seja como mediador ou facilitador do acesso aos indivíduos estudados (HOHL, THOMPSON, <i>et al.</i> , 2016).
No artigo de (KANE, COLLINSWORTH, <i>et al.</i> , 2016) é descrita a pesquisa realizada, nos EUA, com 885 pacientes, na sua maioria hispânicos e de baixa renda, que foram acompanhados por 5 clínicas comunitárias de saúde durante 2 anos, com o objetivo de acompanhar e orientar pacientes com diabetes tipo II, para diminuir o número de complicações e melhorar a qualidade de vida.
No artigo (INGRAM, CHANG, <i>et al.</i> , 2016) desenvolveu um modelo de treinamento junto ao Women’s Health Leadership Institute (WHLI), EUA, onde treinou e acompanhou durante 3 anos trabalhadores de saúde comunitário, em competência de liderança, para aumentar a sua capacidade como agente de mudança junto a sua comunidade, em vários estados americanos.
No estudo de (NUNNERY e DHAROD, 2015) nos EUA, com agentes comunitários de saúde, buscou entender o processo e eficácia do modelo de ACS, o objetivo do artigo foi identificar características-chaves dos ACS e, descrever os principais papéis que os ACS desempenham na consecução e realização de pesquisas com base em saúde entre populações de refugiados ou sub-atendidas.
Estudou a formação e o papel dos ACS no atendimento a imigrantes Filipinos nos EUA (KATIGBAK, DEVANTER, <i>et al.</i> , 2015).

<p>Estudo avaliou a formação e o papel dos ACS na prevenção e recuperação de desastres naturais, no Alabama, EUA (NICHOLLS, PICOU, <i>et al.</i>, 2015).</p>
<p>Estudou o trabalho de formação e atuação dos ACS no Afeganistão (EDWARD, BRANCHINI, <i>et al.</i>, 2015).</p>
<p>(URIARTE, CUMMINGS e LLOYD, 2014) descrevem sobre um curso de formação para acompanhamento de pré-natal e de crianças com deficiência, oferecido por um consórcio de três escolas do Texas/EUA para formação de ACS com carga horária de 160 horas de curso mais 20 horas de educação continuada durante o período de 2 anos. O curso de certificação inicial aborda oito áreas de competência: comunicação, relações interpessoais, coordenação de serviços, capacitação, defesa, ensino, habilidades organizacionais, problemas de saúde prioritários.</p>
<p>Estudou o processo formação e treinamento dos ACS com a Comunidade na zona rural da Etiópia (DYNES, HADLEY, <i>et al.</i>, 2014).</p>
<p>Analisou o programa de formação e atuação dos ACS na Índia (NANDI e SCHNEIDER, 2014).</p>
<p>O treinamento e atuação dos ACS na prevenção de diabetes em imigrantes mexicanos (ROTHSCHILD, MARTIN, <i>et al.</i>, 2014).</p>
<p>Estudo em parceria entre EUA e Korea para avaliar papel e treinamento dos ACS no combate à casos de demência da população Koreana que vive nos EUA (HAN, PARK, <i>et al.</i>, 2013).</p>
<p>O estudo avaliou o treinamento e o resultado do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde para o trabalho com idosos sul-asiáticos nos EUA (BLAIR, 2012).</p>
<p>No artigo conduzido por (JAVANPARAST, BAUM, <i>et al.</i>, 2012) o estudo teve como objetivo analisar o processo de treinamento dos ACS no Irã e como os diferentes componentes de formação teve impacto no desempenho do ACS e na satisfação dos usuários.</p>
<p>No artigo de (BROWN, VAUGHN, <i>et al.</i>, 2011) os autores aplicaram um curso de formação para agentes comunitários, baseado em habilidades, que realizam suas atividades em dois conjuntos habitacionais do Brooklin, Nova York, que participam do programa Healthy Families Brooklyn. Destaca que para serem contratados para o programa devem possuir algumas características, como: demonstrar a adesão da comunidade, possuir fortes habilidades de comunicação, confiabilidade, dedicação, conhecimentos básicos de informática e capacidades bilíngues, se relevante, para a comunidade onde irão atuar.</p>
<p>No artigo de (FINDLEY, MATOS, <i>et al.</i>, 2012) realizaram a pesquisa nos EUA, onde foi aplicada por questionário a empregadores e agentes, e buscou avaliar quais as habilidades e competências necessárias para os agentes desenvolverem suas funções. Ao final da pesquisa foi feita a comparação entre a visão dos empregadores e a visão dos agentes para verificar quais as habilidades e competências eram consenso entre as duas partes.</p>
<p>(INGRAM, REINSCHMIDT, <i>et al.</i>, 2012) realizaram pesquisa telefônica durante 8 meses, nos EUA, em 22 estados e um distrito e contou com a participação de 371 agentes. As perguntas foram baseadas num abrangente estudo a nível nacional de (National Community Health Advisor Study, 1998) onde foram identificadas as sete competências principais para o trabalho dos ACS nos EUA.</p>
<p>No artigo (RUIZ, MATOS, <i>et al.</i>, 2012) descrevem o curso de formação de agentes comunitários, baseado em competências, coordenado pela Universidade de Nova York em associação com três centros de saúde. O núcleo de formação segue os princípios de aprendizagem adulta do currículo e filosofia da educação popular, utilizando metodologias interativas e participativas.</p>
<p>(NGUYEN, TRAN, <i>et al.</i>, 2011) estudaram a importância do treinamento para ACS em comunidades sul-asiáticas (Camboja, Vietnam, Tailândia, Laos) residentes nos EUA.</p>

Tabela 2 - Experiências de formação/treinamento de ACS no Brasil

<p>(MELO, QUINTÃO e CARMO, 2015) realizou uma pesquisa com o objetivo de identificar, analisar e compreender as implicações do Programa de Qualificação e Desenvolvimento dos agentes comunitários, concluído em 2009, pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, e seus efeitos sobre a vida pessoal e laboral dos ACS.</p>
<p>(BORNSTEIN e DAVID, 2014) realizaram um estudo que analisou a formação técnica para os agentes comunitários de saúde que é realizada pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio – Fiocruz/RJ, em dois momentos, no ano de 2008, e em 2010 e 2011. O primeiro teve o objetivo foi avaliar sob o ponto de vista da perspectiva dos ACS, as relações entre o processo de formação dos ACS e seu papel mediador na perspectiva de reorientação do modelo de atenção à saúde pretendido com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Já o segundo enfoque, realizado entre 2010 e 2011, buscou aprofundar a análise sobre as contribuições da formação técnica do ACS, incluindo a perspectiva dos demais profissionais e de membros da diretoria do Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde do Rio de Janeiro (Sindacs-RJ).</p>
<p>(BANDEIRA, 2014) foi conduzido um estudo, através da utilização de questionários, onde buscou através de uma plataforma online, TELESAUDE/RS, que atende a 126 municípios, elaborar um instrumento para avaliar o nível de formação oferecido aos agentes comunitários de saúde (ACS) no Estado do Rio Grande do Sul.</p>
<p>(SOUZA, 2014) Este estudo teve como objetivo analisar o perfil de trabalho e descrever a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Duque de Caxias.</p>
<p>(SOUZA, BARCELOS e LANZA, 2013) é feita uma análise da política de formação dos ACS sob a ótica das perspectivas e dos desafios a serem enfrentadas para a melhoria da qualidade da implementação dessa política.</p>
<p>(PINTO, SILVA e SORIANO, 2012) foi realizada uma pesquisa em parceria com a Universidade de Columbia com agentes comunitários no município de Mesquita, no Brasil, com o objetivo de entender a práxis do ACS. Os agentes argumentaram que o relacionamento ACS-paciente deve se concentrar na empatia, a persistência e paciência, atributos percebidos como necessário para interferir no comportamento de saúde dos pacientes. Outro fato relevante mencionado pelos ACS foi o de que a comunicação através de jargões e o uso de “expressões idiomáticas locais” foram cruciais para conseguirem interagir e convencer os moradores a participar das ações de saúde.</p>
<p>(ÁVILA, 2011) analisou o processo de formação e treinamento dos ACS num Município do Ceará.</p>
<p>(SILVA, 2010) foi analisada a construção e validação do instrumento para avaliação de desempenho final, do módulo I da formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado da Bahia.</p>
<p>(SCHMIDEL, 2009) buscou conhecer as percepções dos ACS, egressos do módulo I, formação inicial do curso técnico de agente comunitário de saúde, no município de Cuiabá / Mato Grosso em relação aos conceitos de saúde e promoção da saúde, processo de trabalho e competência profissional e formação dos agentes comunitários de saúde.</p>
<p>(DUARTE, 2009) estudou o corpo docente do Curso de qualificação de Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Mato Grosso, por meio da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso a fim de verificar a pertinência e adequação daqueles que foram responsáveis por esta capacitação no estado.</p>
<p>(SILVA, 2009) buscou a construção do perfil de competência requerido aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador (ST), em sua prática de trabalho cotidiano Desenvolvida no município de Betim/MG.</p>

A Revisão da Literatura permitiu identificar que há uma preocupação contínua de melhoria do processo de formação, de seleção e atualização dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em muitos países e não é somente, uma realidade do sistema de saúde brasileiro, mas de forma geral do contexto que envolve a atenção primária no mundo. As pesquisas demonstram outro ponto também bastante enfatizado que é o destaque que todas atribuem ao trabalho dos ACS e a importância do processo de formação contínuo desses profissionais, juntamente com a relevância do seu trabalho para às comunidades de baixa renda, das periferias e dos imigrantes de minorias étnicas. Ainda ressaltam a importância do papel de destaque realizado pelos ACS, na relação entre essas populações e os serviços de saúde, para que essas minorias consigam alcançar os sistemas de saúde e também para o sucesso da inclusão e acompanhamento dos dentes crônicos e demais usuários alcançados pelos programas.

No que diz respeito ao conteúdo pode-se observar que não há um consenso quanto a melhor forma de abordagem, uma vez que aparecem três modelos de formação: por competências, como é o caso do Brasil, por habilidades e por competências e habilidades.

CAPÍTULO 4. SUMA METODOLÓGICA

Nesse capítulo serão apresentadas as abordagens metodológicas utilizadas nesse trabalho, à análise sistêmica, o contexto de campo inacessível, a ação conversacional, o instrumento de coleta de dados (CARETA), o processo de identificação, seleção e validação dos problemas.

4.1 Análise sistêmica

A teoria de sistemas tem suas origens nas décadas de 1930 e 1940. O método científico tradicional, denominado de redução analítica, é aquele que divide o sistema em partes, de modo a examiná-las separadamente. Esse método tem como principal pressuposto que cada componente ou subsistema funciona independentemente, ou seja, esses subsistemas estariam imunes aos efeitos dos resultados de suas ações, assim como dos demais componentes do sistema.

Já a ideia de análise sistêmica é uma abordagem que visa buscar a compreensão de uma dada realidade, com a finalidade de ultrapassar as fronteiras das análises tradicionais e conceituais da teoria cartesiana e reducionista.

A análise sistêmica deve se mostrar capaz de instrumentalizar o pesquisador, orientar os agentes sociais e as políticas públicas em última instância na direção de novos saberes, incorporando a contribuição de várias disciplinas, em um processo multi e interdisciplinar. (ALMEIDA, 2003).

Segundo (MORIN, 2005) essa abordagem apresenta um olhar sobre as inter-relações e interdependências essenciais em todos os fenômenos, desta forma, a análise sistêmica se apresenta como um novo paradigma.

O autor acrescenta ainda que os conceitos de organização e sistema estão ligados pelas inter-relações, desta forma toda inter-relação estaria relacionada ao caráter organizacional, que por sua vez produziria um sistema. Acrescenta ainda que os três termos, inter-relação, organização e sistema, são inseparáveis, entretanto, a ideia de inter-relação se remete a forma de ligação entre indivíduos e o todo; Já a ideia de sistema remete a unidade complexa da inter-relação; e a ideia de organização remete a disposição das partes dentro do todo.

Segundo destaca (ALMEIDA, 2003) Existem potencialidades do método a serem ressaltadas e perseguidas. Primeiro, é preciso ampliar o foco de análise para além do sistema de produção, mesmo quando este é o objeto central de análise, buscando integrar diferentes aspectos da vida social. Em decorrência disso, surgem um segundo e um terceiro aspectos: considerar a exigência multidisciplinar da investigação e da reflexão sobre o tema tratado, integrando necessariamente disciplinas e outros quadros teóricos conceituais e metodológicos; e não pensar a realidade social como um sistema que determina e é determinado por dinâmicas mais ou menos conhecidas e esperadas, portanto, de forma determinística.

Na visão de (CAPRA, 1982) o enfoque sistêmico é visto como um novo paradigma onde a análise ultrapassa as fronteiras disciplinares e conceituais, típicas do modelo mecanicista de Isaac Newton, ampliando assim o processo de análise das relações e interdependência que existe em todos os fenômenos físicos, químicos, biológicos, sociais e culturais.

A concepção sistêmica é vista pelo autor como a forma de analisar o mundo, com enfoque na interação ocorrida em termos de relações e de integração. Desta forma, os sistemas seriam todos integrados. Estes funcionariam através de um processo de relação que seria a interação simultânea e mutuamente interdependente existente entre os múltiplos componentes do sistema.

Para (BERTALANFFY, 1975) a teoria geral dos sistemas é destacada muito mais pela relação que existe do que pelas entidades isoladas que o compõem. O pensamento sistêmico é focado no processo, a forma de funcionamento torna-se associada ao processo, e os extremos são unificados por meio da oscilação que ocorre durante o seu funcionamento.

O autor ressalta ainda que os modelos “reducionistas” são importantes para o entendimento de alguns casos específicos, mas seriam perigosos como tentativa de explicar o todo. Desta forma, o reducionismo e holísmo, não são enfoques isolados, mas sim complementares. O enfoque sistêmico trata o sistema em sua totalidade, assumindo o pressuposto de que algumas de suas propriedades não podem ser tratadas de forma isolada, nem desconsiderar a sua complexidade.

Por fim, um importante desafio permanece: a gestão de riscos na sociedade moderna está estritamente ligada ao setor saúde (RASMUSSEN, 1997); (SVEDUNG e RASMUSSEN, 2002) *apud* (ALMEIDA, 2006). Tais desafios teriam origens nas rápidas transformações pelas quais passa a sociedade, com impactos diretos sobre o setor de saúde, a saber:

- a) O ritmo acelerado de mudanças tecnológicas nos níveis operativos da sociedade;
- b) O aumento da escala de instalações industriais com aumento do potencial de acidentes de grandes proporções;
- c) O rápido desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação, levando a sistemas com alto grau de interações estreitamente interligadas; e
- d) Os ambientes de grande agressividade e competitividade, que aumentam o número de conflitos potenciais a serem vividos pelos tomadores de decisão, levando-os a focalizarem os termos financeiros de curto prazo e critérios de sobrevivência dos sistemas em detrimento de sua segurança.

Essas mudanças gerariam um paradoxo, pois, a velocidade de mudanças nas bases técnica e organizacional dos processos usados nos diversos sistemas, como transportes, industriais, de prestação de serviços de saúde, entre outros, possui uma elevada incorporação de novas tecnologias, em contraponto, à evolução dos processos gerenciais, que é mais lento, e maior do que o presente nos sistemas legais responsáveis pela elaboração de políticas, legislação e normas para o controle dos riscos associados a esses processos. Como consequência, alertam que essa defasagem de tempo, denominada (*time lag*) causa uma defasagem nos mecanismos de controles de risco desenvolvidos nos sistemas sociotécnico, que passa a ser agravada em virtude de um ambiente com alta competitividade empresarial no qual essas empresas normalmente estão inseridas.

Por fim, concluem que nessas condições:

“surtem pressões no sistema que, com muita frequência, influenciam gerências levando-as à adoção de decisões imediatistas que vão empurrando o sistema para a proximidade das fronteiras de sua segurança” (RASMUSSEN, 1997).

Desta forma torna-se um desafio buscar não só uma melhoria do processo de trabalho dos ACS, mas também das condições de realização do trabalho que eles encontram no território. Para isso torna-se necessário o entendimento do funcionamento e das variáveis que interferem no trabalho para proporcionar a construção de uma solução compatível com a realidade encontrada.

4.2 O Contexto do campo com dificuldades de acesso

A proposta inicial pensada para a pesquisa foi a elaboração de um instrumento para a coleta de dados, que seria complementado pelas entrevistas como forma de aprofundar e enriquecer as informações, a ideia é que fossem realizadas algumas visitas acompanhando os Agentes Comunitários de Saúde durante a realização das visitas domiciliares, entretanto, em virtude da violência urbana, que é característica do território, o número de visitas acompanhando os ACS foram limitadas, em virtude de que, nos dias que foram agendadas as visitas para acompanhar o trabalho, as mesmas não puderam ser realizadas porque estavam ocorrendo no território incursão policial, seguida de tiroteios, ou estavam ocorrendo tiroteios em que os ACS não sabiam qual era o motivo. Em virtude dos acontecimentos que impediram as visitas, optou-se por não tentar reagendar as visitas uma vez que apresentavam riscos para o pesquisador e também para os Agentes Comunitários.

Desta forma, se optou por adequar o método e tentar identificar a relação das dificuldades encontradas pelos ACS, durante as visitas domiciliares, através dos relatos descritos pelos próprios ACS durante a realização das entrevistas e da ação conversacional. Para isso buscou-se a inserção na Clínica da Família e no Centro de Saúde como forma de permitir a abordagem aos Agentes na sala de convivência e também durante o período de acolhimento que é realizado dentro das duas Unidades Básicas de Saúde.

A partir desse momento iniciou-se o processo de imersão nas duas salas de convivência dos Agentes, que é o local onde eles se dirigem logo após registrarem o ponto, para realizar as atualizações dos dados referentes às consultas do dia anterior, e aguardam o melhor horário antes de saírem para a realização das visitas domiciliares, tendo em vista que uma característica descrita pelos ACS é a de que os moradores acordam tarde e portanto, eles só podem iniciar as visitas a partir das 10 horas da manhã.

Na sequencia foi assumida como rotina diária a visita a sala dos agentes na parte da manhã e os abordava ao chegarem e explicava que o objetivo da pesquisa, em ergonomia, e que a mesma é uma ciência que estuda o esforço físico, cognitivo e organizacional a que o trabalhador está submetido, e que a premissa primordial é de que ninguém conhece melhor o trabalho, com seus problemas e possíveis soluções, do que o próprio trabalhador, e que na maioria das vezes o grande erro estava nesse ponto, de que as pessoas tentavam analisar e melhorar os processos de trabalho sem consultar o trabalhador que está na ponta, sem ouvir antes quem realiza de fato o trabalho no seu dia a dia.

Era sempre esclarecido antes do início de cada entrevista que o objetivo principal da pesquisa era colaborar com a melhoria de processo de trabalho do ACS, tendo como foco principal as dificuldades encontradas para a realização da visita domiciliar.

Ao frequentar, diariamente, a sala de convivência dos ACS pude perceber, que em virtude da explicação que era dada a eles, antes de cada entrevista, que começou a surtir um efeito positivo, porque os ACS passaram a realizar a entrevista com maior desenvoltura e a decrever situações mais particulares do dia a dia, além disso, era esclarecido que a meta de pesquisa previa que entrevistasse metade dos agentes de cada equipe, em seguida era pedido ao entrevistado a sugestão de nomes de agentes da própria equipe deles para entrevistar, e assim eles iam sugerindo outros nomes para entrevistar.

Com isso foi percebido também que as entrevistas realizadas na sala dos agentes tinham dois efeitos, um positivo e outro negativo, o positivo era que como os demais agentes ouviam a minha explicação sobre qual era o objetivo do trabalho, isso ajudava para que eles acabassem aceitando ser entrevistado por mim, o negativo foi que percebi logo na primeira entrevista que por estar na presença de outros agentes acabava inibindo o entrevistado de falar com mais desenvoltura. A partir daí procurei sempre sentar em uma das pontas da mesa para manter o máximo de distância possível dos demais agentes, aumentando assim confidencialidade das entrevistas.

Nesse momento buscou-se novamente a gerência da clínica para solicitar a autorização para abordar os ACS dentro do saguão da clínica nos guichês de acolhimento, durante o dia, tendo em vista a saturação das entrevistas dentro da sala de convivência, uma vez que alguns agentes passam rápido pela sala.

Ao abordar os ACS no guiche de atendimento, era relatado por eles que outros agentes já haviam comentado sobre a pesquisa e que eu poderia realizar a entrevista sentando ao lado dele no guichê de atendimento, eles ressaltavam que, provavelmente, em alguns momentos ele teriam que interromper a entrevista porque precisariam levar algum documento para a médica ou precisar ir falar com algum membro da equipe.

Com a continuidade das entrevistas começaram a apreecer situações que eram descritas com maior frequência pelos agentes, como complicadores para a realização da visita domiciliar, e que alguns agentes não mencionavam durante a entrevista, com isso comecei durante as entrevistas a indagar sobre essas questões e se eles achavam que aquilo era uma situação que dificultava a realização do trabalho e como na opinião deles atrapalhava ou dificultava a

realização das visitas domiciliares. Nesse contexto as que mais apareceram foram à questão da violência no território, à meta a ser cumprida de atendimento de 75% das famílias por ele atendidas, a abordagem na rua para prestar esclarecimento e também fora do horário de trabalho, se morar no território era bom ou ruim na visão dele e se a utilização do sistema para a alimentação dos dados era amigável.

A partir desse momento comecei a receber sugestões dos agentes sobre quem deveria entrevistar porque segundo relatavam eram pessoas que tinham muita experiência no trabalho de agente e poderiam contar muitas histórias que acontecem na comunidade, bem como a indicação de pessoas que gostavam de falar bastante. Na sequência as entrevistas passaram a ocorrer com uma fluência muito boa e com duração muito acima do que estava previsto, como casos de entrevistas que duraram mais de três horas.

Ao final da entrevista quando os agentes mencionavam que não tinham mais nada a colocar eu realizava a seguinte pergunta: além de tudo o que foi conversado aqui você teria alguma outra situação que você acha que dificulta ou atrapalha a realização da visita domiciliar?

Um fator que colaborou no início das entrevistas foi o de que a gestora de educação permanente, estava realizando nesse período uma redefinição das microáreas de atendimento das equipes, com isso ela avisou os dias que estaria reunida com as equipes, para que ao final de cada equipe fosse possível abordar os agentes.

Esse procedimento ajudou bastante no início porque possibilitou abordar os agentes na saída da sala de reuniões, entretanto, essas reuniões só ocorreram por dois dias. Além disso, teve outro fator complicador ao abordar um agente para fazer a entrevistas os demais alegavam que não poderiam ficar aguardando a entrevista do colega para realizar a dele, porque tinha muita coisa para fazer no acolhimento. Entretanto, esse primeiro contato possibilitou agendar um horário e dia para entrevistá-los no guichê do acolhimento.

Com a sequência de entrevistas começou haver maior reciprocidade dos agentes na entrevista, e uma maior cordialidade. Essa experiência de conviver ao lado dos agentes no acolhimento proporcionou ainda uma visão do fluxo de atendimento dentro da clínica, que embora não tenha sido o objeto dessa pesquisa, entretanto, permitiu assistir algumas situações de estresse que acontecem no dia a dia do atendimento que acabam interferindo na realização das visitas domiciliares.

Ao longo desse período na clínica de todos os agentes que foram abordados para tentar entrevistar apenas dois se recusaram a dar entrevistas, embora tenha tentado a abordagem por mais duas vezes e a partir daí eram descartados.

Alguns agentes mencionaram que devido ao grande número de famílias a serem atendidas para bater a meta o sistema estava agora priorizando quantidade e não qualidade, com isso as visitas passaram a serem mais corridas.

Outros mencionaram que em virtude do grande número de entrega de documentos que precisam fazer aos pacientes, estariam virando “carteiros de luxo”.

Outro fator descrito foi o impactos de anúncios de televisão informando equivocadamente sobre serviços que os agentes fariam, que na verdade não são feitos por eles. Isso acabara gerando uma demanda na população que eles não poderiam atender por estar fora do escopo da função de agentes. Ainda implica num efeito negativo, induzindo a população a cobrar serviços que a própria determinação da clínica não lhes interdita, e cuja “recusa” redundava em hostilidades de moradores que consideram recusa de realização de serviços, como p.e. a marcação de consultas.

Ao final o convívio de quase nove meses dentro da clínica permitiu que fosse realizada um bom relacionamento com os ACS, o que possibilitou a criação de um vínculo de confiança, o que foi fundamental para que se sentissem a vontade para descrever os principais problemas que eles encontram durante a realização das visitas domiciliares.

4.3 Ação conversacional

A Ergonomia, como disciplina, tem como objetivo a transformação positiva, dentro do processo de trabalho, tendo como base a análise da atividade realizada pelo trabalhador. Para alcançar esse propósito torna-se fundamental um bom entendimento de como esse trabalhador realiza as suas funções, quais as principais dificuldades que encontra para realizar as suas atividades e como ele enxerga possíveis melhorias no seu processo de trabalho. Desta forma, torna-se fundamental conseguir abrir um canal de diálogo permanente, entre o praticante de Ergonomia e o trabalhador, para que seja capaz de criar um vínculo de confiança que permita a troca de informações.

Em alguns estudos de Ergonomia a relação de vínculo a ser criado na construção social pelo praticante de Ergonomia em relação ao trabalhador precisa ser bastante coesa. O que numa analogia com a área de saúde se compararia ao vínculo que deve ser construído entre o Agente Comunitário e os moradores.

Neste sentido, a Ação Conversacional é um dos métodos interacionais utilizados na Ergonomia que facilita o entendimento e permite aprofundar o conhecimento do objeto estudado:

“(...) as interações numa Análise Ergonômica do Trabalho não se dão por acaso e fortuitamente e, se assim fosse, a AET perderia vários de seus espaços de importância e de potência analítica. Por esta razão a AET utiliza recorrentemente métodos interacionais, ou seja, métodos de coleta, análise e tratamento de enunciados discursivos existentes na organização onde se faz a AET” (VIDAL, 2008).

Cabe ainda destacar que o autor faz uma pequena distinção entre ouvir e escutar, mencionando que o ato de ouvir requer atenção especial, pois, normalmente é dirigida a uma pessoa ou a um grupo de pessoas em situações bem específicas como reunião, entrevista, etc. Já no processo de escuta, o ouvinte recebe as informações de forma mais ampla, ou ao acaso, que nem sempre foram direcionadas a ele. Por exemplo, em comentários públicos feitos durante a visita, ou nos comentários efetuados pelos trabalhadores durante o processo de análise, além das conversas que são mantidas diretamente com os trabalhadores.

No que diz respeito às interações orientadas sobre o entendimento do trabalho, boa parte do material produzido são constituídos através de falas que buscam descrever o funcionamento de uma determinada atividade observada, pois estas precisam ser complementadas pela explicação do trabalhador a respeito do seu funcionamento.

Nesse contexto, cabe destacar que a conversação a priori, está pautada pela desconfiança, uma vez que possui um caráter invasivo, tendo em vista que busca descobrir os problemas que o trabalhador enfrenta, gerando com isso certo receio por parte do mesmo. Além dos possíveis desdobramentos que podem aparecer do processo de “investigação” realizado pelo ergonomista.

Por isso, na maioria das vezes nos deparamos com obstáculos, oriundos desse processo de esclarecimento junto ao trabalhador, que por muitas vezes faz surgir situações de impedimento ou desconfiança, que exigem do praticante de Ergonomia uma habilidade para contornar tais situações, permitindo com isso, através de explicações progressivas sobre a

natureza do trabalho realizado, um avanço no processo através do uso adequado dos signos linguísticos que permitam a inserção no universo dos interlocutores, conseguindo com isso aumentar sua confiança, de forma que possibilite a realização das visitas acompanhadas ou a designação de novos interlocutores dentro da organização.

Na Tabela 3 - Tipologia das formas de conversação em Ergonomia situada (VIDAL, 2003). são apresentadas mais adiante, as formas de conversação e os possíveis desdobramentos na evolução das etapas metodológicas. Desse modo a conversação pode ser entendida e realizada como um elemento que é produzido, que é caracterizado por um “jogo conversacional particular” realizado pelos seus participantes.

Nesse sentido, (PAVARD e DECORTIS, 1994) ressaltam a importância da criação desses jogos em situações complexas, onde em determinadas situações os participantes assumem a proposta de entrarem no mesmo jogo, mesmo estando em situações distintas e com objetivos diferentes. Nestes casos os autores afirmam que:

(...) “eles poderão constatar as diferenças e dialogar, apelando para o jogo conversacional para negociar a compatibilidade de suas ações. Isto (...) ilustra o fato de que os agentes podem cooperar sem que necessariamente compartilhem dos mesmos pontos de vista”.

Este jogo retrata a evolução da conversação onde os dois atores buscam um entendimento para alcançar um objetivo maior, a melhoria do processo de trabalho.

Tabela 3 - Tipologia das formas de conversação em Ergonomia situada (VIDAL, 2003).

Interação orientada	Cenário de interação	Eventos interacionais	Táticas discursivas	Resultados que se possa obter
Negociais	Desconhecimento Desconfiança	Obstáculos Impedimentos Escamoteamentos	Esclarecimento progressivo Adequação terminológica Interações por afinidades	Visitas acompanhadas Interlocuções designadas
Contextuais	Restrição Ampliação	Demanda reprimida Discurso latente Centralização de fala Sugestões de temas	Inversão de papéis Dispersão de assuntos Contextualização sistematizada Contra-pontuação	Convergência gradual Redirecionamento
Relacionais	Progressão Ruptura	Equívocos Invalidação Omissões	Escuta respeitosa Positivização	Confiança mútua Informações espontâneas Depoimentos voluntários

Depurativas	Mensurações Tabulações	Grupos de foco Análise coletiva	Relatório a quente Relatório a frio	Relatório compartilhado Revisão do líder
--------------------	---------------------------	------------------------------------	--	--

O jogo conversacional embutido na análise ergonômica do trabalho é composto por três etapas, a saber: a abordagem, a negociação e os desfechos (VIDAL e BONFATTI, 2003); (VIDAL, BONFATTI e CARVÃO, 2002).

A abordagem é uma etapa que requer alguns cuidados porque é onde se realiza os primeiros contatos e a apresentação do que se pretende realizar, por isso é fundamental falar o necessário e perceber o timing para entradas ou colocações, para não correr o risco de fragilizar o contato, e acabar comprometendo o sucesso do trabalho. Desta forma, uma boa abordagem torna-se uma “obrigação”, pois, uma abordagem mal feita certamente, levará ao fracasso do trabalho, enquanto, uma abordagem bem feita irá facilitar uma negociação interativa, que é a próxima etapa da conversação.

A negociação é a etapa de realização de “acordos” que permitam avançar nas etapas de realização do trabalho, pois, é a partir dessa habilidade que será possível conseguir avançar, ou perceber a necessidade de recuar, para rever o plano de ação elaborado inicialmente. É nessa etapa em que se tem acesso aos pontos de consenso e divergências em relação ao interlocutor, por isso, é preciso saber ouvir e contornar possíveis pontos de vistas distintos para que não crie uma ruptura no processo de construção social. Ao mesmo tempo é preciso identificar os sinais que possibilitem os possíveis avanços em relação aos caminhos a serem seguidos bem como, aos futuros encaminhamentos a serem adotados no trabalho.

A partir deste processo é que temos o resultado da interação, a qual se denomina desfecho, e que podem ter três finais: o primeiro quando são totalmente improdutivos (o que se denomina de fracasso), o segundo quando temos um resultado improdutivo temporário (o que se denomina impasses), e o terceiro quando atingimos um resultado satisfatório na análise (o qual se denomina produção), sendo que essas denominações são determinadas de acordo com o contexto em que ocorrem durante a realização da AET. A figura a seguir demonstra essa relação entre as topologias.

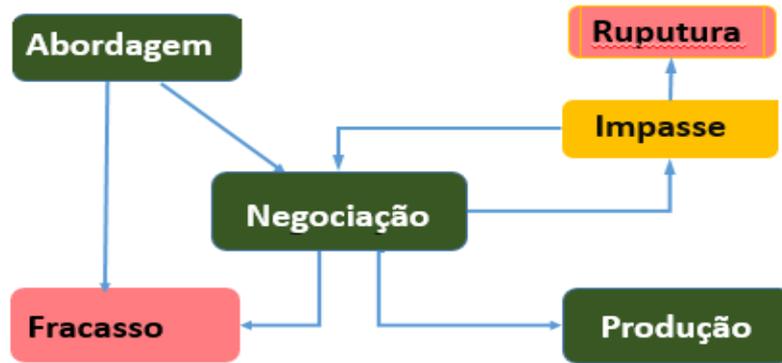


Figura 1 – Topologia da ação conversacional (VIDAL e BONFATTI, 2003)

A figura 1 acima representa a correlação da abordagem com os desdobramentos possíveis na ação conversacional. A primeira ação é de uma abordagem malfeita que pode conduzir diretamente ao fracasso. A segunda ação demonstra que apesar de uma abordagem bem-sucedida, uma negociação malfeita na sequência do trabalho pode levar ao fracasso. Já a partir de uma negociação bem-feita, no decorrer do trabalho, podem surgir situações no desenrolar do trabalho que acabam levando ao impasse, principalmente, em momentos em que o interlocutor pode sentir o seu espaço ou sua intimidade invadida, nesse caso a negociação é fundamental para que a sequência do trabalho possa ser continuada, caso contrário pode levar a uma ruptura e conseqüentemente, a uma finalização malsucedida do trabalho.

Já por último temos o caso ideal que é quando a abordagem é bem sucedida, seguida de uma boa negociação, que nesse caso resulta em um desfecho positivo que denominamos produção, que se caracteriza pela imersão no processo de trabalho do interlocutor, onde é possível obter uma grande produção de diálogos que irão embasar a análise e produzir um detalhamento das atividades realizadas, e dos principais problemas enfrentados, com grande riqueza de detalhes, que nos permita entender com detalhes as atividades realizadas pelos trabalhadores.

4.4 O instrumento de coleta de dados – CARETA - e a Etnografia da atividade

Uma das inovações dessa tese foi à elaboração de um instrumento para a coleta de dados em Ergonomia para ambientes em espaços abertos, uma vez que a Norma Regulamentadora 17- Ergonomia, só prevê a análise de ambientes fechados. Esse instrumento denominado CARETA, (anexo I) que é um acrônimo, das variáveis utilizadas para análise das condições

de trabalho encontradas pelos Agentes Comunitários de saúde quando se encontram no território realizando as visitas domiciliares. Essas variáveis são **Contexto, Ambiente, Recursos, Equipamentos, Tarefa e Atividade**.

Cabe ressaltar que esse instrumento teve sua construção desenvolvida no Laboratório Gente/COPPE e foi sendo aperfeiçoado em conjunto com os ACS durante a realização das entrevistas. O modelo inicial foi utilizado para iniciar as conversas junto aos ACS e ao final de cada variável, era perguntado ao agente que estava sendo entrevistado, se o mesmo teria algum item que deveria ser incluído naquele item de avaliação.

Através dessa sistemática foram acrescentados na variável Contexto, os itens Circulação/Locais e segurança como sugestão dos ACS. No item Ambiente foram incluídos lixo e saneamento e no item Equipamentos foram inseridos o item roupas e capa de chuva.

A abordagem era feita junto ao ACS demonstrando uma cópia do CARETA e pedindo que ele respondesse em conjunto comigo, para que eu fosse esclarecendo cada um dos itens constantes no documento e esclarecendo qual era a proposta do instrumento. Ao final da aplicação de todos os itens constantes no instrumento de coleta de dados era iniciada a fase de análise conversacional onde se partia de três perguntas básicas que serviam de roteiro para as entrevistas realizadas. Essas perguntas foram as seguintes:

- 1- Você poderia descrever como é o seu processo de trabalho do momento em que você chega à clínica e bate o ponto, até a hora que você bate novamente o ponto para ir embora?
- 2- Quais as principais dificuldades que você encontra para realizar as visitas domiciliares na sua microárea, dentro do território?
- 3- Além do que foi conversado aqui você teria alguma outra coisa que você entende que atrapalha ou dificulta o seu trabalho durante as visitas domiciliares?

Ao final da aplicação do CARETA e da análise ergonômica realizada em conjunto com a etnografia da atividade, foi possível obter uma grande quantidade de situações que interferem na realização do trabalho dos ACS. Dentro desse contexto cabe ressaltar que a etnografia, com toda a sua relevância, é um método que parte do pressuposto de que (...)

“(...) é improvável que a realidade seja totalmente apreendida; entretanto, tem como princípio a busca exaustiva do conhecimento por meio da interação entre o discurso e o comportamento das pessoas, e as observações do pesquisador sobre cada detalhe que compõe os ambientes físico e social pesquisado”. (SOUSA e BARROSO, 2008).

Além disso, esse viés positivo que colabora para a captação das características físicas e sociais do ambiente pesquisado reforça (TORNCHIN e TSUNECHIRO, 2005) que permite ainda captar uma amplitude de detalhes com riqueza das informações, desta forma “o estudo etnográfico possibilita ao pesquisador adentrar no contexto sociocultural de seus informantes e conhecer seus valores, comportamentos, crenças e visões de mundo”.

A etnografia também é mencionada por outros autores como um método que permite ao pesquisador imergir no ambiente a ser estudado e captar em profundidade os detalhes do campo que está sendo objeto de estudo, entre outros podemos citar: (MINAYO, 2004); (POPE e MAYS, 2009); (STRAUSS e CORBIN, 2008).

A etnografia foi complementada pela ação conversacional onde foi possível após um período de imersão nas duas clínicas reunir um conjunto de 67 problemas que foram relatados pelos ACS como dificultadores da realização da visita domiciliar (Anexo II).

O trabalho de validação e priorização dos problemas encontrados ao longo da análise ergonômica realizado nas duas unidades de saúde foi realizado através do processo de entrevista com agentes que haviam participado do processo inicial. A escolha desses profissionais se baseou na receptividade, desenvoltura e disposição apresentada pelos mesmos, durante a realização da sua entrevista no trabalho de campo, aliado a isso, como um segundo critério, se buscou profissionais com grande experiência profissional na função de ACS. Na unidade estudada todos eles tinham mais de cinco anos na função. E no grupo estavam os mais antigos, das duas unidades estudadas, com mais de 10 anos na função. Ainda, de acordo com o estabelecido arbitramos o número em 10 especialistas porque essa quantidade nos possibilitava operar com uma base representativa da população em apreço.

A elaboração da lista de priorização dos problemas encontrados na pesquisa adveio de uma nova ação conversacional, agora realizada com cada agente. Nesta rodada, foi apresentado o fluxograma representando as tarefas mapeadas durante as análises ergonômicas, no sentido de que validar a modelagem das atividades realizadas, em sua relação com as tarefas prescritas. Na sequência foi solicitado aos Agentes que verificassem se a modelagem estabelecida representava de forma fidedigna seu processo de trabalho cotidiano. A seguir lhes foi pedido que, no caso de ser notada alguma divergência, que fosse indicada a tarefa e a atividade correspondente. Ao final, a modelagem apresentada foi validada, com uma solicitação de desmembramento de duas atividades.

Após o processo de validação das atividades descritas no fluxograma foi solicitado a cada agente que diante dos problemas que foram identificados, ao longo de todas as entrevistas realizadas, durante a análise ergonômica do trabalho, pudessem verificar se nesta relação estavam contemplados todos os problemas a que eles estavam submetidos para realizar a visita domiciliar, ou se ainda teria algum outro problema que não havia sido contemplado naquela lista.

Ao final desse processo somente um agente solicitou que fossem incluídos mais dois problemas que não estavam diretamente relacionados à atividade de campo mais que de certa forma representava a ideia de como eles enxergam a falta de valorização do trabalho por eles realizada. Nesse caso foi sugerida a falta de reconhecimento do trabalho realizado pelos agentes e sua importância para o SUS e a baixa remuneração que eles recebem diante do grande número de tarefas que realizam.

Na sequência foram solicitados a cada agente que diante da relação de problemas listados, eles pudessem verificar os 10 problemas mais relevantes, em ordem de importância, que eles identificavam que atrapalhavam a realização das suas tarefas.

Após essa classificação do primeiro ao décimo problema, esses dados foram agrupados por agente e em cada lista individualizada foi atribuída uma pontuação com um grau de importância de variava de dez até um, onde a nota dez era atribuída ao problema mais relevante, na sequência a nota nove ao segundo mais relevante e assim sucessivamente, até a nota um que era atribuída ao problema menos relevante.

Em seguida, foram colocados todos os problemas com todas as notas atribuídas pelos agentes e foi realizada uma agregação das pontuações atribuídas a cada problema e realizado o somatório de cada problema, onde foi possível obter o score final de cada problema, em seguida os problemas foram colocados em ordem numérica do maior para o menor, a fim de se obter uma relação hierarquizada de problemas, onde se pode ver após a avaliação de todos os agentes, os problemas que obtiveram a maior pontuação, sendo escolhido para trabalhar os problemas do primeiro ao décimo.

Dessa forma ao final foi apresentada a lista de prioridades elegidas pelos agentes que necessitam ser trabalhadas para que possam melhorar a qualidade do trabalho realizado por eles durante o processo de visita domiciliar, entendendo desta forma as ações realizadas na clínica e as ações realizadas no campo.

Na sequência são apresentados os 10 problemas identificados como prioritários, pelos ACS, bem como uma descrição detalhada de cada um deles:

4.4.1 Exposição à violência do território.

A exposição da violência no território foi apontada como o maior problema da área onde eles realizam suas atividades, tendo em vista que o complexo de Manguinhos é constituído por várias comunidades que possuem em seu interior o tráfico de drogas, que por si só já representaria uma imensa barreira para a realização do trabalho de campo.

4.4.2 Exposição a fatores de risco a saúde.

Diante do cenário de falta de saneamento básico e acúmulo de lixo, associado a moradias precárias, os agentes relatam a dificuldade de circular por determinados becos e de visitar algumas casas que não apresentam as mínimas condições de higiene e saúde, além do lixo espalhado ao longo do caminho.

Em virtude desse quadro apresentado os agentes tem muita dificuldade de realizar o trabalho e de apreensão que possuem de acabar contraindo uma doença mais grave por conta do território que trabalham. Soma-se a isso que para essa realização não possuem qualquer tipo de vestimenta ou materiais adequados, como por exemplo, máscaras, para realizarem as visitas a esses domicílios a pacientes com doenças infecto-contagiosas.

4.4.3 Agentes sujeitos a tensão entre polícia e o tráfico.

Os relatos feitos pelos agentes apontam que no início da implantação da UPP, no ano de 2012, houve um período de tensão na região em virtude das inúmeras incursões que a polícia realizava no território.

Após esse período houve uma consolidação do papel da polícia na região e conseqüentemente, um período maior de calma. Entretanto, com o passar do tempo esse processo foi sendo “abandonado” pelo Estado, segundo relatos, e com isso começou novamente a haver operações policiais na região e conseqüentemente, aumentou a tensão para os moradores e para os agentes que trabalham na região.

Esse fato faz com que os agentes estejam expostos com maior frequência a situações críticas de violência e tiroteios oriundos da violência urbana durante o período em que estão

realizando as visitas domiciliares. Isso acaba gerando uma tensão maior para realizar o trabalho e expõem os agentes a perigo de vida.

4.4.4 Falta de infraestrutura adequada na clínica.

Os relatos feitos pelos agentes apontam para inúmeros problemas que são encontrados para a realização do trabalho no espaço da clínica. O primeiro é a sala de agentes que apresenta uma quantidade de computadores que não atende ao número de agentes, porque cada equipe é constituída por seis agentes e na sala encontra-se disponível um computador para cada equipe, isso segundo eles ocasiona um problema para a utilização dos microcomputadores pelos agentes e suas equipes, pois quem chega primeiro utiliza o computador e os demais são obrigados a aguardar até que ele termine para poderem utilizá-lo, causando com isso muitas vezes um atraso no início das visitas domiciliares.

Um segundo problema, na sala de agentes, é a instabilidade da rede e do sinal de internet que se apresenta muito intermitente, caindo com frequência e, conseqüentemente, deixando o sistema fora do ar, o que dificulta a atualização da base de dados.

O terceiro problema é o próprio sistema alert utilizado para lançamento e acompanhamento dos usuários, porque segundo os ACS o sistema apresenta muitos problemas de travar e não é fácil de utilizar.

Um quarto problema é o próprio posto de trabalho do agente que é realizado em um sistema de baias colocadas lado a lado onde os agentes não possuem privacidade para atender ao paciente e também não possuem armários ou gavetas onde os mesmos possam guardar os seus pertences, sendo muito comum eles trabalharem com as suas respectivas bolsas ou mochilas jogadas no chão atrás de suas baias.

Um quinto problema é a própria falta de apoio da clínica para a realização de determinados serviços, como por exemplo, quando precisam realizar a busca ativa de um paciente e precisam trazê-lo a clínica e eles não possuem um carro de apoio para essa realização.

Por fim outro problema é a dificuldade de resolução de problemas com maior gravidade, porque faz com que eles fiquem sendo cobrados pelo morador mas não possuem autonomia para retornar uma solução, causando desta forma uma cobrança excessiva e uma sensação de incompetência.

4.4.5 Sistema de dados tem muitas interrupções e causa retrabalho.

O sistema alert utilizado para cadastrar e acompanhar as famílias, além de ser utilizado também para a comunicação interna entre os agentes e os enfermeiros e médicos dentro da clínica, durante o processo de atendimento dos pacientes, o mesmo apresenta muitos problemas para a sua utilização, segundo relataram os ACS.

O sistema não apresenta uma interface muito amigável, ou seja, não é de fácil utilização, além disso, ao lançar os dados o sistema apresenta frequentemente, o travamento, sendo necessário nesse caso a reinicialização do sistema o que ocasiona a redigitação dos dados. Outro problema apontado é o de que eles fazem os lançamentos dos dados e quando vão conferir na base de dados o sistema, nem sempre atualiza as informações.

4.4.6 Dificuldade de cadastrar os moradores que trabalham fora.

Uma grande dificuldade apresentada pelos agentes para a concretização do trabalho no processo da visita domiciliar é o cadastramento dos moradores que trabalham fora, isto porque quando encontra essa situação eles têm que repetir a visita inúmeras vezes nestas residências, o que nem sempre garante a realização do cadastro.

Nos casos mais difíceis eles deixam recados com os moradores da residência ou com vizinhos para que o mesmo vá até a clínica para que possa realizar o cadastramento. Esse procedimento às vezes em casos extremos obrigam os mesmos a passarem na casa da pessoa durante o fim de semana para poderem contactar o morador.

4.4.7 Exposição a doenças contagiosas.

Em virtude das condições de higiene e de saneamento da região, aliado ao baixo nível de renda da população, as moradias apresentam na sua maioria condições precárias. Esses fatores acabam por ocasionar altos índices de doenças infecto contagiosas, o que acaba trazendo uma grande possibilidade de os agentes contraírem uma dessas doenças.

Isto é agravado pelo fato de que os ACS não possuem equipamentos e nem materiais adequadas para a realização das visitas nessas localidades.

4.4.8 Grande quantidade de funções para realizar

Os agentes relataram nas entrevistas realizadas durante a análise ergonômica que eles têm a obrigação de realizar uma quantidade grande de tarefas no seu processo de trabalho. Desta

forma eles acabam ficando sobrecarregados e isso causa ansiedade e muita tensão para a obtenção das metas que são passadas para eles atingirem.

Outro fato que agrava esta situação é que os serviços não aparecem de forma programada, gerando com isso a necessidade de readequação dos horários e uma reorganização do trabalho quase que diariamente.

Isto segundo eles dificulta a realização de um trabalho de qualidade e faz com que tenham que realizar tudo com pressa para poderem dar conta de tudo que precisa ser feito.

4.4.9 Grande quantidade de famílias para visitar.

Um dos problemas citados pela maioria dos agentes foi a grande quantidade de famílias a serem visitadas mensalmente. Segundo relatos a meta é muito estressante e causa uma grande cobrança sobre eles. Isso faz com que tenham que realizar as visitas de forma sempre muito rápida para poderem dar conta e atingir a meta no final do mês.

Desta forma relatam que como as metas são colocadas eles acabam priorizando a quantidade de pessoas a ser atendidas em detrimento da qualidade do trabalho que é realizado. Outro fator preponderante é que eles não participam das discussões das metas a serem atingidas e nem possuem autonomia para propor as suas alterações.

4.4.10 Falta de infraestrutura nos locais a serem visitados.

Como mencionado em outros problemas anteriormente, a comunidade onde são realizadas as visitas domiciliares apresentam um baixo grau de desenvolvimento humano, tendo com isso casas muito simples e com condições precárias de higiene e saneamento, além das ruas serem muito estreitas, na sua maioria becos, que apresentam também uma grande quantidade de lixo, muitos trechos de esgoto a céu aberto, além de uma parte que fica a beira do Rio Faria Timbó, que não possui um assoreamento adequado e uma enorme quantidade de lixo e esgoto que são despejados diretamente no rio sem nenhum tratamento, apresentado com isso uma água muito poluída.

CAPÍTULO 5. O AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O ambiente desta pesquisa se pautou em um entorno (a clínica da família), um contexto (a Estratégia Saúde da Família), um foco, o Agente Comunitário de Saúde e um lugar, o território.

5.1 As Clínicas da Família como ponto de partida

O lugar dos trabalhos foi constituído a partir de duas Unidades Básicas de Saúde no Rio de Janeiro, RJ. No ano de 2014 essas Clínicas de Saúde da Família possuíam juntas, mais de 45.000 usuários e 12.000 famílias cadastradas, distribuídas em quatorze equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo uma delas da modalidade Consultório na Rua, que atende, particularmente, aos usuários não domiciliados no território Manguinhos, buscando ampliar o acesso aos usuários de drogas e moradores de rua que representam uma realidade local. Além disso, realizaram mais de 50 mil visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde e mais de 20 mil consultas médicas.

Os trabalhos realizados nas Clínicas estão inseridos dentro da Estratégia Saúde da Família que é parte da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde que assim reza:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

As duas clínicas atendem a treze comunidades na região de Manguinhos, sendo uma equipe de saúde da família para cada comunidade, conforme descrito a seguir: Vila União, Ex-combatentes, DESUP, Samora Machel, Embratel, Mandela de Pedra e Vila Arará, Equipe Parque Oswaldo Cruz, Equipe Parque Carlos Chagas, Equipe Parque João Goulart, Equipe Parque Amorim / Monsenhor Brito, Equipe Vila Turismo, Equipe Nova Vila Turismo, Equipe

Comunidade Agrícola de Higienópolis / Vila São Pedro. As fotos de satélite (Figura 2 e Figura 3) ilustram a localização das duas unidades:

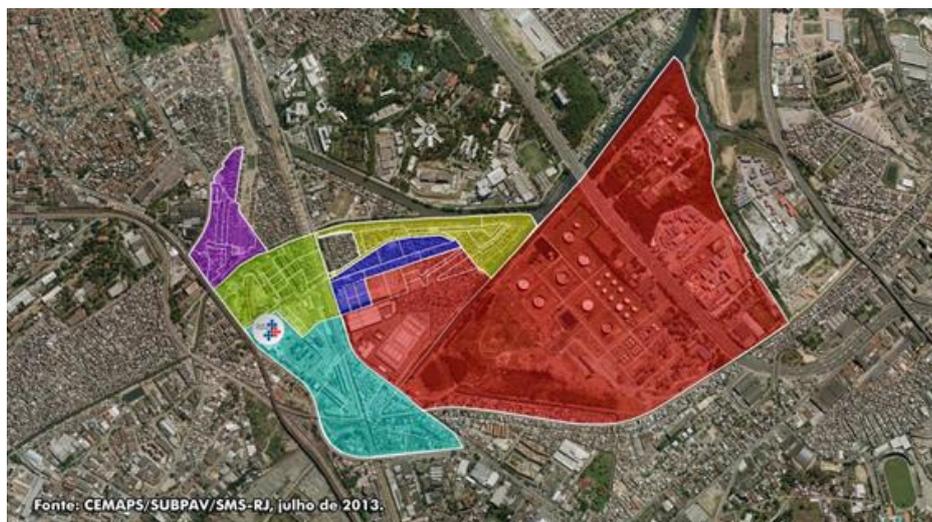


Figura 2 - Área de abrangência da Clínica Victor Valla



Figura 3 - Área de abrangência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

O trabalho foi realizado nessas duas unidades de saúde da família que estão sobre a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. Estas duas Clínicas integram a iniciativa Teias-Escola Manguinhos, da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, e foi inaugurada em abril de 2010.

5.2 A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família surge em 2004, e inicialmente foi denominada Programa de Saúde da Família, sendo oriunda do sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991.

Nesse sentido (ESCOREL, GIOVANELLA, *et al.*, 2007) mencionam que inicialmente, o programa foi voltado para ampliar a cobertura assistencial nas áreas que apresentavam maior risco social, entretanto, o programa foi aos poucos adquirindo a centralidade na agenda do governo. A partir de 1999, o Ministério da Saúde adota o PSF como uma estratégia para estruturar os sistemas municipais de saúde, com o intuito de reorientar o modelo de assistência e conseguir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca a incorporação dos princípios básicos do SUS e realiza uma aproximação com os pressupostos da atenção primária em saúde que são dimensionados por quatro princípios: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades, desta forma buscou uma ruptura com a ideia da noção de realizar uma atenção primária de baixo custo simplificada (STARFIELD, 2002).

Segundo documento oficial a Estratégia Saúde da Família...

(...) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O documento acrescenta ainda que essa Política deve fazer a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas que sejam capazes de auxiliar no controle das demandas e necessidades de saúde, que ocorrem com maior frequência e relevância no território, sempre observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido pelo sistema de saúde.

A PNAB está baseada em quatro princípios básicos: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Nesse sentido o programa de Saúde da Família é entendido como uma

estratégia de reorientação do modelo assistencial é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes ficam responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

Segundo a PNAB cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A tabela 4 apresenta a composição da equipe básica e ampliada da Estratégia de saúde da Família:

Tabela 4 - Composição básica e ampliada de uma equipe de saúde da família

Equipe básica	Equipe ampliada
Um médico de família; Um enfermeiro; Um auxiliar de enfermagem; Seis a doze agentes comunitários de saúde.	Um médico de família; Um enfermeiro; Um auxiliar de enfermagem; Seis a doze agentes comunitários de saúde. Um dentista; Um auxiliar de consultório dentário; e Um técnico em higiene dental.

Dentro da Estratégia da Saúde da Família o ACS assume um papel estratégico e fundamental na execução, porque tem o papel de atuar junto às comunidades do território mapeando e identificando os riscos e agravos a que essas populações estão submetidas, além das condições econômicas e ambientais desses moradores.

Ao longo das últimas duas décadas a Política vêm apresentando um crescimento expressivo segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)¹, em dezembro de 2016, contava com 40.098 equipes de saúde da família implantadas, com uma cobertura

¹ O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

populacional estimada de 123.556.551, o que representa uma cobertura de 63,70% da população, distribuídos em um total de 5.409 municípios. Nesse mesmo período o número de ACS em atividade era de 265.685, o que representa uma cobertura 66,55% da proporção de cobertura populacional estimada.

No Município do Rio de Janeiro, onde foi realizada a pesquisa, segundo dados do SIAB , de dezembro de 2016, estavam em atividade 958 Equipes de Saúde da Família que estão distribuídas em Centros Municipais de Saúde e Clínicas de Saúde da Família. Já o número de Agentes Comunitários de Saúde em atividade no Município estava em 5.099, o que representava nesse mês uma cobertura de 51,72% de proporção de cobertura populacional.

5.3 O Lugar de estudo (os territórios)

Desde o ano de 2012 a região de Manguinhos recebeu uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), que segundo relatos dos agentes fez com que a situação da violência tivesse sido reduzida mediante o controle do território por parte da polícia. Entretanto, conforme os relatos colhidos no processo de validação junto aos agentes eles apontaram naturalmente, que esse processo não evolui de forma satisfatória e as operações e tiroteios na região voltaram a ser frequentes, causando desta forma apreensão e tensão durante o processo de realização das visitas domiciliares.

O território do complexo de Manguinhos é composto por várias comunidades que segundo reportagem publicada² em 14/10/2012, no jornal O Globo, dentre 126 grupos de bairros da cidade do Rio, Manguinhos apresenta o quinto pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), seguido pelo Jacarezinho, em sexto.

O IDH mais atual é de 2000 e leva em conta três índices: expectativa de vida, educação e renda. Todos estes dados são baixos nos casos das duas comunidades. Estatísticas mais recentes mostram que a situação não mudou desde então.

Segundo dados do Censo de 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revelam que a comunidade ocupada em 2012, amarga posição incômoda

² Reportagem do jornal o globo com o título “Jacarezinho e Manguinhos estão entre os piores IDHs do Rio, datada de 14/10/2012”, disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/jacarezinho-manguinhos-estao-entre-os-piores-idhs-do-rio-6394982>.

no ranking de renda. O valor do rendimento mensal das pessoas de 10 anos ou mais em Manguinhos é de R\$ 424,26, ocupando a sétima pior colocação entre 160 bairros da capital fluminense.

Os índices do IBGE mostram ainda que, além da segurança, as comunidades ocupadas têm outras demandas. Ao andar pelas ruas de Manguinhos, deparar-se com lixo na rua é cena comum. Na região, 10,8% dos domicílios queimavam, enterravam ou jogavam em terreno baldio ou no rio seus resíduos - a pior situação entre todos os bairros do Rio. Com isso a região é caracterizada pelas péssimas condições de higiene e saúde, além de moradias precárias e muitas delas sem saneamento básico e água potável além de esgoto a céu aberto.

Os relatos apresentados transcrevem um grande número de casas e barracos que não possuem banheiros, onde os moradores realizam suas necessidades dentro de baldes e depois despejam no rio faria timbó, que é o rio que divide as comunidades. Além disso, muitas dessas casas não possuem janelas e nem um sistema de ventilação adequado, o que aumenta o risco para os agentes.

Para agravar a situação segundo os relatos embora haja coleta de lixo quase regular na região, os moradores, segundo os agentes, por questões culturais, têm o péssimo hábito de colocarem lixo na beira do rio e também em terrenos baldios fazendo com que esse acúmulo traga para a região um grande número de ratos e outros vetores, além de que quando ocorrem chuvas esse lixo é represado e causa alagamento nas ruas e nas casas.

Essa falta de estrutura no saneamento básico da região faz com que um grande número de moradores apresente doenças infectocontagiosas como a tuberculose, além de muitos casos de verminoses e doenças de pele.

5.4 O Agente Comunitário de Saúde

Embora a Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) date de 1991, a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde só vai ocorrer em 2002 com a promulgação da lei 10.507/2002 (revogada pela lei 11.350/2006) e a regulamentação das suas atividades somente acontece em 2006 com a lei 11.350/2006 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2006).

Dentre os requisitos para o exercício da profissão, a Lei 11.350 estabeleceu que o candidato a ACS devesse atender a três pré-requisitos:

- 1) Residir na área da comunidade em que atuar;
- 2) Haver concluído com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada para a formação de Agente Comunitário de Saúde; e
- 3) Haver concluído o Ensino Fundamental.

No que diz respeito à parte de formação a lei determina que é responsabilidade do Ministério da Saúde a formulação do processo de formação. Essa lei estabelece também que o exercício do ACS se dá exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor local de saúde, além de acrescentar que a contratação deverá ser realizada por processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.

Em 2004, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação publicou o documento "referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde" que tinha com o propósito...

“(...) apresentar aos educadores, instituições de educação, escolas técnicas do SUS, órgãos de supervisão de ensino, entidades de pesquisa, entidades representativas dos setores produtivos correlatos, bem como a sociedade em geral, o referencial curricular nacional do curso técnico de agente comunitário de saúde, elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, estruturado em um Plano de Curso, conforme previsto no artigo 10 da Resolução CNE nº 04/99”.

(Referencial Curricular do Curso de Formação do Agente Comunitário de Saúde, 2004, p. 5-6)

Segundo o documento o curso está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas e sua realização está prevista em três etapas, descritas a seguir:

Etapa I – formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS – carga horária 400 horas.

Etapa II – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes – carga horária 600 horas.

Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas.

O documento destacava ainda que a prática profissional deveria ser incluída dentro da carga horária de cada etapa de formação. Além disso, previa a inclusão de um estágio supervisionado, quando necessário, devendo a sua à carga horária ser acrescida ao curso e seu plano deveria ser explicitado.

A complexidade do trabalho realizado pelo ACS e a necessidade de capacitação vem sendo discutido por muitos autores, (MARQUES e PADILHA, 2004); (QUEIRÓS, 2012); (LIBÂNEO, 2013); (MELO, QUINTÃO e CARMO, 2015); (BORNESTEIN e DAVID, 2014); (BANDEIRA, 2014), sobre o seu papel na equipe de Saúde da Família. Por exemplo, como trabalhador o agente comunitário de saúde se caracteriza pelo conhecimento empírico desenvolvido no seu território: as formas de organização, os valores, a dinâmica social, e o conhecimento que circula entre moradores (BORNESTEIN, 2007).

A mesma autora acrescenta ainda que o reconhecimento destas características é percebido pelos profissionais da equipe, e também pelos moradores, o que se traduz em uma dupla expectativa geradora de uma possível pressão, porque, por um lado, recebem a cobrança do serviço de saúde, que espera que ele exerça um papel de controle sobre a situação de saúde da população, e por outro, recebem a cobrança dos moradores do território que enxergam na figura do agente um facilitador do acesso ao serviço de saúde.

Outros autores entendem a complexidade da função desempenhada pelo ACS através da superposição de papéis dado que mesmo sendo membro da equipe de saúde, sua atuação transcende esse limite (NOGUEIRA, SILVA e RAMOS, 2000, p. 10). Na prática o ACS constitui uma relação especial, onde atua como mediador, entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade. Mais ainda ele trata não apenas dos temas de saúde, mas com necessidades mais amplas das pessoas. Por fim ele estabelece pontes entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde.

A concepção defendida pelos autores traz um conceito mais ampliado de mediação, dado que a função de ponte, desenvolvida pelo ACS, que atua como um facilitador é exercido também em relação aos meios para o acesso desses moradores aos direitos da cidadania de modo geral. Assim, quando o agente de saúde visita os moradores do território em suas casas, ouvindo relatos e reclamações, ele atua sobre fatos que muitas vezes não são específicos à área da saúde, estendendo o seu papel de mediador a diferentes esferas de organização da vida social.

Ainda nesse sentido de buscar entender as atividades do ACS (URSINE, TRELHA e NUNES, 2010) destaca que a categoria profissional do ACS é relativamente nova no campo

profissional da saúde e a sua atividade tem sido objeto de muitos estudos, recentemente, o que tem contribuído para um melhor entendimento do seu trabalho, o que pode contribuir para uma valorização e também para ações no sentido de promover a qualidade de vida destes profissionais.

Para (MODESTO, GRILLO, *et al.*, 2013) é atribuído uma série de tarefas ao ACS que muitas vezes, ultrapassam as barreiras da sua formação profissional. Nesse sentido, acrescenta que a complexidade que envolve o seu processo de trabalho, exige uma diversidade de conhecimentos desses profissionais, que para atender a essas expectativas, o seu processo de formação precisa ir além de um treinamento sumário, mesmo que tenha uma atualização permanente.

Uma situação que pode dificultar a atuação profissional dos ACS está no fato de que para ser contratado como agente, o candidato não precisa ter conhecimentos prévios na área de saúde. Segundo a legislação esta dificuldade seria compensada, porque após a sua aprovação, ele receberá um treinamento sobre as ações que deverá desenvolver no dia-a-dia e estará, sob constante, supervisão do seu enfermeiro/supervisor.

Outra exigência oriunda desta lei, que busca minimizar as dificuldades oriundas da sua falta de conhecimentos prévios de saúde, é a obrigatoriedade de que o agente deve ter concluído com aproveitamento satisfatório o curso de qualificação básica para sua formação, já descrito anteriormente.

Neste sentido ao considerar a discussão do processo de formação ou qualificação dos ACS, (TOMAZ, 2002), ressalta três aspectos que devem ser considerados:

- 1) O perfil do profissional a ser capacitado;
- 2) Suas necessidades de formação e qualificação; e
- 3) As competências que devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional.

O autor entende que:

(...) O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. E defende a necessidade da utilização de métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, citando a educação à distância. E acrescenta que o programa deveria

abordar competências transversais, como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação.” (TOMAZ, 2002, p. 87).

Outro autor destaca a complexidade que envolve o trabalho do ACS, destacando que os

“(…) conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, além de transcenderem o campo da saúde por requererem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população e que exigem uma atuação intersetorial”. (MENDONÇA, 2004, p. 358).

Ainda nesse contexto da formação, é preciso que sejam consideradas as relações entre trabalho e ensino, e entre os problemas e suas hipóteses de solução que devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que determinado processo se desenvolve (DAVINI, 2011).

Por isso melhorar a qualidade do processo de formação dos ACS, é fundamental para um melhor resultado na realização da visita domiciliar, pois esta é tarefa central do processo de trabalho dos ACS, pois, é partir dessa atividade que capta as condições sociais, ambientais e de saúde dos moradores.

CAPÍTULO 6. REFERENCIAL TEÓRICO

No referencial teórico será apresentado o primeiro capítulo sobre sistemas sociotécnicos complexos e segundo sobre habilidades sociais.

6.1 Habilidades sociais

O Campo das Habilidades Sociais (CHS) surgiu e se desenvolveu em parte com o objetivo de tentar explicar o comportamento humano durante as relações interpessoais, mas também como forma de colaborar na formação do indivíduo, e na solução de conflitos oriundos das interações sociais, incluindo os seus principais contextos, como a família, a escola e o trabalho (DEL PRETTE, 2010); (CABALLO, 2006). No que se refere à possibilidade de treinamento de habilidades sociais para melhorar o desempenho no trabalho será a vertente a que está direcionado esse trabalho. Na sequência serão descritas abordagens teóricas sobre o tema.

A expansão desse campo aconteceu de forma rápida e proficiente, entretanto, não foi tão bem sistematizado, em virtude, da diversidade de enfoques teóricos, o que resultou em algumas vertentes de modelos, teorias, terapias e aplicações em Habilidades Sociais (COLEPICOLO, 2015).

Segundo descreve a autora pode-se admitir que entre os principais objetos de estudo e trabalho do CHS estão: o desempenho social, as habilidades sociais, o treinamento em habilidades sociais e a competência social, que podem ser considerados os conceitos mais importantes que permeiam o campo. Já ao se considerar os principais objetivos de atuação desse campo pode-se destacar que estão entre eles o de identificar, compreender, caracterizar, analisar, otimizar e avaliar o desempenho social, as habilidades sociais e a competência social dos indivíduos e seus diversos grupos sociais.

A autora destaca ainda que os objetivos específicos do CHS são:

- 1- Estudar o desempenho social de indivíduos e grupos, identificar e caracterizar HS, déficits de habilidades sociais e competência social;

- 2- Desenvolver, otimizar e avaliar instrumentos para identificação de déficits, habilidades e competência social, tais como escalas e inventários;
- 3- Planejar, desenvolver e oferecer treinamentos em habilidades sociais, visando à competência social de indivíduos e grupos em interação social de qualquer espécie;
- 4- Analisar o desempenho, as habilidades e a competência social por meio de instrumentos de avaliação, tais como escala. (COLEPICOLO, 2015, p. 17).

Além disso, acrescenta ainda que o CHS possibilita o entendimento, a sistematização e a avaliação das interações sociais que são realizadas entre indivíduos e grupos, podendo desta forma, oferecer soluções que podem ser utilizadas para a promoção do desenvolvimento das habilidades sociais, melhorando o desempenho social e proporcionando a melhoria da competência social.

Dessa forma conclui que com isso pode-se inferir que os resultados, produtos e serviços provenientes do CHS podem ser aplicados em diversos contextos e situações, por quaisquer indivíduos e grupos que tenham o objetivo de melhorar o seu desempenho social. Sendo, portanto, aplicável em qualquer ambiente onde ocorra uma interação social: lar, família, escola, igreja, trabalho, entre outros.

Uma das críticas destacada pela autora é que dentre os autores que tratam de questões teóricas, existem algumas tentativas de análise que buscaram a focalização das relações do campo das habilidades sociais adotando uma abordagem sob o ponto de vista cognitivo e o comportamental.

Nesse primeiro grupo, destaca que podem ser incluídas as seguintes análises:

- 1) (RÍOS-SALDAÑA e DEL PRETTE, 2002) que trouxeram uma contribuição das teorias de aprendizagem social na constituição do campo das habilidades sociais;
- 2) (PÉREZ, 2000) e (OLÁZ, 2009) sobre a compreensão e a aplicação da teoria cognitivo-social de Bandura a programas de treinamento de habilidades sociais;

- 3) (CABALLO, IRURTIA e & SALAZAR, 2009) sobre conceitos e implicações das abordagens cognitivas em geral sobre a avaliação e o treinamento de habilidades sociais.

Acrescenta ainda que num segundo grupo, pode-se citar:

- 1) (BOLSONI-SILVA, 2002), que analisa alguns aspectos do treinamento de habilidades sociais na perspectiva comportamental;
- 2) (GRESHAM, 2009), que faz uma análise comportamental aplicada ao treinamento de habilidades sociais com crianças;
- 3) O ensaio de (DEL PRETTE, 2009), sobre comportamentos não verbais, examinados sob os três principais aportes teóricos do campo das habilidades sociais: o cognitivo de (ARGYLE, 1994), o social-cognitivo de (BANDURA, 1991) e o da análise do comportamento, de (SKINNER, 1990).
- 4) Há ainda os estudos que focalizaram, sob a perspectiva da análise do comportamento, habilidades sociais específicas como, por exemplo, a assertividade (MARCHEZINI-CUNHA, 2004) e a empatia (GERCIA-SERPA, MEYER e & DEL PRETTE, 2006); (VETTORAZZI, 2005).

A autora por fim destaca que essas diferentes abordagens representam de certa forma a complexidade que o termo das habilidades sociais apresenta. Considerando-se a classe geral das habilidades sociais, outra autora destaca que é importante reconhecer,

“como qualquer comportamento, trata-se de um constructo, inferido das relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo. Um comportamento social somente é classificado como habilidade social quando contribui para a competência social em uma tarefa de interação social.” (DEL PRETTE, 2001).

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) constitui um campo teórico-prático de conhecimento acerca do desempenho social que é definido como qualquer comportamento social ou sequência de comportamentos emitidos em situação social. Além do conceito de desempenho social, segundo (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999); (2001); (2005) outros conceitos fundamentam o THS: como os de habilidades sociais e competência social. O primeiro, de acordo com os autores, tem um caráter mais descritivo

(...) “e refere-se às classes de comportamentos sociais presentes no repertório do indivíduo que, se emitidos, contribuem para um desempenho socialmente competente. O segundo, competência social, em seu caráter avaliativo, consiste na capacidade de o indivíduo articular sentimentos, pensamentos e comportamentos, em função de objetivos pessoais e de demandas situacionais e culturais, que podem trazer consequências favoráveis a ele próprio e para sua relação com os outros” (DEL PRETTE, 2001).

Considerando esses conceitos, os autores avaliam que um desempenho pode ser avaliado como socialmente competente se atender aos seguintes critérios: consecução de objetivos da interação; manutenção ou melhora da auto-estima e da qualidade da relação; maior equidade de ganhos e perdas entre os envolvidos na interação; respeito e/ou ampliação dos direitos humanos básicos.

No que diz respeito à origem do campo das Habilidades Sociais, (CABALLO, 2006) esclarece que está fundamentada em três vertentes científicas, além dos estudos clínicos que datam da década de trinta:

- 1) trabalhos de Salter de 1949 e sua continuidade nos trabalhos de Wolpe e Lazarus, com a popularização da assertividade por Alberti e Emons, na década de 70, nos Estados Unidos;
- 2) trabalhos de Zigler e Phillips na década de 1960 com pacientes psiquiátricos institucionalizados;
- 3) estudos de Argyle de 1967 sobre Ergonomia e sistemas homem-máquina, relacionados a conceitos de habilidades sociais.

O autor acrescenta que o panorama delineado apresenta o Treinamento Habilidades Sociais (THS) derivado do Treinamento Assertivo, o que não é consensual. Para alguns autores como (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999) e (FALCONE, 2001), o THS tem a sua origem nas obras de Argyle de 1994). Esses estudiosos identificam uma correlação entre os enfoques da assertividade, que teve origem nos Estados Unidos, e o das habilidades sociais, que se iniciou na Inglaterra, mais especificamente, com os trabalhos de Argyle, ao publicar o livro *The psychology of interpersonal behavior* em 1967.

No Brasil, o primeiro trabalho relacionado ao tema está datado da década de 70, que foi o estudo de (DEL PRETTE, 1978). Esse cenário começou a evoluir a partir da década de 90 quando começam a serem publicados artigos específicos dessa área como os de (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1996); (1999); (FALCONE, 2001); e, principalmente, livros sobre habilidades sociais e conceitos relacionados (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 1999); (2001); (2005).

No contexto atual, é possível notar que esse campo ampliou-se consideravelmente por meio de publicação de trabalhos como (FALCONE, 2008); (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005); (2009); (2010); (2011); (2013), (BOLSONI-SILVA, 2010) que abordam tanto os avanços na base teórica quanto na parte empírica e de aplicação. No contexto brasileiro, isso também ocorre como se constata no trabalho de revisão realizado por (BOLSONI-SILVA, DEL PRETTE, *et al.*, 2006), que afirmam ser o THS “*um dos mais profícuos movimentos da Psicologia nas últimas décadas*”.

Nesse contexto, o agente comunitário deve ter as habilidades sociais incorporadas as suas ações diárias, pois é fundamental para a realização das visitas domiciliares, principalmente, na formação do vínculo com os moradores, que é o cerne do seu trabalho de campo. Por analogia, essa associação deve funcionar de forma integrada e, nessa condição, deve possuir grande sinergia entre seus elementos, de forma que as mesmas devem estar incorporadas na rotina de trabalho dos ACS para que possam alcançar cada vez mais um resultado satisfatório.

6.2 Sistemas Sociotécnicos Complexos

A ideia de um sistema complexo remete a forma como suas partes interagem e o nível de complexidade existente entre elas. Para fins de enriquecimento desse trabalho buscaram-se na literatura algumas definições com o intuito de identificar as características que compõem um sistema complexo para em seguida apresentar a definição que se enquadra na proposta desse trabalho.

Em (LEITE, 2004) encontra-se uma extensa fundamentação teórica sobre os sistemas complexos, das quais apresentamos a definição de alguns autores para em seguida apresentar aquela que será utilizada como parâmetro neste trabalho.

Na visão de (HELYGHEN, 1988)

“(...) um sistema complexo possui três características comuns: quantidade, imprevisibilidade e dificuldade. O sistema possui duas ou mais partes, ou elementos diferentes, as quais são conectadas ou entrelaçadas; o comportamento destes é imprevisível. O comportamento imprevisível se torna, ainda, mais aparente na dinâmica do sistema, quando ele interage com outros sistemas, com ele mesmo e com o observador; quando evoluem, as mudanças experimentadas são imprevisíveis. A evolução do sistema não pode ser guiada, o gerenciamento do comportamento do sistema complexo é difícil de conseguir”.

Já na concepção de (BAR-YAM, 1997) o que é preciso...

“(...) para compreender o comportamento do sistema complexo, é entender não somente o comportamento das suas partes, mas também como elas agem juntas para formar o comportamento do todo. Assim, pela impossibilidade de descrever o todo sem descrever cada parte e pelas partes serem descritas em relação a outras partes, os sistemas complexos são difíceis de compreender. O referido autor apresenta dois conceitos-chave para o estudo dos sistemas complexos: emergência e complexidade. O objetivo é compreender como a complexidade está relacionada à emergência”.

Para (GINO, 2002) a definição de um sistema complexo funciona:

“(...) como uma rede de muitas interações e elementos inter-relacionados, cada um desempenhando as próprias funções. Os elementos são combinados de forma que cada um contribua para o comportamento da estrutura e do desempenho global”.

Por fim na concepção de (SUSSMAN, 2002) “é considerado um sistema complexo quando é composto de um grupo de unidades relacionadas, para o qual o grau e a natureza dos relacionamentos são imperfeitamente conhecidos”.

Para fins desse trabalho, entretanto, será utilizada a definição de (PAVARD e DUGDALE, 2006) que definem sistema complexo, como sendo aquele em que é difícil, senão impossível de reduzir o seu número de parâmetros ou variáveis características, sem que haja perda de suas propriedades funcionais globais essenciais.

Para esses autores, um sistema quando verdadeiramente complexo torna-se muito difícil reduzi-lo em partes menores, acrescentando que é praticamente impossível conseguir obter um modelo mais simples desse sistema.

A definição apresentada pelos autores serve de parâmetro à abordagem que é proposta neste trabalho, na medida em que, colabora para a análise de sistemas sociotécnicos cooperativos, como é a área da saúde.

A abordagem descrita pelos autores é representada por dois eixos distintos a saber:

- a) O primeiro, pelo estudo de sistemas não lineares ;
- b) O segundo, pelo estudo de sistemas auto-organizáveis distribuídos.

O primeiro modelo embora apresente contribuições metodológicas e conceituais, não se aplica diretamente ao estudo de sistemas sociotécnicos complexos que é o objeto desse trabalho, na área da saúde. Já no segundo, podemos identificar características que se aplicam diretamente ao estudo realizado, pois permite analisar as atividades das organizações em nível cognitivo e sociais, buscando com isso o entendimento que se alinha a tarefa que é realizada pelo ACS.

Para esses autores os Sistemas Sociotécnicos complexos apresentam quatro propriedades que o caracterizam:

A primeira propriedade é o Indeterminismo, cuja característica principal se deve ao fato de que é impossível antecipar com precisão o comportamento dos sistemas, mesmo quando as suas funções são totalmente conhecidas;

A segunda é a Decomposição funcional limitada que afirma que é difícil, senão impossível, conseguir estudar as propriedades de um sistema pela sua decomposição em partes menores, uma vez que os sistemas complexos possuem estruturas dinâmicas, que dificultam a análise através de partes menores e estáticas;

A terceira é a Informação e representação de natureza distribuída onde apontam que nos sistemas complexos, algumas de suas funcionalidades não podem ser situadas ou localizadas. A informação encontra-se dispersa e pode ser localizada em diversos espaços e, em alguns casos, distribuída entre muitos atores. Um sistema é considerado distribuído quando seus recursos encontram-se distribuídos em vários locais, sejam eles físicos ou virtuais. Essa distribuição pode ser consequência de redundância, contingência ou resultado da forma de organização do trabalho;

A quarta e última propriedade é a Emergência e Auto-organização, a emergência se caracteriza pelo fato de que mesmo conhecendo bem o sistema, sempre ocorrerão situações imprevisíveis, de maneira inesperada sem saber onde e quando. Com o objetivo de tornar o

fluxo de informações previsíveis, os atores do sistema buscam a reorganização de suas estruturas, alterando inclusive seus mecanismos de cooperação a fim de restaurar o estado inicial do sistema. O processo de auto-organização ocorre em virtude da necessidade de se reestabelecer o funcionamento normal do sistema.

Os autores esclarecem ainda que através da Teoria da Complexidade e das propriedades essenciais dos sistemas complexos tem-se a possibilidade de identificar os aspectos primordiais e relevantes do funcionamento dos sistemas sociotécnicos cooperativos, facilitando desta forma o entendimento sobre o seu funcionamento.

Nesse sentido alguns autores sugerem que, após o entendimento sobre o funcionamento do sistema, deve-se buscar o processo de normalização das suas funções a fim de melhorar o seu funcionamento, incluído nesse caso o trabalho das equipes de saúde, entretanto, na prática as tentativas de padronização dos processos de trabalho em saúde têm ocorrido de forma lenta e não tem apresentado melhorias significativas na prestação de serviços de cuidados em saúde.

Em parte essa dificuldade é oriunda do fato de que as atividades de ações básicas de saúde envolvem muitas interfaces entre planejamento estratégico, gestão do cuidado e gestão administrativa, porque decorre de questões complexas sobre assistência, envolvendo diversas fontes de informações, tais como condições de vida do paciente, condições socioambientais, o diagnóstico do paciente e a tomada de decisão clínica a ser tomada.

Nesse sentido a dinâmica dos processos de trabalho de um sistema de saúde é tão complexo como os sistemas industriais. Conforme descrito por Vianna, (2002)

“Associado ao crescimento, a partir da década de 60, um novo fator vai mudar a prática médica e a estrutura do setor prestador de serviços médicos – o aparecimento de um setor capitalista produtor de material e equipamentos médicos. Como consequência, não só a velocidade e a taxa de renovação de novos produtos tiveram grande inflexão, como também existiu a necessidade de se criar novas especialidades e especialistas, que pudessem utilizar os novos equipamentos e atender à demanda dos usuários de forma eficiente” (VIANNA, 2002).

O autor acrescenta ainda que por conta dessas mudanças o setor prestador de serviços médicos sofreu um processo de mudança no qual se adaptou rapidamente. Por conta dessas necessidades “criadas” surgiram novas práticas e especialidades para se adequar as novas ofertas. Esta expansão trouxe consequências negativas do ponto de vista financeiro porque aumentou o custo da saúde, e criou a associação de que uma “boa medicina” já não mais

podia ser exercida sem o auxílio de equipamentos de última geração e também sem a solicitação de uma grande quantidade de exames complementares. Com isso a saúde tornou-se uma mercadoria que passou a ser vendida e comprada, geralmente, a um custo muito elevado.

Como consequência dessas mudanças na prática médica os equipamentos de apoio são utilizados pela maioria dos usuários para o diagnóstico ou tratamento de diferentes condições médicas no processo de cuidado da saúde. Neste sentido passar por uma consulta médica sem a solicitação de exames complementares passou a ser quase um atestado de incapacidade médica. Outro fator que aumenta a complexidade desse sistema está no fato de que o corpo médico, na maioria das vezes, não é consultado antes da decisão sobre a incorporação de novas tecnologias ao sistema.

Nesse contexto torna-se relevante destacar os diferentes agentes que atuam dentro do setor aumentam o seu grau de complexidade e o conflito de interesses, conforme descrito a seguir:

“O setor saúde compreende uma estrutura abrangente e articulada, integrada pelo Estado, pelas instituições públicas e privadas prestadoras de serviços médicos, pela indústria farmacêutica, de equipamentos e de materiais médicos, bem como pelo conjunto de empresas financeiras e não financeiras atuantes no segmento de assistência médica” (VIANNA, 2002).

Por fim afirma que é nesse espaço – de diversidade, complexidade e conflito – que o Estado precisa atuar com o intuito de regular e gerir as práticas em saúde.

É nesse ambiente de diversidade e conflito de interesses que atua a Estratégia de Saúde da Família, onde é importante considerar a complexidade das relações hierárquicas entre os três entes federativos (União, Estado e Município), o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar, realizado por médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, assistentes sociais e agentes comunitários que precisam estabelecer uma relação de confiança e cooperação entre si, bem como a relação destes com os pacientes, no intuito de oferecer um atendimento médico de qualidade.

Tendo em vista que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde ocorre dentro desse ambiente de um sistema complexo torna-se de suma importância que eles passem por um processo de seleção e treinamento que possa fazê-los estar em contato com situações reais do cotidiano desses trabalhadores.

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados na forma de três questões de pesquisa que serão descritas de forma separada e com um referencial correspondente que balizou as respostas e a fundamentação para o apontamento de soluções para as mesmas.

7.1 Habilidades comunitárias dos ACS:

Quais as habilidades comunitárias específicas que os ACS necessitam para desenvolver o seu trabalho durante visitas domiciliares na estratégia de saúde da família.

7.1.1 Introdução

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) começa a ser institucionalizado em muitos países a partir da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), em virtude da proposta de expansão da atenção primária em todos os países para atender as populações mais pobres e equacionar a tríade entre pobreza, desigualdade e saúde comunitária (CUETO, 2004); (STANDING e CHOWDHURY, 2008).

Diversos trabalhos destacam a importância do ACS como elemento de expansão da atenção primária no mundo (THE EARTH INSTITUTE, 2011); (LEHMANN e SANDERS, 2007), e a regulamentação dessa categoria profissional tem sido objeto de deliberação pela Organização Mundial da Saúde e em países como EUA e Brasil (ROSENTHAL, 1998); (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Entretanto, somente em 2009, o Departamento de Trabalho dos EUA recomendou a criação de uma Classificação Ocupacional Padrão para Trabalhadores comunitários de saúde, o que foi, subsequentemente, incluído em uma provisão da lei nacional de reforma da saúde somente em 2010. No Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), resulta no programa de saúde da família, expandindo a política de prevenção e promoção, a partir de 1991 (RESENDE, AZEVEDO, *et al.*, 2011); (SOUZA, BARCELOS e LANZA, 2013). No

entanto, a categoria profissional dos ACS só passa a ser reconhecida em 2002, com a publicação da Lei 10.507, de julho 2002.

Contudo, desde o início da criação do PACS os ACS defrontam-se com uma contradição: ao mesmo tempo em que são exigidas dos ACS inúmeras atribuições, segundo manuais, o candidato à vaga de ACS não precisa ter nenhum conhecimento prévio na área de saúde, já que, em tese, receberia treinamento sobre as ações que deverá desenvolver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). De qualquer forma, vale destacar que os conhecimentos exigidos no processo de trabalho do ACS são bastante complexos e diversificados, além de transcenderem o campo da saúde, já que requerem a aprendizagem de aspectos que estão presentes nas condições de vida da população (MENDONÇA, 2004).

Nesse sentido, este trabalho aborda a atuação do ACS enquanto membro primordial para o sucesso da execução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sua realização teve a aprovação do Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e respeita os princípios estabelecidos pela (RESOLUÇÃO Nº 466, 2012).

O presente texto está subdividido em cinco seções. Na seção a seguir é apresentado o método. Na sequência, os resultados e, em seguida, a discussão. O texto é finalizado com a apresentação de conclusões do estudo.

7.1.2 Problema de Pesquisa

O objetivo do estudo é identificar as habilidades sociais específicas que os ACS necessitam para desenvolver o seu trabalho. Dessa forma, este artigo explora o tópico do trabalho dos ACS nas visitas domiciliares na estratégia de saúde da família, com o intuito de responder a seguinte questão de pesquisa:

Que habilidades são necessárias para que os ACS realizem as visitas domiciliares no território de forma mais efetiva, confortável e com menos desgaste físico e emocional.

A significância deste estudo está em tornar possível a identificação das principais habilidades necessárias para o trabalho dos ACS no território, além de determinar as especificidades das mesmas dentro do contexto geral das habilidades que eles necessitam para realizar as visitas domiciliares.

7.1.3 Ambiente de Pesquisa

No ano de 2014 as duas Unidades Básicas de Saúde da Família que foram objeto desse estudo contabilizavam, juntas, mais de 45.000 usuários e 12.000 famílias cadastradas, distribuídas em quatorze equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo uma delas da modalidade Consultório na Rua, que atende, particularmente, aos usuários não domiciliados no território Manguinhos, buscando ampliar o acesso aos usuários de drogas e moradores de rua que apresentam uma grande incidência na realidade local. As duas Unidades realizaram mais de 50 mil visitas domiciliares pelos ACS e mais de 20 mil consultas médicas, anualmente.

Os trabalhos realizados nessas Clínicas estão inseridos dentro da Estratégia Saúde da Família, como parte do arcabouço da atenção básica no Brasil, o que envolve a realização de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e reabilitação. As práticas gerenciais e sanitárias são realizadas por equipes multidisciplinares, em territórios delimitados pelas quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O ACS cumpre um papel essencial na atenção básica, pois atua como elo entre os serviços de saúde e a população, criando vínculos que se materializam principalmente no trabalho de visita domiciliar – o processo pelo qual o ACS realiza visitas aos domicílios compreendidos na sua área de atuação.

7.1.4 Materiais e Métodos

Nesta seção, descrevemos os métodos utilizados, bem como o conceito de habilidades social, que forneceu fundamentos para a realização desse estudo. Também é introduzido o conceito de habilidade comunitária, utilizado para delimitar um dos principais achados desse trabalho.

7.1.4.1 Habilidades sociais como parâmetro para Habilidades comunitárias

O comportamento socialmente hábil é difícil de ser definido, tendo em vista que depende de parâmetros e de contextos sociais distintos. Com isso o grau de eficácia apresentado por uma pessoa dependerá muito do que ela deseja conseguir em uma dada situação em que se encontre, ou uma determinada função que deseje realizar (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005); (2013).

Desta forma não existem formas universalmente corretas de se comportar socialmente e não existe um critério absoluto para conceituar habilidade social. O comportamento socialmente

hábil “é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problema” (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2005). A Tabela 5 - Classe das habilidades sociais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2013) apresenta a classificação das habilidades sociais de acordo com (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2013).

Tabela 5 - Classe das habilidades sociais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2013)

Classes de Habilidades Sociais	Subclasses (Itens)
Comunicação	1- Elogiar outrem 2- Agradecer elogios 11- Participar de conversação 12- Manter conversação 13- Encerrar conversação 14- Fazer perguntas
Civilidade	7- Apresentar-se a outra pessoa 8- Cumprimentar desconhecidos 9- Dizer, por favor, obrigado
Assertivas de Enfrentamento	4- Abordar autoridade 10- Pedir favores 18- Discordar de autoridade 20- Lidar com críticas 23- Expressar desagrado 24- Recusar pedidos abusivos 25- Solicitar mudança de comportamento 27- Defender os próprios direitos 28- Admitir erros
Empáticas	6- Colocar-se no lugar do outro (empatia)
Expressão de sentimento	3- Expressar sentimento positivo 5- Oferecer ajuda
Trabalho	15- Falar em público 16- Fazer negociações 17- Emitir sugestão 19- Discordar do grupo 21- Lidar com gozações dos colegas 22- Defender outrem em grupo 26- Fazer cobranças

Um ponto destacado pelos autores é o de que a forma de organização das habilidades em diferentes conjuntos tem como base seu conteúdo e funcionalidade, mas não excluem algumas

possíveis sobreposições, que são inevitáveis devido à complexidade das relações interpessoais entre os indivíduos.

7.1.4.2 *Habilidades comunitárias como conceito-guia de análise ergonômica*

Aqui introduzimos o conceito de habilidade comunitária, ou seja, um saber local presente no território que é vivenciado pelos agentes no seu dia a dia em seu espaço banal - o espaço que também é o cotidiano de todos nós, carregado de seus símbolos e significações (MOREIRA, 1982); (SANTOS, 1999). O espaço banal (SANTOS, 1999) do ACS é seu local de trabalho, convivência, de costumes e regras, muito específicas e com características peculiares que essas comunidades possuem.

Neste estudo, reunimos conhecimentos de como o espaço banal se localiza geograficamente (MOREIRA, 1982), se apropriando de características do lugar, além de suas características específicas e permeadas de particularidades, que são conteúdos adquiridos de forma tácita, na vivência diária do território. Assim, determinamos como esses aspectos são incorporados e difundidos entre os ACS que exercem a sua atividade nesse território.

7.1.4.3 *Metodologia*

A realização da coleta de dados no campo foi realizada através da Análise Ergonômica, como forma de buscar o sentido da ação dos trabalhadores por meio da observação e entrevistas. Dessa forma é possível registrar parte dos aspectos conversacionais - fala e escuta articuladas em um processo cooperativo - das interações que ocorrem entre esses atores (VIDAL, 2008); (WISNER, 1995); (MAES, CLOSSER e KALOFONOS, 2014).

A ação de pesquisa foi realizada entre o período de junho de 2015 até junho de 2016. Foram entrevistados 41 agentes, um total superior a 50% do efetivo atuante nas duas clínicas do mesmo território, que contam com um total de 78 ACS, sendo 60 mulheres e 18 homens. Dos entrevistados, 30 são mulheres e 11 são homens. A coleta das informações sobre as principais dificuldades que eles enfrentam durante as visitas domiciliares foi consubstanciada por ação conversacional e observação do trabalho. Para a coleta de dados foram realizadas mais de 280 horas entre observação e de ação conversacional com agentes comunitários, coordenadores, gerentes e demais gestores da clínica.

A realização da etnografia da atividade Figura 4 inerente à análise ergonômica (WISNER, 1995) (JATOBÁ, BELLAS, *et al.*, 2016) resulta numa listagem de problemas que os ACS enfrentam na realização de visitas domiciliares. A ação conversacional envolveu dez agentes,

sendo cinco de cada unidade, todos com mais de oito anos de experiência como ACS. Após uma preleção introdutória, estes co-participantes receberam a lista com todos os problemas já apurados e foram questionados sobre a relevância dos problemas listados, para valorar cada um deles e poder estabelecer uma ordem. Cada entrevistado selecionou 10 problemas, ordenados por prioridade.



Figura 4 - Metodologia de validação dos problemas (etnografia da atividade)

A ordenação foi feita com base na pontuação dos problemas pelos entrevistados, em uma escala que atribui 10 pontos para o problema mais importante, 9 para o segundo problema mais importante e assim por diante até ser atribuído a nota 1 para o problema menos importante.

Em seguida os problemas selecionados pelos participantes foram classificados de forma a evidenciar os problemas mais recorrentes, ou seja, aqueles apontados pelo maior número de ACS, com maior relevância. Por fim, foram consolidados todos os problemas escolhidos por esses 10 agentes em uma tabela de priorização em ordem decrescente, do problema mais importante para o menos importante, após o somatório dado a todos os problemas por todos os agentes que participaram da pesquisa.

Os ACS foram, então, convidados a identificar as habilidades sociais pertinentes junto ao rol de habilidades sociais mostrados no Tabela 5 - Classe das habilidades sociais (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2013), no intuito de apontar que habilidades sociais são indicadas para mitigar os problemas identificados, formando **habilidades básicas**. Na medida em que uma dificuldade em geral combina problemas que exigem o recurso a mais de uma habilidade, foi realizada uma correlação entre problemas e habilidades básicas, formando, através de diversas combinações uma lista de habilidades comunitárias.

7.1.5 Resultados

A lista completa dos depoimentos orientados aos 10 problemas mais importantes na visão dos agentes selecionados para validar os problemas, acrescida de depoimentos selecionados para evidenciar os problemas mapeados ao longo do trabalho de campo, compõe o anexo IV desta tese. Para cada um dos problemas tipo-apresentados estes conteúdos reforçam os achados da etnografia da atividade.

A Tabela 6 apresenta a relação consolidada de problemas e as respectivas pontuações, de acordo com os ACS participantes.

Tabela 6 - Relação consolidada de problemas e pontuações

Identificador	Problemas	Pontuação
1	Exposição à violência no território	88
2	Exposição a fatores de risco a saúde	62
3	Falta de infraestrutura na clínica e no campo	51
4	Sistema de dados tem muitas interrupções e causa retrabalho	28
5	Dificuldade de cadastrar e acompanhar os moradores que trabalham fora	26
6	Excesso de funções para realizar	26
7	Grande quantidade de famílias para atender	24
8	Exposição a problemas psicológicos graves	20
9	Grande quantidade de interrupções ao longo da realização do trabalho	16
10	Uniforme desconfortável e quente	15

Em seguida, com as respostas dadas pelos ACS, são apresentadas nas tabelas 7 e 8, as cinco habilidades comunitárias mais citadas por cada agente, em cada uma das unidades. Assim como os problemas, as habilidades foram priorizadas através do sistema de pontuação, resultando em uma tabela de priorização em ordem decrescente, da habilidade mais importante para a menos importante, após a aplicação do somatório dado a todas as habilidades.

Tabela 7 - Habilidades comunitárias selecionadas pela Unidade I

Identificador	Descrição da habilidade	Pontuação
6	Colocar-se no lugar do outro	50
5	Oferecer ajuda	42
3	Expressar sentimento positivo	23
9	Dizer, por favor, obrigado	22
16	Fazer negociações	18

Tabela 8 - Habilidades comunitárias selecionadas pela Unidade II

Identificador	Descrição da habilidade	Pontuação
5	Oferecer ajuda	38
6	Colocar-se no lugar do outro	34
9	Dizer, por favor, obrigado	31
3	Expressar sentimento positivo	30
7	Apresentar-se a outra pessoa	16

Na tabela 9 é apresentada a relação das habilidades comunitárias necessárias para atuar no território, que foram apontadas pelos participantes com a suas respectivas pontuações após a consolidação dos scores finais das habilidades.

Tabela 9 - Relação final de habilidades comunitárias

Identificador	Descrição da Habilidade	Pontuação
6	Colocar-se no lugar do outro	100
5	Oferecer ajuda	94
3	Expressar sentimento positivo	73
9	Dizer, por favor, obrigado	53
7	Apresentar-se a outra pessoa	41
16	Fazer negociações	18

7.1.6 Discussão

Cada equipe de Saúde da Família se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sendo assim, melhorar o sistema é um desafio constante. Além disso, com o aumento da expectativa de vida ao nascer - 80 anos até o ano 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015) - e melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), além da queda nas taxas de natalidade, muitas mudanças nas necessidades de saúde têm ocorrido, ampliando problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde adequadas (MENDES, 2011).

Ao final da análise ergonômica, das entrevistas e da observação de campo realizadas nas duas Unidades Básicas de Saúde foi possível obter uma relação de seis habilidades comunitárias que os agentes precisam desenvolver para minimizar os problemas nas visitas domiciliares, conforme mostra a tabela 10.

Ao compararmos as habilidades comunitárias indicadas pelas duas unidades (tabelas 08 e 09) vemos que três habilidades foram recorrentemente escolhidas pelos três grupos: “colocar-se no lugar do outro”, “expressar sentimento positivo” e “oferecer ajuda”. A unidade I coloca em primeiro lugar a habilidade “colocar-se no lugar do outro”, em segundo a habilidade “oferecer ajuda” e terceiro a habilidade “expressar sentimento positivo”.

Já a UBS II coloca em primeiro lugar a habilidade “oferecer ajuda”, em segundo a habilidade “colocar-se no lugar do outro” e em quarta opção a habilidade “dizer, por favor, obrigado”. Já os gestores indicam a habilidade “expressar sentimento positivo” como segunda opção, a habilidade “colocar-se no lugar do outro” e apresentada como quarta opção e a habilidade “oferecer ajuda” aparece como quinta opção.

Já realizando a comparação entre as habilidades consolidadas das duas tabelas das Unidades Básicas de Saúde pode-se perceber que os ACS apontaram quatro habilidades que são comuns nas duas UBS, somente diferenciando a ordem de importância dentro da tabela.

Cabe ressaltar, que embora o objeto de estudo tenha sido as dificuldades encontradas pelos ACS para a realização das visitas domiciliares, durante a realização do trabalho de campo, foram detectados problemas que transcendem o objeto desse artigo, como dificuldades na organização do trabalho dentro das unidades, que embora não tenham sido pensados na

concepção original da pesquisa, foi possível detectar que de forma direta e indireta interferem na realização do trabalho dos agentes.

Vale destacar também que a comunidade possui um território que sofre com a violência urbana, que é um problema característico das unidades básicas de saúde no país, que em geral são localizadas em territórios com baixo índice de desenvolvimento (GIOVANELLA, BOUSQUAT, *et al.*, 2015). No entanto, vale também ressaltar que os esses problemas, normalmente, já são conhecidos pelos ACS, podendo então ser minimizado com treinamentos específicos – focados nas habilidades comunitárias destacadas neste estudo.

7.1.7 Conclusão

Há três achados importantes neste estudo: primeiro, os ACS enfrentam um conjunto significativo de problemas na sua atuação, que, conseqüentemente, impactam na realização da política nacional de atenção básica; segundo, os ACS desenvolvem, como forma de realizar melhor suas atividades, um conjunto de habilidades, de forma adaptativa e considerando as características do território em que atuam.

Por fim, como o terceiro achado, destacamos que as habilidades devem ser de pleno domínio dos profissionais, pois são essenciais para que consigam realizar o seu trabalho de forma eficaz, melhorando o seu desempenho, diminuindo o seu esforço, permitindo desta forma alcançar os resultados esperados. Isso minimizaria o esforço de alcance das metas estabelecidas, contribuindo para tornar a política de atenção básica cada vez mais efetiva, e com benefícios para a população.

Foi destacado neste estudo que o ACS, de forma geral, não possui conhecimentos prévios na área de saúde, e a conclusão do ensino fundamental só passa a ser uma exigência para exercer a função de ACS a partir da aprovação da Lei 10.507, de julho 2002, Revogada pela lei 11.570 de 2006 (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2006), que criou a profissão dos Agentes Comunitários de Saúde. Nesta mesma Lei está condicionada a exigência de haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de agentes.

Dessa forma, um trabalho futuro pode ser a utilização de habilidades comunitárias para subsidiar a criação de um instrumento de seleção e treinamento, colaborando assim para a minimização e ou eliminação dos problemas identificados. Vale destacar que tal instrumento deve contemplar questões que passam pela análise estrutural da organização do trabalho dentro da unidade, aliado a um conjunto de habilidades específicas do território.

Uma limitação do trabalho está no sistema de pontuação simples utilizado na consolidação dos scores das habilidades, uma vez que o estudo não envolveu aspectos que possibilitem a utilização de modelos de pontuação mais complexos. Por exemplo, não consideramos na avaliação distinções do perfil dos ACS participantes.

Vale destacar que a pertinência do modelo de pontuação adotado se sustenta nas seguintes especificidades do objeto desse estudo:

Os avaliadores são especialistas no território.

As características peculiares de cada território diferenciam os territórios entre si, apresentando situações muitas vezes distintas.

O deslocamento de avaliadores de um território próprio invalida suas condições de especialista para a avaliação de outro território.

Por ora, carecemos de termos de equivalência entre territórios, que nos permita comparar as situações entre os mesmos.

O território não apenas é específico como exibe propriedades singulares que estão, por ora, com acessibilidade exclusiva dos avaliadores considerados.

Outra limitação do estudo é que a quantidade de visitas para o trabalho de campo foi limitada por fatores como a violência urbana no território, uma vez que não seria seguro transitar nas comunidades, mesmo na companhia dos ACS.

7.2 Riscos e Agravos à saúde dos ACS

Para a realização do trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde no campo, durante as visitas domiciliares, aos usuários da saúde da família, a quais os riscos e agravos à saúde eles estão submetidos?

7.2.1 Introdução

No Brasil, a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), tal como se vê atualmente, se instituiu a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991 numa experiência realizada no Estado do Ceará (SOUZA, 2000). O objetivo deste era melhorar a capacidade da população carente em cuidar da sua própria saúde, tendo como focos articuladores ações na proteção maternal e infantil: a redução do risco por morte no pós-

parto, a orientação e estímulo ao aleitamento materno, além da redução dos óbitos infantis decorrentes de diarreia e desidratação (RESENDE, AZEVEDO, *et al.*, 2011).

Em 1994, a partir da observação de melhorias nas condições de saúde da população assistida pelo PACS, o investimento no modelo de assistência pautado na família, avança, amplia-se o escopo da equipe e institui-se o Programa Saúde da Família (PSF). Os seus objetivos principais envolviam: a valorização da atenção básica, os princípios da territorialização, a vinculação com a população, a garantia de integralidade na atenção, o trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, a promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e o estímulo à participação da comunidade, pautado no paradigma da vigilância (SOUZA, 2003); (NUNES, TRAD, *et al.*, 2002), o que já mostra a reorientação de temas transversais de saúde coletiva para assuntos relacionados ao território.

Dessa forma, o PSF passa a ser reconhecido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, chegando ao patamar atual de Política Nacional para a Atenção Básica de Saúde (PNAB), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Assim, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), com o requisito de ser morador da própria localidade – aspecto fundamental para a construção de vínculo com os moradores, que se sentem, assim, mais à vontade em receber os serviços (LEVY, MATOS e TOMITA, 2004) - assume um papel essencial para a concretização do elo entre o serviço de saúde e a população local (SOUZA, 2003); (JARDIN e LANCMAN, 2009); (SOUZA, 2000). Esse profissional precisa desenvolver um perfil bastante diversificado, desde responsável por conscientizar e mobilizar a comunidade, até realizar atividades normalmente feitas por diversas categorias de profissionais de saúde (GIFFIN e SHIRAIWA, 1989).

Vale destacar que esse fenômeno não é tipicamente brasileiro. Por exemplo, ao analisar iniciativas locais, pesquisadores norte-americanos enfatizam:

“We also urge that Community Health Workers (CHWs) be integrated into community health teams as part of medical homes and that evaluation frameworks be improved to better measure community wellness and systems change” (BALCAZAR, ROSENTHAL, *et al.*, 2011).

Do mesmo modo que em outras realidades brasileiras, esses territórios são marcados por uma transição demográfica acelerada e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas (CASANOVA, TEIXEIRA e

MONTENEGRO, 2014), o que resulta num ambiente sujeito ao grande número de eventos adversos que trazem riscos à saúde.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é identificar os principais riscos e agravos em saúde a que os agentes comunitários de saúde estão submetidos durante a realização das visitas domiciliares, a partir de um estudo de caso em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no território de Manguinhos. A seguinte questão de pesquisa é abordada:

Para a realização do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde no campo, durante as visitas domiciliares, aos usuários da saúde da família, a quais os riscos e agravos à saúde eles estão submetidos?

A relevância desse trabalho está em permitir a mitigação de problemas no trabalho dos ACS que impactam diretamente na execução da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Na medida em que o SUS, em sua própria concepção constitucional, é um sistema que articula políticas e outras estruturas do Estado brasileiro, é necessário pensar uma vigilância voltada para a saúde no trabalho também para os trabalhadores na Saúde, vinculado às demais estruturas necessárias do aparelho de Estado, para dar conta de seu objetivo maior, ou seja, vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho onde existam fatores determinantes de perda da saúde da população que trabalha nesse tipo de ocupação (VASCONCELOS, MINAYO e MACHADO, 2014).

O presente texto está subdividido em cinco seções. Na seção a seguir é apresentado o método. Na sequência, os resultados e, em seguida, a discussão. O texto é finalizado com a apresentação das conclusões do estudo.

7.2.2 Método

A coleta de dados no campo foi realizada através da Análise Ergonômica (WISNER, 1995); (VIDAL, 2002); (JATOBÁ, BELLAS, *et al.*, 2016), método central da disciplina da Ergonomia, que busca uma síntese dos determinantes da atividade das pessoas numa dada organização, orientada por uma demanda que defina a natureza do problema a ser tratado. A análise viabiliza mudanças no sistema de trabalho, através da construção participativa de uma compreensão elaborada da atividade mediante um espaço de cooperação entre os trabalhadores (sejam gestores, gerentes e operadores) tendo no praticante de Ergonomia ou na equipe interdisciplinar de Ergonomia o seu principal interlocutor (VIDAL, 2003).

Nas subseções a seguir, descrevemos o ambiente de pesquisa, os instrumentos utilizados no trabalho de campo e o processo de coleta de dados.

7.2.3 Ambiente de pesquisa

Os problemas de ordem ocupacional tem sido recorrente na literatura nacional e internacional sobre a atuação dos ACS (MARTINES e CHAVES, 2008); (NASCIMENTO e DAVID, 2008); (THEISEN, 2004); (URSINE, TRELHA e NUNES, 2010); (ROSA, BONFANTI e CARVALHO, 2012); (VILELA, SILVA e FILHO, 2010), de forma que é possível inferir que tais problemas impactam negativamente na consecução da Estratégia de Saúde da Família. Vale acrescentar a isso a pressão que, via de regra, se relaciona ao contexto de ação comunitária, como destaca um dos ACS entrevistados durante este estudo:

“Além do grande número de tarefas que realizamos ainda tem a propaganda da prefeitura que promete coisas que não fazemos. Daí a população cobra da gente um monte de coisas que não é nosso trabalho. Aí o morador ainda fica com raiva porque a gente não faz.”

Outro fator relevante se refere à pequena delimitação entre o ambiente de trabalho, o exercício da função e o local de moradia do agente, implicando assim numa específica e singular carga física e mental, em consequência das imbricações que ocorrem entre o trabalho e a vida cotidiana (DIAS, RIGOTTO, *et al.*, 2009). Isso pode ser identificado no depoimento destacada abaixo:

“Nós não temos privacidade nenhuma, porque as pessoas batem na nossa casa para tirar dúvidas e pedir ajuda a qualquer hora e dia. Às vezes vem gente na minha casa 11 horas da noite e aos domingos. Já me pararam na praia para pedir informação. Isso estressa a gente, e tem que ter paciência. E se não atendermos ainda ficam com raiva da gente.”

Num contexto mais amplo seria possível identificar determinantes de sobrecarga configurados pela intensificação de demanda decorrente de mudanças no cenário social e econômico do qual a prestação de serviços de saúde é parte. Neste sentido as repercussões negativas de emprego e renda geram um aumento de demanda no Programa de Saúde da Família (PSF), tanto pela perda de emprego, que causa redução de acesso aos seguros saúde, como pela queda de renda que produz uma migração para o atendimento público. Um agravamento correlato é o aumento do trabalho informal e em domicílio, que constitui uma clientela certa do PSF, já que não é coberto por nenhuma outra forma de acesso à saúde. Nas palavras de um ACS:

“Antes tinha um monte de gente que nem queria receber a gente (sic) e fazer cadastro na clínica, agora que tem um monte de gente sendo mandado embora, e com isso perdendo o seu plano de saúde, eles vêm atrás da gente pedindo para fazer o cadastro deles para poderem ser atendidos na clínica. Isso tem aumentado muito o nosso trabalho.”

Com efeito, na implementação da Estratégia de Saúde da Família o papel do ACS se tornou fundamental porque coube a ele identificar características econômico-sociais dos moradores do território, assim como o mapeamento das situações de vulnerabilidade das famílias. Nesse contexto foi designado ao ACS à realização de atribuições diversificadas dentro da execução da PNAB.

As atribuições do ACS foram definidas através da Portaria nº 2.488 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), onde foi estabelecida a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, assim como definiu as atribuições de cada categoria profissional existente na equipe de saúde da família. Os ACS têm como suas atribuições, segundo a PNAB, as seguintes atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012):

- I. Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II. Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III. Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V. Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. Tendo como referência a média de 1(uma) visita/família/mês;
- VI. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
- VII. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
- VIII. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família.

O campo desta pesquisa se localizou no bairro de Manguinhos, zona norte do município do Rio de Janeiro. Esta localidade apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, situando-se como o 4º pior dos 126 bairros do Município do Rio de Janeiro. Os espaços para habitação são, em sua grande maioria, territórios sem infraestrutura urbana e de saneamento básico. Além de possuir territórios onde a violência está explicitada pelos altos índices de morbimortalidade (CASANOVA, TEIXEIRA e MONTENEGRO, 2014).

Diante dessa dicotomia entre as características do território e a qualidade de vida, a Figura 5 apresenta os principais componentes da saúde e sua correlação com as características do território.

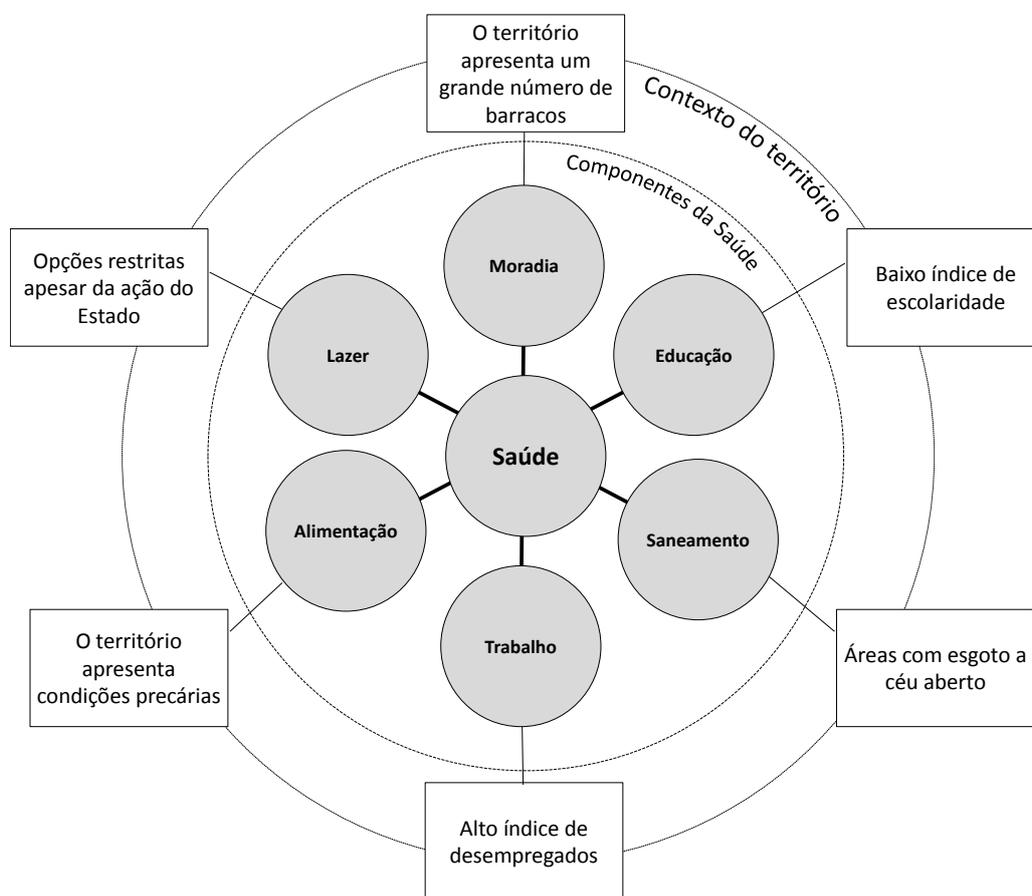


Figura 5 - Componentes da saúde correlacionados as características do território de Manguinhos

Nesse contexto de um território que apresenta características de deterioração social e sinais de pobreza, onde ter saúde significa não somente a ausência de doença, mas ter qualidade de vida torna-se um enorme desafio. Segundo a Lei Orgânica da Saúde, lei 8.080 de 1990, a saúde dos

cidadãos é determinada por um conjunto de fatores, entre os quais se destacam: uma alimentação de boa qualidade, condições de moradia digna, saneamento básico, opções de trabalho e renda, acesso à educação, transporte e lazer e aos bens e serviços essenciais, incluindo a segurança pública e os serviços de saúde, o que, num território com as características apresentadas no território explorado nesse estudo, é um grande desafio.

7.2.4 Materiais

Foi empregado o método de apreciação ergonômica EAMETA (RICART, VIDAL e BONFATTI, 2012) ; (JATOBÁ, BELLAS, *et al.*, 2016); (VIDAL, 2008), que tem a finalidade de facilitar a identificação de constituintes de carga e de sobrecarga na atuação dos trabalhadores por formas dialógicas e interacionais. EAMETA é executado sobre variáveis oferecidas pela redação da Norma Regulamentadora-17 (NR-17) - (Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia, 1990): Espaço, Ambiente, Mobiliário, Equipamentos, Tarefa e Atividade. Neste estudo, os aspectos explorados foram Contexto, Ambiente, Recursos, Equipamentos, Tarefa e Atividade, dada a natureza da ocupação, que se distingue do contexto administrativo/industrial que a NR-17 tem como referência.

O referencial teórico da Ergonomia, conforme mencionado na introdução estabelece as categorias de carga e de sobrecarga. Inicialmente se destaca que a carga de trabalho presente nas atividades é composta por aspectos físicos, cognitivos e psíquicos. Tais dimensões do trabalho estão intrinsecamente ligadas, podendo qualquer uma delas isoladamente ou em combinação, gerar sobrecarga (DANIELLOU, 2004). A dimensão física da carga de trabalho é associada ao esforço físico e ao desgaste das estruturas corporais causados em virtude da realização do trabalho.

Já os aspectos mentais da carga podem ser de natureza cognitiva e/ou psíquica. A carga dita cognitiva refere-se às exigências mentais na realização do trabalho e pode manifestar-se nas situações onde há necessidade intensa de memorização, atenção, concentração, acuidades visual e auditiva, além de tomada de decisões. A carga que pode ser qualificada como psíquica refere-se ao campo emocional dos sujeitos e nesse sentido requer uma abordagem e tratamento especialista fora do escopo deste trabalho.

Para concretizar uma análise ergonômica, com a modelagem dos componentes de carga e de sobrecarga, é necessário recorrer a práticas interativas sem cunho analítico, entre o praticante de Ergonomia e os operadores. A metodologia deve permitir registrar de forma sistemática, conteúdos interacionais obtidos mediante abordagens conversacionais, provocadas ou

evocadas, que ocorrem entre os atores na situação de trabalho, quais sejam, pesquisadores e trabalhadores. A este tipo de ação de pesquisa se denomina análise conversacional, método desenvolvido para dar conta do problema metodológico do lugar da interação livre, ou seja, da fala e escuta articuladas em um processo cooperativo para a análise do trabalho (VIDAL, 2008).

Essa pesquisa teve a aprovação do comitê de ética e pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e respeita todos os princípios da (RESOLUÇÃO Nº 466, 2012), do Conselho Nacional de Saúde.

7.2.5 Coleta de dados

A partir da realização da análise conversacional e aplicação do instrumento EAMETA, foi realizado o levantamento dos principais riscos e agravos às quais esses profissionais estão cotidianamente submetidos para a realização do seu trabalho, tendo como foco principal as atividades desenvolvidas durante a realização das visitas domiciliares.

Essas duas Unidades Básicas de Saúde que foram objeto de estudo dessa pesquisa, possuem 13 equipes de saúde da família, e um total de 78 Agentes comunitários de saúde. Para a realização da pesquisa foram entrevistados 41 agentes, o que corresponde a pouco mais de 50% do número total dos agentes que trabalham nessas unidades de Saúde, tendo sido entrevistado pelo menos 3 agentes de cada equipe, o que corresponde também a 50% dos agentes de cada uma das 13 equipes da unidade.

A coleta de dados comportou igualmente a realização de visitas acompanhadas (pesquisadores e agentes comunitários), sempre que as condições foram propícias. É necessário sublinhar que o território não oferece condições ideais para certos protocolos etnográficos presenciais.

Com a aplicação do instrumento CARETA e as entrevistas realizadas, além da observação do trabalho foi possível realizar um mapeamento das principais dificuldades encontradas no território, e correlacionar as principais situações que necessitam de alguma forma de intervenção para que o trabalho dos ACS possa ser realizado de forma mais efetiva, contribuindo para a diminuição dos agravos de saúde desses profissionais e contribuir para uma melhor execução da Política Nacional de Atenção Básica.

7.2.6 Resultados

A realização da coleta dos dados foi realizada ao longo dos meses de julho de 2015 a março de 2016, onde foram gastos mais de 200 horas para realizar todas as atividades de pesquisa.

A Estratégia de Saúde da Família de Manguinhos possui em cada equipe um total de 6 agentes comunitários. Com relação ao perfil dos participantes, foram entrevistados 41 ACS, sendo 30 mulheres e 11 homens. Quanto à escolaridade encontraram-se diferentes perfis, desde pós-graduados, com formação superior e ensino médio.

O tempo de experiência também é bastante variado, havendo ACS desde o maior tempo de experiência (11 anos,) até aqueles começando a exercer a função (menos de um ano). O objetivo desse perfil variado de participantes foi buscar o maior universo possível para mapear um conjunto de dificuldades que fornecessem uma amostra representativa das intercorrências no território explorado.

Na sequência são apresentados os resultados do instrumento EAMETA. Para a aplicação do instrumento foi realizada entrevista individual com cada um dos agentes e foi solicitado que diante de uma escala de ÓTIMO, BOM, REGULAR, RUIM OU MUITO RUIM o ACS avaliasse cada um dos itens de cada uma das variáveis do instrumento.

Na Tabela 10 apresenta-se a avaliação dos agentes para cada um dos itens do critério CONTEXTO. Os números apresentados em cada uma das células representam o somatório de agentes que atribuíram aquela resposta ao item avaliado, de acordo com a tabela de critérios estabelecidos.

Tabela 10 - Avaliação do critério Contexto

ESCALA DE LEITURA	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
CONTEXTO					
Clima (Sol)	5	17	11	3	5
Clima (chuva)	0	1	8	15	17
Recepção/acolhida	10	28	1		2
Destinos/locais	4	21	10	4	2
Circulação /locais	4	22	9	5	1
Segurança	1	10	7	11	12

No aspecto contexto podem-se destacar os fatores chuva e segurança com pior avaliação dos agentes, tendo em vista que interferem diretamente na realização das visitas domiciliares - a chuva porque dificulta o trânsito pelo território e a violência porque gera ansiedade e tensão, além de que em determinados períodos impede que eles realizem as visitas domiciliares, o que implica na redução do tempo para atingir a sua meta mensal de atendimento. Na tabela 11 apresenta-se a avaliação dos agentes para cada um dos itens do critério AMBIENTE.

Tabela 11 - Avaliação do critério Ambiente

ESCALA DE LEITURA	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
AMBIENTE					
Iluminação	7	24	6	2	2
Ruídos	3	21	7	7	3
Odores	0	11	16	9	5
Ventilação	3	17	11	7	3
Lixo	0	11	11	11	8
Saneamento	1	11	14	6	9

Neste critério, os itens odores, ventilação, lixo e saneamento aparecem com os maiores scores, provavelmente, em virtude de o território apresentar um déficit de saneamento e de infraestrutura que é característico dessas áreas com baixa aplicação de recursos públicos, e com certo abandono pelo poder público. Na tabela 12 apresenta-se a avaliação dos agentes para cada um dos itens constante no critério RECURSOS:

Tabela 12 - Avaliação do critério Recursos

ESCALA DE LEITURA	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
RECURSOS					
Mochila	0	6	8	4	6
Tênis	0	7	3	3	5
Caneta/lápis	1	16	10	6	8
Capa chuva	0	18	6	9	8
Roupas	0	2	14	16	9

Neste critério o item roupas aparece com o maior score tendo sido apontado por 39 dos 41 entrevistados como (regular ruim e muito ruim). Esta avaliação se deve ao fato de que a maioria dos agentes relatou que as roupas são desconfortáveis e quentes e incomodam muito em virtude de terem que passar a maior parte do dia caminhando com elas debaixo do sol.

No item tênis aparece um número menor de respostas porque boa parte dos agentes nunca receberam tênis – e por isso sequer avaliaram esse item. O mesmo ocorre com a avaliação do item mochila. Já o item lápis/caneta a maioria descreveu que são de baixa qualidade, e outra parte mencionou que nunca há lápis ou caneta disponível. A tabela 13 descreve a avaliação dos agentes para cada um dos itens do critério EQUIPAMENTOS:

Tabela 13 - Avaliação do critério Equipamentos

ESCALA DE LEITURA	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
EQUIPAMENTOS					
Computador	1	22	10	6	2
Tablet	12	22	3	2	2
Celular Defesa Civil	Nunca recebeu				
Sistema de informações	0	6	12	15	8

Na avaliação desse critério o item referente ao sistema de informações foi o que mais recebeu a avaliação regular, ruim e muito ruim, pois os agentes descreveram que o sistema “trava” com frequência e não apresenta uma boa interface para utilização. No item computador, apesar da maior parte ter avaliado como bom e regular, houve muitas críticas no que se refere à demora no suporte, a instabilidade da internet e ao fato de haver apenas um microcomputador por equipe - 1 computador para cada seis agentes.

Os problemas com o uso do computador foram apontados como um fator de atraso no trabalho de atualização dos dados (processo de sincronização do tablet quando o ACS transfere os dados para o Sistema de Informação de Atenção Básica do Ministério da Saúde 30). Em seguida é apresentada a tabela 14 de avaliação dos agentes para a análise das tarefas. A escala utilizada foi: Muito Grande, Grande, Normal, Baixa e Muito Baixa.

Tabela 14 - Avaliação das tarefas realizadas pelos ACS

ESCALA DE LEITURA	Muito Grande	Grande	Normal	Baixa	Muito Baixa
ATIVIDADE					
Exigências FÍSICAS					
Uso de força	-	-	22	18	1
Visual	28	13	-	-	-
Fonação	34	7	-	-	-
Exigências COGNITIVAS					
Atenção	40	1	-	-	-
Concentração	39	2	-	-	-
Memória	36	5	-	-	-
Raciocínio rápido	34	7	-	-	-
Percepção/Interpretação	32	9	-	-	-
Decisão	41		-	-	-
Exigências ORGANIZACIONAIS					
Pressão temporal	41	-	-	-	-
Divisão de tarefas	24	17		-	-
Interrupções/Interferências	40	1	-	-	-
Cooperação (c/administração)	23	18	-	-	-
Procedimentos padrão	28	13	-	-	-
Motivação	26	10	5	-	-

Os resultados demonstram um alto grau de exigência sobre os três aspectos examinados, o físico, o cognitivo e o organizacional. No aspecto físico os itens visual e fonação aparecem com os maiores scores dentro das opções muito grande e grande. No aspecto cognitivo todos os itens avaliados ficaram situados entre as opções muito grande e grande, indicando alta exigência cognitiva nas tarefas realizadas pelos ACS. Neste caso se destacam os itens atenção, concentração e decisão.

Por fim, no aspecto organizacional todas as avaliações indicaram muito grande ou grande exigência sobre os agentes do ponto de vista dos processos organizacionais. Nesse aspecto destacam-se os itens pressão temporal e interrupções/interferências.

7.2.7 Discussão

A realização do EAMETA seguida da entrevista e do processo de análise conversacional possibilitou a identificação de diversos problemas que dificultam o trabalho dos agentes e trazem riscos a sua saúde. Tais problemas produzem uma sobrecarga de trabalho que afeta diretamente a qualidade de vida desses profissionais e conseqüentemente, o resultado do seu trabalho. A tabela 15 descreve as relações entre os problemas encontrados e alguns fatores de risco e agravos de vigilância em saúde do trabalhador (SILVA e DIAS, 2011); (PORTO, 2000); (SILVA, DIAS e (ORGS.), 2012).

Tabela 15 - Correlação dos fatores de risco com as relações de trabalho

Fator de risco	Situações de trabalho
Físicos	1-Exposição a conflitos familiares. (Agressão e estresse); 2-Moradores que recebem com ofensas e grosseria (Agressão verbal e estresse); 3-Exposição à violência do território (ferimentos e até risco de morte); 4- Conflitos entre a polícia e o tráfico de drogas (ferimentos, estresse, até risco de morte); 5-Assédio sexual as agentes femininas; 6- Falta de privacidade (atendimentos em qualquer horário);
Químicos	1-Ausência de Equipamentos de proteção individual, como luva, máscara, botas; 2-Exposição a fatores climáticos como sol, chuva e vento;
Biológicos	1-Transitar em áreas de esgoto a céu aberto; 2-Transitar em áreas com muito lixo e mau cheiro; 3-Atendimento a doentes com doenças infecto-contagiosas, sem Equipamentos de Proteção Individual. EX: (tuberculose, hanseníase, HIV, etc.); 4-Casas sem saneamento básico; 5-Uniforme quente e desconfortável causando alergias e estresse; 6- Contatos com vetores como ratos, baratas.
Ergonômicos	1- Caminhar sob sol forte; 2-Caminhar debaixo de chuva;

		<p>3-Esforço para caminhar dentro do território com muitos buracos;</p> <p>5-Atividades manuais repetitivas, escrever, digitar, falar;</p> <p>6-Esforço vocal e visual;</p> <p>7-Explicar reiteradamente aos moradores sobre os serviços oferecidos;</p> <p>8-Locais para visitar de difícil acesso;</p>
Mecânicos		<p>1-Dificuldades de deslocamento dentro do território, principalmente em caso de tiroteios;</p> <p>2-Falta de infraestrutura na maior parte do território, facilitando quedas e acidentes;</p> <p>3- Falta de proteção nas instalações elétricas, possibilitando choques;</p> <p>4- Falta de sinalização nas ruas causando dificuldade de localização dos moradores;</p> <p>5- Casas de difícil acesso podendo causar quedas ou acidentes.</p>
Organização e gestão do Trabalho	e	<p>1-Dificuldades de cadastrar e acompanhar os moradores que trabalham fora;</p> <p>2-Falta de apoio para a resolução dos problemas dos moradores;</p> <p>3-Falta de apoio logístico no território;</p> <p>4-Grande volume de dados para lançar no sistema;</p> <p>5-Falta de material para realizar o trabalho;</p> <p>6-Material oferecido para trabalhar de má qualidade;</p> <p>7-Grande quantidade de famílias para visitar;</p> <p>8-Pressão temporal para atingir a meta;</p> <p>9-Falta de uma estrutura de apoio psicológico na clínica para os agentes.</p> <p>10-Falta de infraestrutura adequada na clínica, sistema lento, a rede cai muito;</p> <p>11-Falta de infraestrutura na sala de agentes;</p> <p>12-Ausência de treinamento para trabalhar no território;</p> <p>13-Grande quantidade de funções para realizar Ex. cadastrar, acompanhar, marcar exames, remarcar exames, levar exames, buscar morador, etc.</p> <p>14-Falta de reposição de material;</p> <p>15-Tablet sem reposição adequada e manutenção;</p> <p>16-Meta mensal a ser atingida gera tensão e ansiedade;</p> <p>17-Falta de treinamento sistemático para os agentes;</p> <p>18-Diferença entre o serviço anunciado pela prefeitura e o serviço oferecido pela clínica gera expectativas aos moradores;</p>

	<p>19-Ouvidoria abriu mais um instrumento de tensão, pois o morador tem sempre razão;</p> <p>20-Marcação de exames aleatórios pelo SISREG causando retrabalho porque quando o exame cai longe de casa eles não vão e pedem para remarcar;</p> <p>21-Excessos de pedidos de quebra galho e jeitinho aos agentes;</p> <p>22-Promover e auxiliar na realização das ações de prevenção à saúde na comunidade;</p> <p>23-Agendar os locais para a realização das ações de promoção e prevenção da saúde;</p> <p>24-Reuniões e cursos sem aviso prévio dificultam a realização das visitas diárias;</p> <p>25-Excesso de entrega de documentos aos moradores atrapalham a rotina do trabalho;</p> <p>26- Falta de reconhecimento do trabalho realizado pelo agente;</p> <p>27- Baixa Remuneração salarial, gerando desmotivação.</p>
--	--

Dessa forma, verificamos no ambiente de trabalho dos ACS um grande número de situações que se enquadram em casos de agravos e riscos. Isso indica oportunidade de discussão sobre a atuação dos ACS que possibilitem transformações que mitiguem esses problemas e minimizem riscos à saúde destes profissionais.

A análise dos resultados permitiu verificar que os ACS estão trabalhando entre o limiar da saúde e da doença, demasiadamente expostos a situações insalubres e perigosas, em particular de certas situações de tensão que podem causar estresse e podem levar a distúrbios psicológicos, além do risco eminente de vida por estarem desenvolvendo suas funções em um território que apresenta significativa violência urbana. Há relatos de agentes a respeito de situações de tiroteio em que foram obrigados a pedir para entrar na casa de moradores para escapar de fogo cruzado.

Também houve citações ao fato da Unidade de Saúde não possuir uma infraestrutura de apoio psicossocial adequada para atender os trabalhadores. Segundo os relatos, isto tem causado afastamentos do trabalho por doenças psicossociais, além dos afastamentos para tratamentos de saúde, em virtude do grande número de situações degradantes no território, o grande número de conflitos e violência familiar, além da constante tensão existente entre traficantes de drogas e a polícia.

Com relação ao absenteísmo por problemas de saúde, as unidades básicas analisadas não possuem um controle efetivo e atualizado dos afastamentos. Assim, as informações sobre afastamentos foram coletadas diretamente nas entrevistas com os ACS. Dos 41 agentes entrevistados, cerca de 80% relataram já ter tido algum afastamento por problema de saúde, seja de ordem física ou psíquica.

É importante ainda destacar que a maioria dos problemas descritos por esses profissionais estão relacionados à forma de organização do trabalho dentro da Unidade de Saúde, além de ser possível destacar nos depoimentos e reclamações dos ACS o pouco peso que eles têm na definição dos processos de trabalho. Outro elemento de destaque neste estudo é que, embora em condições desfavoráveis, os ACS demonstram compromisso e uma dedicação em atender a população que vive de forma degradada e a margem das políticas públicas.

7.2.8 Conclusão

A realização do trabalho da análise ergonômica por meio da ação conversacional e da aplicação do EAMETA, com os agentes comunitários, permitiu elencar uma lista de riscos e agravos que esses profissionais estão submetidos para realizar as visitas domiciliares, parte primordial de execução da Política Nacional de Atenção Básica.

Uma limitação deste estudo foi o processo de observação do trabalho dos ACS em visitas domiciliares no próprio território, devido aos constantes confrontos entre a polícia e o tráfico. Embora tenham sido realizadas algumas visitas de acompanhamento com os agentes, por duas vezes não foi possível acompanhar as visitas em virtude de operações policiais no território.

Como trabalho futuro se sugere análises em outras Unidades Básicas de Saúde a fim de se verificar se esses problemas são recorrentes. Essa expansão permitiria detectar o que são problemas locais e o que são problemas gerais de organização e funcionamento do sistema.

Outro encaminhamento possível é que os problemas encontrados sejam analisados por profissionais que atuam com o processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador para que seja possível se aprofundar nas suas causas e permitir o encaminhamento de soluções em conjunto com a coordenação unidades.

Por fim, cabe registrar o depoimento de um ACS que, ao descrever suas atividades e todas as dificuldades encontradas, sugeriu, por analogia que a sigla ACS deveria ser “AMOR, CARINHO E SUPERANÇA”.

7.3 Condições de trabalho dos ACS e a PNAB

De que forma as condições de trabalho dos ACS comprometem a realização das atribuições previstas na Política Nacional de Atenção Básica?

7.3.1 Introdução

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) define que os cuidados primários de saúde são o primeiro nível de um continuado processo de assistência que inicia com a aproximação das pessoas, suas famílias e suas comunidades com o sistema de saúde. Estabelece ainda que esse nível de cuidado deve ser levado para os locais mais próximos possíveis de onde as pessoas vivem.

No Brasil, esse conceito se torna presente a partir dos artigos 196 e 200 da Constituição de 1988, da regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080, 19 de setembro de 1990), especialmente por meio da atenção básica, descrita então como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Ainda, de acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem um papel destacado pela sua atuação, não apenas como elemento preponderante na aproximação entre comunidades e o serviço de saúde, mas no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições socioeconômicas e de vulnerabilidade das populações, e, especialmente, no estabelecimento de vínculos, elemento fundamental para que a política seja efetiva.

A questão de pesquisa explora o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde no acolhimento na Estratégia Saúde da Família, com o intuito de abordar a seguinte questão de pesquisa:

De que forma as condições de trabalho dos ACS submetem os trabalhadores a situações desgastantes para a sua saúde, afetando a realização da Política Nacional de Atenção Básica?

A significância conceitual do estudo reside na descrição das distorções entre o trabalho dos ACS da forma apresentada na PNAB e a forma como os ACS desempenham efetivamente o acolhimento. As análises realizadas visam demonstrar como problemas nas condições de

trabalho dos ACS comprometem a realização da política, além de que aspectos da PNAB envolvem situações desgastantes para os trabalhadores.

O texto está dividido em 5 seções. A seção 2 apresenta os materiais e métodos utilizados no trabalho de campo. A seção 3 apresenta os resultados. Em seguida, na seção 4 é apresentada a modelagem do acolhimento e, em seguida, as conclusões.

7.3.2 Materiais e Métodos

Para a realização deste artigo foram realizadas 60 horas de trabalho de campo, totalizando 13 sessões de entrevistas com ACS. A abordagem em campo envolveu observações etnográficas inerentes à análise ergonômica (WISNER, 1995); (WISNER, 1995); (VIDAL, 2008)), com foco na análise da atividade (ENGESTRÖM, 2000); (CRANDALL, KLEIN e HOFFMAN, 2006). A codificação de dados foi feita utilizando a ferramenta analítica EAMETA (JATOBÁ, BELLAS, *et al.*, 2016); (RICART, VIDAL e BONFATTI, 2012), que tem por objetivo mapear os problemas existentes no local de trabalho avaliando de maneira participativa seis aspectos da situação de trabalho, contribuindo para o planejamento de ações que minimizem ou eliminem os problemas identificados (CARVALHO, 2006). A ferramenta EAMETA é utilizada para avaliar os seguintes aspectos: Espaço, Ambiente, Mobiliário, Equipamentos, Tarefas e Atividades.

O grupo de foco da aplicação da EAMETA foi composto de quatro ACS em seus guichês de acolhimento na Unidade Básica de Saúde, assim como quatro ACS no território, em visita domiciliar. A opinião dos trabalhadores sobre cada aspecto contido na ferramenta é coletada e comparada com as observações do observador/pesquisador. Vale ressaltar que nas visitas domiciliares, o aspecto Mobiliário não foi avaliado.

Os problemas evidenciados foram discutidos à luz de uma abordagem sistêmica (RASMUSSEN, 1974); (RASMUSSEN, 1980) para modelagem da estrutura do acolhimento. Para esta modelagem, integramos os métodos da análise ergonômica e a modelagem sistêmica a partir de conceitos e técnicas baseados na metodologia STAMP - Systems-Theoretic Accident Model (LEVENSON, 2004). A modelagem, então, permitiu a análise de como os problemas identificados afetam o cumprimento das atribuições dos ACS previstas pela PNAB.

Este estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos estabelecidos na (RESOLUÇÃO Nº 466, 2012) do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre Pesquisas

envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

7.3.3 Resultados

A apresentação dos resultados está subdividida em três partes, sendo a primeira dedicada aos aspectos Espaço, Ambiente, Mobiliário e Equipamentos, e a segunda à análise das tarefas e atividades com a ferramenta EAMETA. Em seguida, apresentamos a lista de problemas detectados, resultante da aplicação da ferramenta.

7.3.3.1 Espaço, Ambiente, Mobiliário e Equipamentos

A escala utilizada para a avaliação dos aspectos Espaço, Ambiente, Mobiliário e Equipamentos é: O (ótimo), MB (Muito Bom), B (Bom), R (Ruim), MR (Muito Ruim). A tabela 16 demonstra o resultado da avaliação da situação de trabalho no guichê de acolhimento, enquanto a tabela 17 demonstra a avaliação da situação do trabalho do ACS no território, em visita domiciliar.

Tabela 16 - Avaliação do aspecto ESPAÇO do guichê de acolhimento

Elementos Avaliados	ESPAÇO (Guichê)				
	T1	T2	T3	T4	Ergonomista
Pé-direito	B	O	B	B	B
Circulação	B	MR	MR	R	MR
Área do posto (tamanho)	R	B	R	R	MR
Janelas	MB	MB	B	B	B
Layout saguão atendimento	R	B	R	R	MR
Divisórias (FALTA)	R	B	R	R	MR
Harmonia	MR	MR	B	R	MR
Visibilidade	B	MB	B	B	B
Comunicabilidade	MB	MB	B	B	B
Sinalização	R	R	B	R	R

Tabela 17 - Avaliação do aspecto ESPAÇO em visita domiciliar

Elementos Avaliados	ESPAÇO (Visita Domiciliar)				
	T1	T2	T3	T4	Ergonomista
Pés-direitos das casas	MR	MR	R	MR	R
Circulação	B	MR	MR	R	MR
Área das casas	R	B	R	R	R
Janelas	MR	MR	R	MR	MR
Layout casas	R	B	R	R	R
Harmonia	MR	MR	B	R	MR
Visibilidade	B	R	R	R	R
Comunicação com moradores	B	R	B	B	B
Sinalização	R	R	B	R	R

7.3.3.2 Tarefas e Atividades

A escala utilizada para a avaliação das tarefas e atividades é: MG (Muito Grande), G (grande), P (Pouco), MP (Muito Pouca), N (Nenhuma). Resultados da avaliação das exigências das tarefas e atividades estão descritos nas tabelas 18 e 19, que se referem a situação de trabalho no guichê de acolhimento e em visita domiciliar, respectivamente.

Tabela 18 - Avaliação do aspecto AMBIENTE no guichê de acolhimento

Elementos Avaliados	AMBIENTE (Guichê)				
	T1	T2	T3	T4	Ergonomista
Iluminação natural	B	B	B	B	R
Iluminação artificial	B	MB	MB	MB	B
Ruído	R	MR	B	R	MR
Odores	R	MR	B	MR	R
Temperatura	B	B	B	R	R
Ventilação	MR	MB	MB	B	MR
Arejamento	MR	MR	MR	MR	MR
Vibração	-	-	-	-	R

Tabela 19 - Avaliação do aspecto AMBIENTE em visita domiciliar

Elementos Avaliados	AMBIENTE (Visita Domiciliar)				
	T1	T2	T3	T4	Ergonomista
Iluminação natural	B	R	R	R	R
Iluminação artificial	B	R	R	R	R
Ruído	R	MR	B	R	R
Odores	R	MR	R	R	R
Temperatura	R	R	MR	R	R
Ventilação	MR	R	MR	B	R
Arejamento	MR	MR	MR	MR	MR
Vibração	R	R	MR	R	R

7.3.3.3 Lista de Problemas

Nesta seção listamos os problemas identificados tanto no guichê de acolhimento quanto nas visitas domiciliares. Quanto ao posto de trabalho dos agentes na clínica, destacamos:

- Há falta de privacidade para realizar o atendimento, que envolve o paciente e questões pessoais;
- O mobiliário é inadequado, forçando a postura do Agente Comunitário de Saúde e dificultando a manipulação dos materiais e a qualidade do atendimento;
- O ruído ambiente é excessivo, dificultando a concentração e atenção, bem como a comunicação;
- Há falta de arejamento, fazendo com que odores permaneçam no local por muito tempo;
- Enquanto realiza o atendimento a configuração do guichê deixa espaço para interrupções constantes e riscos de ordem física (tropeços nos fios, agressão física etc.).

Com relação às visitas domiciliares, destacamos os seguintes problemas:

- As estruturas dos domicílios são precárias;
- Há falta de infraestrutura urbana, como calçamento das ruas, muitos buracos e esgoto a céu aberto;

- Há sensação térmica elevada como resultado da distribuição das moradias no território;
- A violência urbana é intensa, que submete os ACS a riscos como tiroteios, roubos etc.

7.3.4 Modelagem do acolhimento

A PNAB descreve um conjunto de atribuições para cada membro de uma equipe de saúde da família. Sendo assim, o ACS possui oito atribuições específicas, a saber:

- A) trabalhar com o registro de famílias em base geográfica definida (microárea);
- B) cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- C) orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- D) realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- E) acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- F) desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
- G) desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; e
- H) estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Assim, para um acolhimento eficiente não basta imaginar tarefas que os ACS deveriam realizar no âmbito da PNAB e lista-las em procedimentos ou manuais. É necessário conhecer o trabalho real dos ACS e as dificuldades que eles encontram na prática para interagir com os outros elementos do sistema (usuários, tecnologia, ambiente) (HOLLNAGEL, 2004); (WOODS, HOLLNAGEL e LEVESON, 2007); (UNDERWOOD e WATERSON, 2013).

Como primeiro passo nesta direção, foi modelada uma estrutura de controle para o processo de acolhimento (Figura 6), apresentada mais adiante. Nesta estrutura, os entes representados mais acima ocupam posições hierárquicas superiores no processo de acolhimento, exercendo ações (principalmente de controle) sobre aqueles posicionados abaixo. Em contrapartida, estes retroalimentam os níveis superiores com informações relativas à sua atuação. É importante notar que, embora os entes referenciados neste modelo participem de diversos processos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, as relações de atuação entre os mesmos foram representadas levando em consideração apenas o processo de acolhimento.

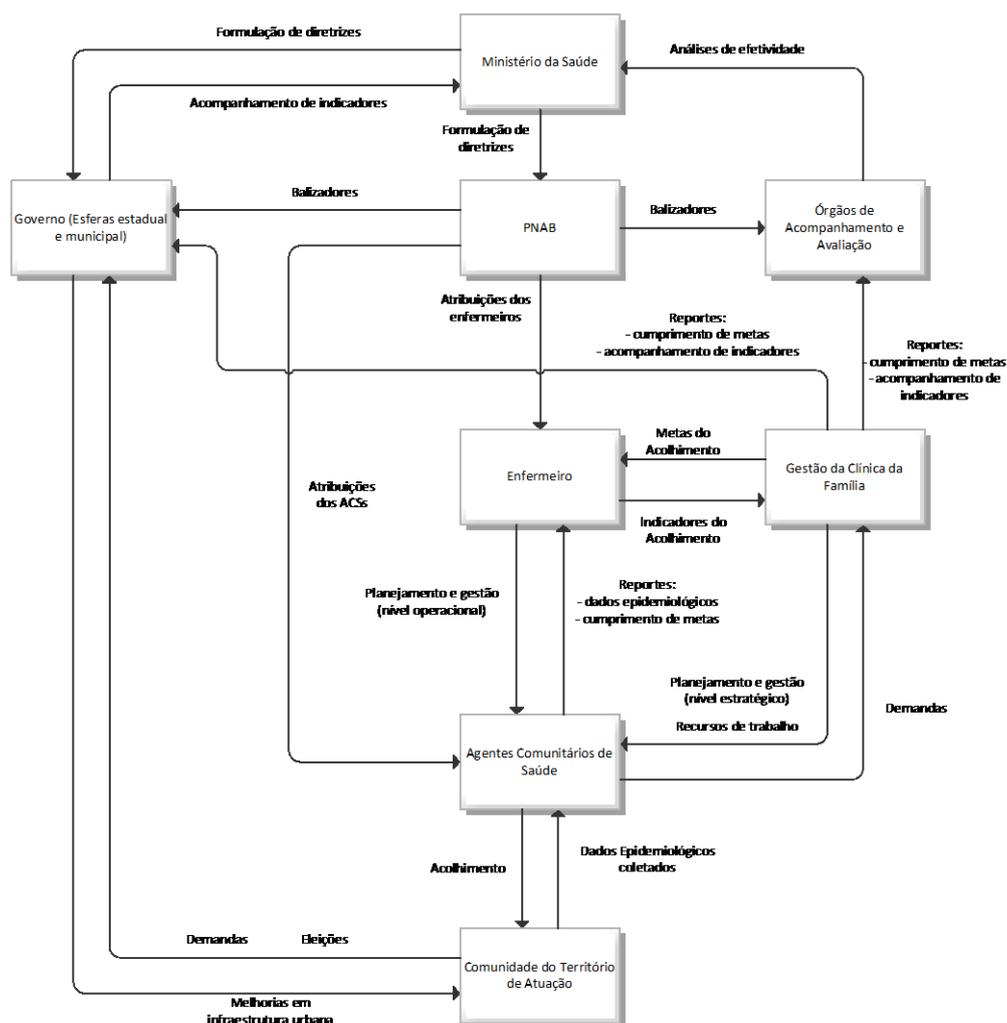


Figura 6 - Estrutura de controle do acolhimento

Pode-se perceber que os ACS possuem papel central na articulação do processo de acolhimento. Eles são submetidos fundamentalmente a três fluxos de controle. Em primeiro lugar são orientados pelas suas atribuições específicas estabelecidas na PNAB. Suas atividades tanto na unidade quanto no campo são planejadas e geridas em nível estratégico pela coordenação da unidade, o que envolve a definição de escopo de atuação (ex: na classificação de risco), educação permanente (treinamentos específicos, definição de protocolos, discussão do processo de trabalho) e planejamento das ações (territorialização, priorização das visitas etc.).

A coordenação da unidade também é a responsável por adquirir, manter e fornecer aos agentes os recursos para a atuação. Já a coordenação dos ACS é feita pelos enfermeiros da unidade, o que inclui a programação semanal e diária de ações, além de alocação de recursos. Os ACS precisam ainda dar *feedback* à coordenação da unidade sobre o cumprimento de suas metas, em geral de maneira integrada as metas da equipe.

As metas, no caso estudado, são estabelecidas pela gestão municipal, por meio de contrato de gestão. É estipulado um fluxo permanente de avaliação de seus cumprimentos das metas, com mecanismos de prestação de conta exigidos à entidade contratada responsável pela prestação de serviços, qual sejam, as Organizações Sociais de Saúde.

Os ACS exercem junto à comunidade do território adscrito as diversas atividades que compõem o acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004); (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), e alimentam o sistema organizacional com os dados epidemiológicos das microáreas, favorecendo assim a integração desta população com o serviço de saúde.

Destaca-se de outra forma a importância do trabalho dos ACS, visto que, há poucos elos diretos de controle e *feedback* de informação estabelecidos entre a comunidade do território e a coordenação da unidade. Apesar dos espaços de controle social existentes, tais como canais de ouvidoria, Conselho Gestor de Unidade, fóruns comunitários e outros, os indivíduos possuem limites em sua utilização, interação e discussão de seus problemas, principalmente por pertencerem as comunidades de baixo índice de desenvolvimento humano (GUIZARDI, 2015).

A interface entre gestão e os enfermeiros ocorre, no âmbito do processo de acolhimento, pelo estabelecimento de metas para toda a equipe e acompanhamento de indicadores, alimentados

pelos dados epidemiológicos e entre outros, coletados principalmente durante a atuação dos ACS.

A coordenação da unidade possui ainda uma interface com a gestão municipal e com órgãos de acompanhamento e avaliação informando, periodicamente, quanto ao cumprimento das metas de atenção básica em seu território, por meio do acompanhamento de indicadores de prevenção e promoção da saúde. O Ministério da Saúde, por sua vez, recebe das unidades – por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) - informações relativas ao cumprimento de suas metas, e das esferas estadual e municipal do poder executivo o acompanhamento de indicadores de saúde no estado e no município. Por fim, os governos estadual e municipal recebem continuamente demandas da população e negociam melhorias no serviço.

A análise ergonômica revelou que os fluxos de controle aos quais os ACS estão submetidos não são suficientes para garantir o cumprimento das suas atribuições previstas na PNAB. Tal situação pode tornar necessário maiores e mais constantes ajustes na execução do trabalho para dar conta das variações existentes (HOLLNAGEL, 2012). No entanto, os problemas evidenciados pelo EAMETA - que permeiam a interface entre os ACS e a comunidade do território de atuação - embora dificultem este cumprimento, não são impeditivos permanentes ao mesmo. Em vez disso, os obstáculos mais efetivos às ações dos agentes são manifestados por instâncias destes problemas.

Estas instâncias podem ser definidas como incidentes, ou seja, eventos específicos relacionados aos problemas, ocorrendo com certa regularidade e implicando muitas vezes no cancelamento ou interrupção das visitas domiciliares. Por exemplo, um dos problemas levantados pelo EAMETA - “estrutura urbana precária” - é composto por diversos fatores. Um destes é o saneamento básico. O acesso aos domicílios é difícil e arriscado devido ao esgoto a céu aberto nas ruas e até no interior de algumas residências. Olhando para este fator isoladamente, uma das instâncias para o problema em questão é o despejo ocasional de quantidades grandes de lixo ou esgoto *in natura*, impossibilitando temporariamente o acesso a certos setores da microárea.

Outra instância para o problema “estrutura urbana precária” são as chuvas fortes, mais frequentes no verão. Sempre que esta (típica) instância se manifesta, os agentes simplesmente não vão para o campo, porque os rios existentes no território sobem, inundando parte das casas, e os ACS em visitas, assim como toda a população, correm o risco de contraírem

doenças, sobretudo aquelas que possuem roedores como vetores. Neste caso, em determinados períodos, os ACS são obrigados a suspender as visitas domiciliares, parte da população do território fica sem acesso a esse importante componente das ações de promoção e prevenção, princípios essenciais da atenção primária. Nestes casos ainda aumentam a pressão sobre as metas dos ACS, pois as visitas que não foram realizadas precisarão ser compensadas nos demais dias da semana.

Há ainda uma terceira instância deste problema que causa a interrupção total das visitas domiciliares, envolvendo as situações de violência urbana por conta das ações policiais que ocorrem com frequência no território, e interrompem não só o trabalho dos ACS como às vezes os surpreendem no desempenho de suas atividades dentro do território, situação esta que os obriga a procurar abrigo de forma emergencial.

Na modelagem proposta, os problemas se comportam, portanto, como meta-incidentes. Uma dada instância (ex: chuva forte) pode endereçar mais de um problema (ex: estrutura urbana precária e terreno acidentado). Em contrapartida, cada problema (ex: estrutura urbana precária) pode se manifestar por diversas instâncias (ex: desmoronamento de parte do calçamento e despejo intenso de esgoto) e comprometer múltiplas atribuições dos ACS (ex: execução de ações de promoção de saúde - atribuição H; e atualização do cadastro de famílias – atribuição B). Um excerto de algumas destas relações entre problemas, instâncias e atribuições presentes na PNAB é apresentado na Figura 7.

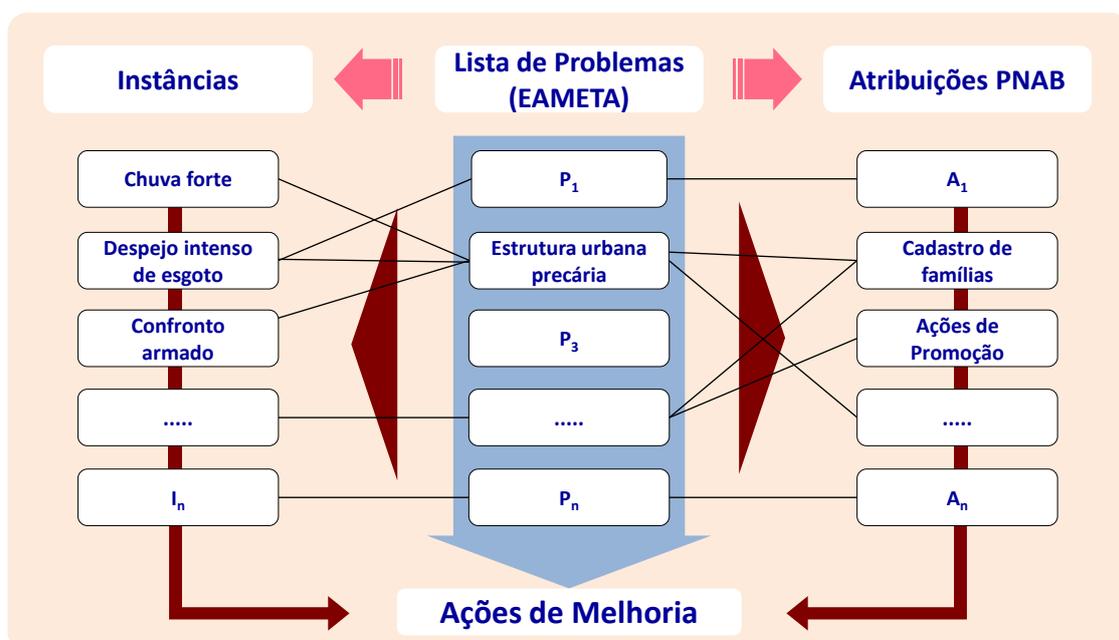


Figura 7 - Impacto dos problemas no cumprimento das atribuições da PNAB

Para ilustrar o comprometimento do cumprimento de atribuições da PNAB por meio da relação entre problemas e instâncias, descrevemos aqui um dos acontecimentos singulares documentados durante o acompanhamento de visitas domiciliares. Neste caso específico, houve o acompanhamento de uma equipe formada por um ACS e um enfermeiro durante a tentativa de realização de visita domiciliar a uma residência localizada em uma microárea onde a estrutura urbana é particularmente precária, principalmente quanto ao saneamento básico.

O paciente morador da residência-alvo apresentava um quadro grave, sendo portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Diabetes e Tuberculose. Por ter as duas pernas amputadas, este paciente não possuía condições de deslocamento até a unidade. A visita em questão foi planejada (Atribuição D do ACS pela PNAB), portanto com dois objetivos: promoção à saúde (atribuição H do ACS pela PNAB) e cuidados de enfermagem (pelo enfermeiro), por meio de uma atribuição de integração da equipe com a família (atribuição F do ACS pela PNAB). No entanto, a visita foi abortada, tendo as duas ações previstas suspensas por impossibilidade de acesso à residência, uma vez que a rua estava alagada por esgoto a céu aberto.

Uma investigação a posteriori com os moradores da vizinhança revelou que no dia anterior à visita havia ocorrido uma chuva que alagou a rua, que se misturou com resíduos de esgoto e lixo na única rua de acesso à esta casa, que não era normalmente ocupada por vias de esgoto a céu aberto. De acordo com a modelagem da Figura 6, neste caso específico, as atribuições da PNAB “promoção da saúde” e de “integração entre equipe e população” não foram cumpridas pela instância “despejo intenso de esgoto” do problema “estrutura urbana precária”. O difícil acesso à residência deste paciente fez com que a visita não fosse realizada, entretanto, o ACS e a equipe tiveram que realizar todo o trabalho de deslocamento e não conseguiram visitar o paciente. Esta ação precisará ser repetida pela equipe que será obrigada a refazer o seu planejamento para atender a esse paciente, causando desta forma retrabalho e perda de tempo que poderia ser utilizado em outra visita.

O exemplo narrado traz uma reflexão a respeito da situação de trabalho dos ACS em campo, que ocupa a maior parte de sua jornada de trabalho semanal, quatro dias da semana. Os problemas e instâncias levantados pelo EAMETA para o trabalho em visitas domiciliares dizem respeito às condições momentâneas de acolhimento nas áreas que compõem o

território. Como já mencionado anteriormente, a natureza destes problemas e suas instâncias é tal que causa ingerência sobre a solução dos incidentes, o que sujeita os agentes a riscos ocupacionais e compromete o cumprimento das suas atribuições previstas na PNAB. No entanto, a interrupção ou o cancelamento de visitas domiciliares não apenas implica nestes agravos, mas também vem acompanhada de perdas para o processo de acolhimento quanto aos seguintes fatores:

- Traslado do ACS e do enfermeiro de sua residência para a clínica e de lá para a microárea correspondente – perda direta;
- Planejamento de rota ótima de acesso à microárea de acordo com os domicílios a visitar – perda direta;
- Mobilização dos recursos materiais de utilização pela equipe durante a visita domiciliar – perda direta;
- Mobilização de demais recursos humanos e materiais na clínica para apoio da equipe de campo e cadastramento de famílias – perda indireta.

A mitigação destas perdas depende fundamentalmente da minimização do cancelamento de visitas domiciliares. A implementação de um novo elo na estrutura de controle do acolhimento, destacado na Figura 8, apresentada a seguir, poderia reduzir o cancelamento das visitas quanto às condições de acolhimento.

O elo proposto, cuja viabilidade precisa ser ainda investigada, estabeleceria uma conexão direta entre a comunidade atendida e a coordenação da unidade, responsável pelo planejamento e gestão da atividade dos ACS. Este elo consistiria na criação de um canal de comunicação, possivelmente através de mídias sociais, dedicado a informar a coordenação da unidade quanto a instâncias dos problemas evidenciados pela análise ergonômica com potencial de impacto sobre as condições de atendimento nas diversas áreas. O conhecimento da ocorrência das instâncias pelos gestores, previamente à condução das visitas agendadas, forneceria insumos para tomadas de decisão nos seguintes eixos:

- Planejamento das visitas: recomposição da equipe, agenciamento de recursos materiais portados e realinhamento dos objetivos da visita;
- Programação das visitas: realocação de uma visita programada futuramente para o momento atual, liberando uma vacância futura para a visita momentaneamente inviável e reduzindo o comprometimento ineficaz dos recursos humanos e materiais.

Em uma primeira proposição, este canal de comunicação implicaria no seguinte fluxo de controle e *feedback* de informação (Figura 8):

- Iniciativas de integração direcionadas: promovidas pela coordenação da unidade junto às comunidades e voltadas especificamente a capacitar e conscientizar a população do território a informar a gestão quanto às condições de realização de visitas domiciliares;
- Atualização das condições de acolhimento: executadas individualmente pela população das áreas por meio envio de pequenos trechos de informação à coordenação da unidade quanto às condições momentâneas com potencial de alteração do planejamento / programação de visitas domiciliares.

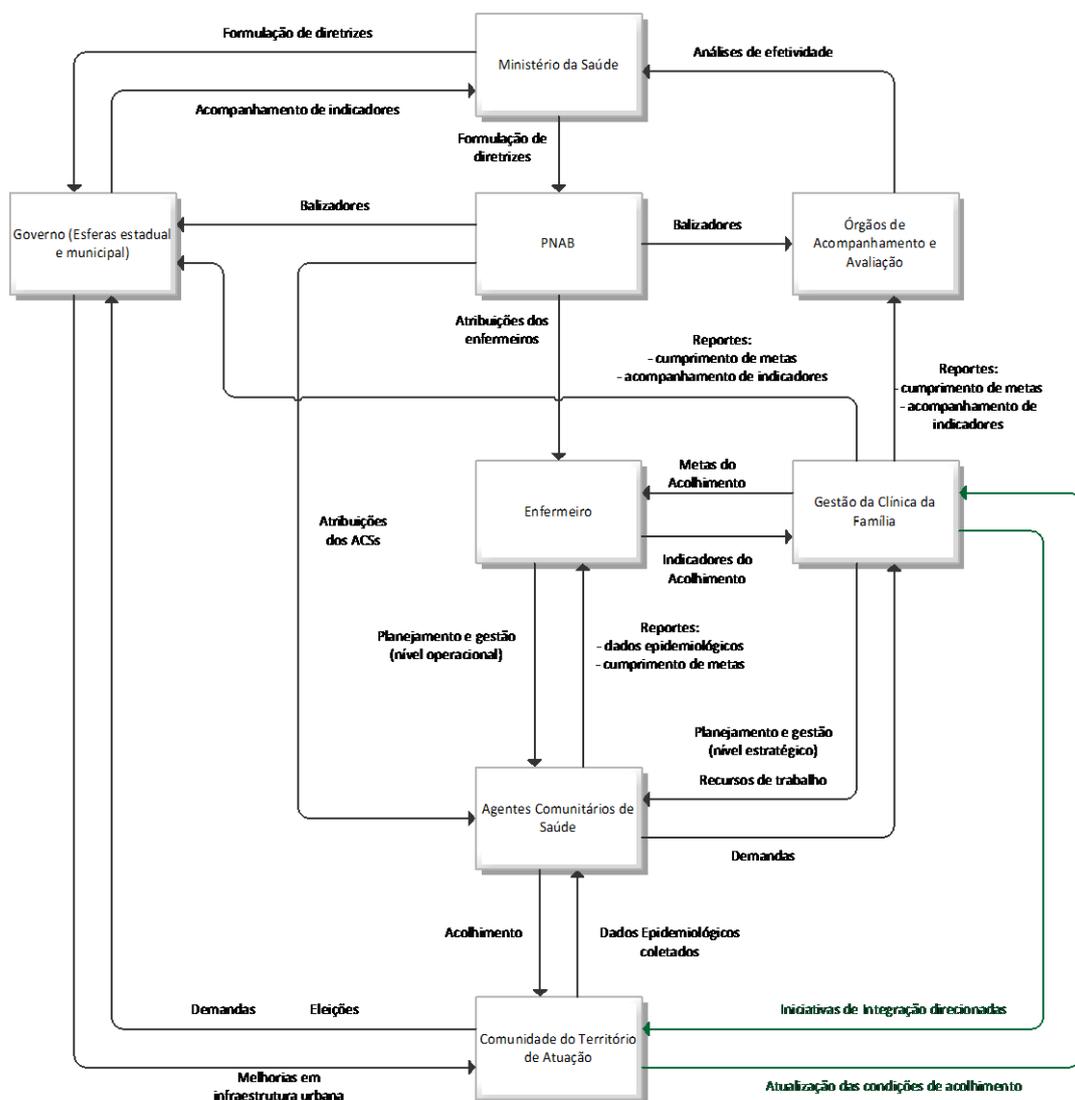


Figura 8 - Modificação sugerida na estrutura de controle

Tomemos novamente o problema já abordado como exemplo (estrutura urbana precária) e suas instâncias (despejo excessivo de esgoto, chuva forte, confrontos armados entre facções criminosas e a polícia). Neste âmbito, é possível que a ativação deste elo entre a coordenação da unidade e a comunidade do território viabilizasse decisões quanto ao planejamento e programação de visitas que reduzissem o impacto do problema sobre a interrupção e cancelamento de visitas domiciliares. Caso a interrupção de acesso por despejo de esgoto narrado acima fosse de conhecimento dos gestores da clínica, outra visita domiciliar poderia ter sido alocada a tempo na vacância resultante.

7.3.5 Conclusões

O trabalho de campo desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde, onde ele realiza as visitas domiciliares, ocupa quase a totalidade do tempo das suas atividades. Nesse sentido é primordial que ele tenha um mecanismo de comunicação eficiente junto aos moradores da comunidade, para que não realize deslocamentos desnecessários e improdutivos que causam sobrecarga de trabalho nos agentes.

A Informação relevante para a compreensão das situações de trabalho não pode ser obtida unicamente da Direção das organizações, sob o risco de restringir a análise à forma como o trabalho foi prescrito, e deixando de lado aspectos relevantes sobre a forma como o trabalho é efetivamente realizado pelos trabalhadores.

O papel da ergonomia nesses casos, então, deve ser formativo, possibilitando a descrição do trabalho da forma como as pessoas o realizam, permitindo a identificação de situações que exijam a redução do esforço, buscando racionalidade e promovendo satisfação na realização do trabalho, minimizando dessa forma possíveis pontos de sobrecarga de trabalho.

A ação ergonômica fornece um conjunto de princípios e conceitos para viabilizar a adequação do trabalho as necessidades do processo produtivo, possibilitando o enfrentamento de problemas resultantes da inadequação dos artefatos, da organização do trabalho e dos ambientes ao modo mais adequado, permitindo com isso a redução de possíveis sobrecargas e trazendo conforto para a realização do trabalho.

Nesse sentido a avaliação ergonômica das situações de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde pode favorecer a sensibilização dos atores envolvidos na gestão das organizações, no que diz respeito às condições de trabalho, permitindo identificar as situações que elevam a carga de trabalho a níveis prejudiciais à saúde do trabalhador, na medida em que reúne a

avaliação dos elementos do trabalho tanto pelo ponto de vista dos profissionais quanto do observador, permitindo que o trabalhador aponte as situações críticas do trabalho que realiza e agindo de forma ativa na solução dos problemas.

Nesse trabalho, foi possível destacar o hiato entre as funções dos ACS determinadas pela PNAB e as atividades que esses profissionais efetivamente realizam, deixando de cumprir de forma articulada suas atribuições, além das condições adversas encontradas para a realização dessas atividades, causando agravos à saúde dos trabalhadores, e comprometendo a execução da política.

Nesse contexto, a Ergonomia pode contribuir para as ações de melhoria nas condições de trabalho desses profissionais, nos mecanismos de planejamento, na comunicação entre os atores envolvidos, possibilitando, com isso, uma melhoria na execução da Política de Atenção Básica. Desta forma é possível reduzir a sobrecarga de trabalho, eliminando a redundância das visitas, aumentando a qualidade de vida no trabalho, e, conseqüentemente, o desempenho dos ACS, que impacta positivamente na execução da Política, e na melhora da qualidade do atendimento aos moradores do território.

CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO

A dificuldade encontrada pela Unidade Básica de Saúde para a seleção de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo em vista a exigência da lei de que os agentes devem ser moradores da comunidade e não precisam ter nenhum conhecimento na área de saúde se constituiu como demanda inicial da pesquisa. Dai surgiu à necessidade de se entender as habilidades específicas que os ACS devem ter para realizar o seu trabalho.

Portanto, a pesquisa realizada nesse trabalho teve como objetivo principal identificar tais habilidades, consideradas necessárias para a realização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde, porém formando um campo de desconhecimento: não existia uma listagem, uma descrição, uma taxonomia. Dado que o caráter aplicado da pesquisa derivava do intuito de apresentar subsídios capazes de minimizar os problemas por eles encontrados durante a parte de seu trabalho realizada no território e, com isso, permitir que tais habilidades possam incorporar o processo de seleção e treinamento dos ACS.

Nesse sentido, o que se buscou através desse trabalho foi identificar algumas dessas habilidades para que elas possam ser objeto de treinamento e capacitação para os ACS com a finalidade de permitir que eles consigam melhorar a qualidade do seu trabalho, minimizando com isso as dificuldades encontradas, proporcionando uma melhoria na qualidade dos serviços prestados, bem como gerando um impacto positivo na execução da Política Nacional de Atenção Básica. Esperava-se, com isso, que a relação de habilidades identificadas pudesse agregar valor ao processo seletivo de novos agentes e, ao mesmo tempo, contribuir na melhoria da capacidade dos agentes que já desenvolvem suas atividades nessa mesma UBS.

A discussão sobre a pesquisa se faz em três vertentes, a saber: a opção metodológica pelos métodos interacionais, os aspectos taxonômicos das habilidades comunitárias, os achados decorrentes na Saúde do ACS como um trabalhador e o impacto do desempenho prejudicado pelas condições de trabalho na esfera mais ampla da PNAB.

8.1 Os métodos interacionais

A clara opção metodológica feita pelos métodos interacionais em análise ergonômica se constitui na primeira das originalidades desta pesquisa. A pesquisa teve como ponto de

partida buscar, através da análise ergonômica, um entendimento do processo de trabalho dos ACS. Nesta passagem se tornou imperativo caracterizar as dificuldades da pesquisa situada ao defrontar com as limitações que o território apresenta em virtude da violência urbana. A regra etnográfica do acompanhamento e da observação *in situ* não podia ser levada a cabo por questões de segurança pessoal dos investigadores. Buscou-se, pois outra forma para a compreensão do processo de trabalho dos ACS.

Estas outras formas se sintetizaram em três opções metodológicas: o questionário, a entrevista ou a ação conversacional. A utilização do questionário e da entrevista foram descartadas uma vez que seu emprego limitaria as nossas ações, dado que restringiriam as perguntas a questões superficiais, em virtude do desconhecimento com relação às atividades que são realizadas pelos ACS, existente no momento de sua formulação. Ademais não apenas limitaria o nosso escopo de atuação, como também nos impediria de formular uma visão esquematizada da atividade dos ACS e suas dificuldades específicas, com destaque aos estratagemas com que superam tais obstáculos, o que é a resultante central da análise ergonômica.

Desta forma, buscou-se, através da ação conversacional, conseguir um nível de entendimento das atividades que são realizadas pelos ACS, de forma que fosse possível identificar alguns nós críticos na realização deste trabalho no território. Entendemos, pois, que a utilização de questionário ou de entrevista não teria permitido a riqueza de detalhes que conseguimos obter através do processo de análise conversacional, especialmente neste contexto exploratório da empiria. Mais ainda, para a aplicação da metodologia de ação conversacional no universo dos ACS, se requer que abordássemos, de forma livre, os trabalhadores na busca do entendimento do seu processo de trabalho, porém, ao mesmo tempo, ensejava total liberdade para que os agentes pudessem expor todas as dificuldades que eles encontravam na realização das suas atividades. Isto, naturalmente significa e requer a formação de laços de confiança, o que é uma dimensão até certo ponto deontológica de pesquisa no campo social. Em contraponto, a ausência destes laços se traduziria pela impossibilidade etnográfica.

O emprego de um método interacional, tal como no questionário e na entrevista, requer um instrumento dedicado a esta forma de etnografia. Assim para reger esta interação foi desenvolvido um instrumento que tem como base o EAMETA, ao qual denominamos CARETA, um acrônimo do conjunto de itens a serem avaliados: Contexto, Ambiente, Recursos, Equipamentos, Tarefa e Atividade. A razão de ser desta variação decorre do fato de que a formulação EAMETA fora desenvolvida para aplicação em situações de trabalho em

recintos delimitados (fabricações, montagens, laboratórios, escritórios), algo de que o espaço empírico desta pesquisa se diferenciava sobremaneira, por lidar com o território, categoria até aqui pouco mencionada em trabalhos e relatos de Ergonomia.

8.2 Aspectos Taxonômicos

Os aspectos taxonômicos focam a especificidade das habilidades necessárias para o trabalho no território. Como resultado da ação conversacional pôde-se identificar que o território apresenta características peculiares para o trânsito de pessoas bem como no convívio entre os moradores. E isso de acordo com a natureza existente em cada comunidade no território (Arará, Vila União, Mandela, etc) e suas micro-areas, que são espaços geográficos delimitados para cada agente de uma determinada equipe atuar.

O trânsito remete à circulação e isso é um tema recorrente em sistemas de produção. A questão relevante aqui é que o trânsito, em ambientes de comunidades, está submetido a uma multiplicidade de regências formais, informais e oportunistas, que delimitam o processo de deslocamento, bem como seus horários, ou períodos de atuação, restringindo desta forma a atuação dos ACS dentro do território. Além disso, obriga-o a ter conhecimentos informais de como as comunidades são regidas através de suas regras locais para que possam realizar de forma eficaz as visitas domiciliares.

A convivência como classe de habilidade decorre dos problemas de trânsito dentro do território, assim como é de fundamental importância para a formação do vínculo entre o ACS e os moradores. Entender as regras de convivência dentro do seu espaço de atuação torna-se elemento chave para o sucesso do seu trabalho, porque somente através desse entendimento, é possível a criação de laços, que permitam uma relação de confiança com os moradores, tornando-se fundamental para a obtenção de resultados positivos durante a realização das visitas domiciliares, que é a atividade mais importante neste processo, e primordial para o sucesso da Estratégia Saúde da Família.

Tais características são, na maioria das vezes, claramente identificadas pelos ACS, durante a realização das visitas domiciliares. Entretanto, também foi possível perceber que nem todos dominam ou se utilizam destas habilidades para realizar o seu trabalho. Seja como for, a emergência destas duas categorias de habilidades (de trânsito e de convívio) é a segunda das originalidades da pesquisa que se quer enfatizar nesta discussão.

8.3 A saúde do trabalhador ACS

A metodologia da ergonomia, em seu aspecto mais instrumental, significa a identificação de problemas de saúde e desempenho do trabalhador e suas repercussões no entorno da atividade. Assim sendo, ao longo da realização da pesquisa puderam-se constatar dois importantes achados que impactam de forma negativa sobre a qualidade do trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde: o primeiro são as condições de trabalho que os agentes encontram durante as visitas domiciliares no território e que submetem esses trabalhadores a diversos tipos de agravos e riscos de saúde causando desgaste físico e emocional, que representam um desafio para a área de vigilância e saúde do trabalhador no que diz respeito à qualidade de vida e as condições de saúde dos agentes comunitários de saúde. O segundo achado refere-se ao impacto sobre a execução da Política Nacional de Atenção Básica oriundo das condições de trabalho que os Agentes Comunitários de Saúde encontram no território ao realizarem as visitas domiciliares.

No que tange aos aspectos de saúde do trabalhador, durante a realização da pesquisa pode-se constatar que os ACS estão submetidos a condições degradantes de infraestrutura, saneamento básico, doenças infecto-contagiosas e violência urbana, entre outras, no território, que representam graves ameaças a qualidade de vida desses trabalhadores, uma vez que passam, aproximadamente, quatro dias da sua jornada semanal de trabalho realizando as visitas domiciliares, e apenas um dia realizando as atividades dentro do acolhimento da Unidade Básica de Saúde. Isso traz consequências sobre a saúde física e mental, levando a situações de doença e afastamento do trabalho, o que conseqüentemente, diminuem a sua capacidade de atendimento a população, e aumentam a sua pressão temporal, tendo em vista que o não atingimento das metas precisa ser justificado junto ao enfermeiro que supervisiona o seu trabalho.

No que diz respeito ao impacto na execução da Política Nacional de Atenção Básica é importante destacar que as atribuições dos ACS são feitas de forma prescritivas sem levar em conta as condições do ambiente onde atuam e nem as características do território. Por isso muitas vezes acabam sendo impossibilitados de realizar o seu trabalho em virtude das condições e dos acontecimentos que ocorrem nesses territórios, o que por sua vez aumentam a pressão para conseguirem atingir suas metas, causando desgastes e comprometendo a qualidade da execução da política, uma vez que priorizam a quantidade ao invés da qualidade das ações que realizam.

Nesse sentido, cabe destacar, que embora alguns problemas sejam oriundos do abandono que o Estado permitiu nos últimos anos em determinadas comunidades, foi possível identificar junto aos ACS que alguns desses problemas podem ser minimizados com ações de organização e discussão do processo de trabalho e das metas a serem atingidas. Nesse caso são medidas que podem ser objeto de discussão entre os ACS, Equipes de Saúde da Família, Gestores locais e Municipais.

8.4 Repercussões na PNAB

No que se refere à Política Nacional de Atenção Básica as condições de trabalho que eles encontram nas comunidades dificultam a boa realização das atividades previstas na Política implicando em sobrecarga de trabalho sobre os ACS, e conseqüente desempenho insuficiente. Isto não é um problema que se restrinja ao trabalhador, dado que impacta na obtenção das metas que eles precisam atingir mensalmente. As condições encontradas no território impactam nos resultados da PNAB de forma direta, pois implicam em retrabalho dos ACS para realizar o acompanhamento dos doentes crônicos, acarretando cancelamento das visitas por eles realizadas, o que aumenta a pressão temporal e emocional sobre esses trabalhadores, pois a cada dia que ficam impossibilitados de realizar as visitas domiciliares, necessitam compensá-las nos demais dias para poderem atingir a meta mensal de 75% das famílias cadastradas que são obrigados a acompanhar durante o mês.

Dessa forma, a cada dia que ficam sem condições de realizar as visitas domiciliares por motivos como p.e., a chuva forte que alaga algumas ruas e causa o transbordamento dos esgotos ou a violência urbana, característica do território, ocasionando incursões policiais ou tiroteios entre facções diferentes, do tráfico de drogas, os ACS ficam involuntariamente, submetidos a uma maior pressão temporal para conseguirem atingir a sua meta mensal, além de uma cobrança maior dos moradores em virtude da não realização das visitas domiciliares, pois é, durante essas atividades que buscam a criação de vínculos com os moradores, além de também fornecer as orientações de como proceder em relação aos encaminhamentos sobre exames e consultas dentro do sistema de saúde, além de esclarecem dúvidas em geral.

CAPÍTULO 9. CONCLUSÃO

O Agente de Comunitário de Saúde tem um papel muito importante para a execução da Política Nacional de Atenção Básica, pois, é através do trabalho das visitas domiciliares que se torna possível à obtenção dos dados socioeconômicos e das condições socioambientais das famílias que residem no território, permitindo desta forma a Política de Atenção Básica mapear o conjunto de problemas existentes no território. Essa detecção prévia dos principais problemas e de fundamental importância para que o sistema de saúde possa planejar ações de promoção e prevenção para a comunidade atendida.

Outro ponto crucial para o sucesso da Política é o papel exercido pelos ACS na criação do vínculo com as famílias, porque a partir dessa etapa que é possível envolver os moradores nos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde e possibilita a criação de uma relação de confiança entre os ACS e os moradores.

Entretanto, algumas das situações apontadas pelos ACS como entraves para a execução das ações de promoção e prevenção da saúde ocorrem dentro da UBS e no território, e criam enormes empecilhos para o fortalecimento da criação do vínculo junto à comunidade atendida, gerando desta forma uma diminuição da efetividade da Política junto à comunidade, porque diante dos problemas encontrados na comunidade e na estrutura da Unidade, o fortalecimento do vínculo fica prejudicado bem como as ações de promoção e prevenção, pois passam a ter uma baixa adesão dos moradores. Por outro lado os problemas que os ACS enfrentam para a realização do seu trabalho acabam criando uma sobrecarga física e cognitiva, o que os leva muitas vezes ao adoecimento e afastamento do trabalho. Esses afastamentos diminuem a efetividade da Política e dificultam atingirem as metas pactuadas.

Um atenuante sobre este aspecto é que a solução ou minimização dos problemas não se encontram sobre a alçada dos ACS, aumentando com isso a pressão psicológica e temporal sobre esses trabalhadores, pois precisam atingir as suas metas, mais ao mesmo tempo, por motivos alheios a sua vontade, não podem exercer as suas atividades. Cabe também ressaltar que parte dos problemas não se encontram sobre a governabilidade dos gestores locais, pois, os processos são predeterminados e pactuados no contrato de gestão que a Unidade realiza

junto ao Município do Rio de Janeiro, que é o Coordenador da Política, não havendo muitas vezes espaço para a discussão e repactuação das metas estabelecidas, o que por vezes, gera uma demanda excessiva causando sobrecarga de trabalho.

Ao longo da realização da pesquisa foi possível inferir que três diferentes vertentes vêm impactando negativamente o trabalho realizado pelo Agente Comunitário de Saúde dentro da Política Nacional de Atenção Básica.

A primeira vertente deve-se ao fato de que o ACS para exercer bem o seu papel dentro da Política precisa ser bem preparado e treinado para desenvolver as suas atividades no território, junto aos moradores da localidade onde atua. Nesse sentido embora tenha se avançado muito nesta direção, e diante da complexidade do tema, parece ainda carecer de discussões sobre as necessidades de formação e a efetividade da implantação das medidas vigentes, como por exemplo, o curso de formação para ACS, definido como necessário na lei de criação, da função de agente comunitário de saúde, não ter conseguido alcançar a efetividade dos agentes em atuação na UBS e no Município.

Nesse sentido, a inclusão das habilidades comunitárias no processo de seleção dos agentes pode colaborar para que o trabalho de escolha seja mais efetivo, pois, permitirá aos gestores da UBS conseguir selecionar um candidato com o perfil mais adequado as atividades que deverá ser desenvolvida. Além disso, essas habilidades poderão também ser utilizadas para o treinamento dos ACS que já desenvolvem o trabalho na Unidade. Esse treinamento poderá dotar os agentes de maior capacidade para realizar o seu trabalho permitindo com isso melhor qualidade no atendimento ao cidadão e conseqüentemente, maior eficiência e efetividade da Política de Saúde.

A segunda vertente está nas condições de infraestrutura, saneamento básico e violência urbana do território onde os ACS desenvolvem suas atividades. Como foram apresentados ao longo da pesquisa os agentes se defrontam com várias situações que dificultam a realização do trabalho além de apresentarem riscos e agravos à saúde desses trabalhadores

A terceira vertente está na relação entre os problemas encontrados pelos ACS e a efetividade da execução das atribuições prescritas para esses trabalhadores na PNAB, pois além de trazerem impactos sobre a sua saúde, geram também uma diminuição da efetividade da execução da Política Nacional de Atenção Básica uma vez que em virtude dos problemas encontrados, por muitas vezes os ACS ficam impossibilitados de exercer suas atividades comprometendo com isso a Política de Saúde.

Nesse sentido, esta tese apresenta seus resultados dentro dos limites de sua elaboração e deixando apontados alguns desdobramentos posteriores, que descrevemos a seguir.

9.1 Limites

Um primeiro limite deste estudo se refere ao número de agentes em diferentes comunidades e seus respectivos territórios. Um estudo mais amplo, trabalhando-se com uma empiria que sintetizasse as diferenças entre territórios poderiam, de certa forma confirmar ou questionar alguns dos resultados. Em que pese o valor das considerações sobre trânsito, convívio e características das microáreas, decerto a ampliação de escopo traria ilustrações e possibilidades de melhor delineamento destes temas.

No mesmo sentido se encontra o número de visitas de campo realizadas, necessárias para o entendimento básico que aqui se chegou, mas que não se possa entender como definitivo. Esses limites se relacionam com a dificuldade de realizar pesquisas de campo no território das Clínicas da Família pela dificuldade social que lhes é intrínseca. Cada visita requer condições específicas de construção social no interior de cada UBS e nos elementos de periculosidade de seus territórios. E, acrescente-se que nestas estruturas é necessária a criação de elos facilitadores que devem servir de guia em cada uma delas. Em outras palavras, a pesquisa em número de agentes e em situações de campo se restringiu àquelas disponíveis no campo empírico da UBS já referenciada.

A realização de pesquisa de campo em outras UBS implicaria em tratativas com novos interlocutores, novos comitês de ética e no estabelecimento de novos laços de confiança, podendo ultrapassar o tempo disponível para a realização do trabalho de doutorado. Em compensação, se pode sustentar que as bases conceituais e metodológicas tenham respondido bem às necessidades e sejam passíveis de replicação.

Um segundo limite, igualmente interposto pelo contexto social do campo, implicaria numa maior coleta de dados específicos da ação dos ACS, no próprio território. Toda a realização da pesquisa mediante a utilização de métodos interacionais foi uma forma de contornar a exposição dos pesquisadores à periculosidade do contexto. As condições e o próprio método asseguraram uma modelagem do curso da ação que claramente seria bastante enriquecida com fatos e ilustrações que são inacessíveis pela análise conversacional. Tal como em outros casos as ilustrações existentes são fornecidas pelos próprios agentes e assumidas como pertinentes pelo pesquisador.

Um terceiro limite é definido pela disponibilidade do agente, quando na situação de trabalho na clínica, momento em que as análises coletivas tomaram lugar. O tempo para a investigação concorria com o tempo de realização de tarefas na clínica, e no território, o que tornava difícil a contribuição de alguns agentes. Com isto o número total de agentes, embora aceitável (acima de 50% do efetivo) contou com um número menor de depoentes em todos os momentos da ação conversacional. Tanto que a elaboração final de conteúdos os depoentes qualificados se resumiram a 12,7 % do efetivo.

9.2 Desdobramentos

Dessa forma, em virtude das dificuldades encontradas apontadas nessa pesquisa sugere-se como trabalhos futuros a realização de um grupo conjunto da Direção das Unidades Básicas, da área de educação permanente, com uma pedagoga e uma psicóloga para desenvolver um modelo de incorporação dessas habilidades, detectadas aqui nessa pesquisa, no processo seletivo para novos agentes e também para a utilização no treinamento dos demais agentes que atuam nessa Unidade Básica de Saúde.

Outro encaminhamento a ser realizado, diante desse conjunto de problemas que dificultam ou impedem o ACS de realizar suas atividades, ou que causam riscos e agravos a sua saúde, sugere-se uma atuação da Direção da Unidade junto à área de vigilância em saúde do trabalhador, com metodologia e ações próprias, com o objetivo de conseguir identificar as causas desses problemas para que possam conjuntamente, com a Unidade elaborar um plano de atuação para eliminar ou minimizar esses problemas.

No contexto dos desdobramentos anteriores, devemos considerar que a ampliação desta pesquisa exploratória e básica para outras UBS, relacionando-se com a especificidade e as complexidades locais seja uma indicação de grande relevância. Isto permitiria enriquecer tanto a argumentação para o desenvolvimento de treinamentos mais efetivos, como o próprio enriquecimento do treinamento em si mesmo.

Por fim busca-se através dos resultados dessa pesquisa trazer feedback para a discussão sobre a execução da Política Nacional de Atenção Básica, pois num ambiente de escassez de recursos, que tende a ser agravado com a publicação da Emenda Constitucional 95/2016, que limita por 20 anos os gastos públicos, na área da saúde, aliado a uma demanda crescente, torna-se um enorme desafio buscar mecanismos e soluções que sejam capazes de aumentar a efetividade das políticas de saúde, para que se torne cada vez mais eficaz e eficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, I. Abordagem sistêmica de acidentes e sistemas de gestão de saúde e segurança do trabalho. **Interface**s, v. 1, n. 2, 2006.

ALMEIDA, J. O enfoque sistêmico e a interpretação dos processos sociais rurais: usos “redutores” de um pretense paradigma “holístico”. **Redes**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 1, jan-abr 2003.

ARGYLE, M. **Psicología del comportamiento interpersonal**. Madrid, Espanha: Alianza Universidad, 1994.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. **Estatuto da ABERGO**. ABERGO. Fortaleza, Ceará, Brasil, p. 2. 2004.

ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

BALCAZAR, H. et al. Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. **American Journal of Public Health**, 201, 2011. 2199-2203.

BANDEIRA, A. **Tese de mestrado. Competências do Agente Comunitário de Saúde: subsídios para a avaliação formativa na estratégia da saúde da família**. Rio de Grande do Sul: [s.n.], 2014. 122 p.

BANDURA, A. Social cognitive theory of self-regulation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, p. 248-287, October 1991.

BAR-YAM, Y. **Dynamics of Complex Systems**. Massachusetts: Perseus Books., 1997.

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas: Fundamentos, Desenvolvimento e Aplicações**. 1. ed. [S.l.]: Vozes Editora, 1975.

BEZERRA, R. C. R. **Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde**. Tucson. 2004.

- BLAIR, T. R. W. Community ambassadors for South Asian elder immigrants: Late-life acculturation and the roles of community health workers. **Social Science & Medicine**, v. 75, p. 1769 -1777, 2012.
- BOLSONI-SILVA, A. . & C. K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. **Psicologia em revista**, v. 16, n. 2, p. 330-350, 2010.
- BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, Paraná, v. 6, p. 233-242., 2002.
- BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Habilidades sociais no Brasil: uma análise dos estudos publicados em periódicos. In: M. BANDEIRA, Z. A. P. D. P. & A. D. P. (.). **Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal**. Sao Paulo: Casa do psicologo, 2006. p. 17-45.
- BORNESTEIN, V. **Tese de doutorado. O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007. 231 p.
- BORNESTEIN, V.; DAVID, H. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 107-128, jan./fev. 2014.
- BREILH, J. Community medicine under imperialism: a new medical policy? **International J Health Serv**, 9, 1979. 5-24.
- BROWN, N. et al. Healthy Families Brooklyn: Working with Health Advocates to Develop a Health Promotion Program for Residents Living in New York City Housing Authority Developments. **J Community Health**, Nova York, 2011. 864-872.
- BUNGE, M. **Teoria e Realidade**. 6ª. edição. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- CABALLO, V. E. **Manual de Avaliação e Treinamento das Habilidades Sociais**. São Paulo: Editora Santos, 2006.
- CABALLO, V.; IRURTIA, M.; & SALAZAR, I. Abordagem cognitiva na avaliação e intervenção sobre habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A.; & DEL PRETTE, Z. **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis, RJ.: Vozes, 2009. p. 67-107.

CAPRA, F. **O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cutrix, 1982.

CARAYON, P. **Handbook of Human Factors and Ergonomics in Health Care and Patient Safety.** 2ª. ed. Flórida: ed. Boca Raton, , 2012.

CARBALLEDA, G.; DANIELLOU, F. Ergonomic contribution to organisational changes: a bottom up approach case study in a process industry. In: P. SEPPÄLLÄ, T. L. C.-H. N. A. M. M. (.). **From Experience to Innovation'. Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association.** Tampere: Finland: [s.n.], 1997. p. 34-36.

CARVALHO, P. V. R. Ergonomic field studies in a nuclear power plant control room. **Progress in Nuclear Energy**, v. 48, p. 51–69 , 2006.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, 2014. 4417-4426.

CHECKLAND, P. **Systems Thinking, Systems Practice.** John Wiley Chichester. [S.l.]. 1981.

CLEGG, C.; WALSH, S. Soft Systems Analysis, Qualitative Methods and Analysis in Organisational Research. In: CASSELL., G. S. A. C. **A Practical Guide.** London: Sage Publications, 1998. p. Chap 11, 211-233.

COLEPICOLO, E. **Tese de doutorado. Uma análise cientométrica do campo das habilidades sociais.** Universidade Federal de São Carlos. São carlos - São Paulo, p. 167. 2015.

CONILL, E.; O'NEILL, M. La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale. **Csn J Public Health**, 75, 1984. 166-175.

COSTA, A. D. A. Z. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde na perspectiva dos enfermeiros da estratégia saúde da família do município do rio de janeiro.** Tese de mestrado. Rio de Janeiro, p. 95. 2015.

CRANDALL, B.; KLEIN, G.; HOFFMAN, R. R. **Working Minds: A Practitioner's Guide to Cognitive Task Analysis.** [S.l.]: A Bradford Book, 2006.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, 94, n. 11, 2004. 1864-1874.

DANIELLOU, F. The ergonomist is a worker?: That is the (epistemological) question. In: SYMPOSIUM, N. M. (. P. O. T. **Strengths and Weaknesses, Threats and Opportunities of Ergonomics in Front of 2000**. Thera (Santorini), Greece: [s.n.], 1999. p. 29-33.

DANIELLOU, F. Epistemological issues about ergonomics and human factors. In: KARWOWSK, W. **International Encyclopaedia of Human Factors**. London: Taylor and Francis, v. 1, 2001. p. 43-46.

DANIELLOU, F. Questões epistemológicas em Ergonomia e em análise do trabalho. In: BLÜCHER, E. **A Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos**. São Paulo: [s.n.], 2004. p. 29-56.

DAVINI, M. Uso de metodologias ativas na formação técnica do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, jul./out. 2011.

DE KEYSER, V. Work Analysis in French Language Ergonomics: Origins and Current Research Trends. **Ergonomics**, v. 34, n. 6, p. 653–669, 1991.

DEKKER, S. Complexity, signal detection, and the application of ergonomics: Reflections on a healthcare case study.. **Applied Ergonomics**, 43, n. 2012, 2011. 468-472.

DEL PRETTE, A. & D. P. Z. **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

DEL PRETTE, A. & D. P. Z. Habilidades Sociais e Análise do Comportamento: proximidade histórica e atualidades. **Perspectivas**, v. 1, n. 2, p. 104-115, 2010.

DEL PRETTE, A. & D. P. Z. O. **Habilidades Sociais: intervenções efetivas em grupo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

DEL PRETTE, A. . & D. P. Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo**. 4ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, A. O treinamento assertivo na formação do psicólogo. **Arquivos brasileiros de psicologia aplicada**, v. 30, p. 53-55, 1978.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. **Psicologia das Habilidades Sociais Terapia, Educação e Trabalho**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

- DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette): Characteristics and studies in Brazil. In: OSÓRIO, F. L. **Social Anxiety Disorders: From Theory to Practice**. New York: Nova Science Publishers, 2013. p. 49-62.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais: Uma área em desenvolvimento. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 9, n. 2, p. 233-255, 1996.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- DIAS, E. C. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14, 2009. 2061-2070.
- DONNANGELO FMC, P. L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria duas cidades, 1976.
- DOWELL, J.; LONG, J. Target paper – Conception of the cognitive engineering design problem. **Ergonomics**, v. 41, n. 2, p. 126–139, 1998.
- DUARTE, N. **Dissertação de Mestrado. Caracterização dos docentes do curso de qualificação de Agente Comunitário de**. Fundação Oswaldo cruz. Rio de Janeiro, p. 102. 2009.
- DYNES, M. M. et al. A network study exploring factors that promote or erode interaction among diverse community health workers in rural Ethiopia. **Health Policy and Planning** , p. 1-12, 2014.
- EDWARD, A. et al. Toward universal coverage in Afghanistan: A multi-stakeholder assessment of capacity investments in the community health worker system. **Social Science & Medicine**, v. 145, p. 173-183, 2015.
- ENGSTRÖM, Y. Activity Theory as a Framework for Analyzing and Redesigning Work. **Ergonomics**, v. 43, n. 7, p. 960-974, 2000.
- SCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros. Síntese dos principais resultados**. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2002.
- SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a Construção de um Novo Modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Pan American Journal of Public Health**, 2007. 164-176.

- FALCONE, E. . E. A. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. **Revista Avaliação Psicológica**, v. 1, p. 321-334., 2008.
- FALCONE, E. Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In: GUILHARDI, H.; MADI, B.; QUEIROZ, P. & S. M. **Sobre comportamento e cognição**. Santo André, SP: ESETEC, v. 8, 2001. p. 195-209.
- FALCONE, E. M. O. Contribuições para o treinamento em habilidades de interação. In: H. J. GUILHARDI, M. B. B. P. M. P. P. Q. M. C. S. (.). **Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade**. Santo André: ESETEC, v. 8, 2001. p. 195-209.
- FALZON, P. Knowledge elaboration in ergonomics, in Proceedings of the Symposium. In: MARMARAS, N. **Strengths and Weaknesses, Threats and Opportunities of Ergonomics in Front of 2000**. Thera (Santorini), Greece: [s.n.], 1999. p. 29–33.
- FINDLEY, S. et al. Building a Consensus on Community Health Workers’ Scope of Practice: Lessons From New York. **American Journal of Public Health**, New York, 102, n. 10, October 2012. 1981-1987.
- GIFFIN, K.; SHIRAIWA, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. **Cadernos de Saúde Pública**, 5, n. 1, 1989. 24-44.
- GINO, F. **Complexity measures in decomposable structures**. EURAN - European Academy of Management - Conference on Innovative Research in Management. Stockholm, Sweden: [s.n.]. 2002.
- GIOVANELLA, L. et al. **Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras**. [S.l.]. 2015. (Nota Técnica 5/2015).
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.
- GRESHAM, F. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A. & D. P. Z. **Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 17-66.
- GUIZARDI, F. L. The indispensable self-criticism: notes on the challenges to health social control. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, 9, n. 3, 2015. [S.l.].

GURSES, A. P.; OZOK, A. A.; PRONOVOST, P. J. Time to Accelerate Integration of Human Factors and Ergonomics in Patient Safety. **BMJ Quality & Safety** , v. 21, n. 4, p. 347–351, 2012.

HAN, H.-R. et al. Feasibility and Validity of Dementia Assessment by Trained Community Health Workers Based on Clinical Dementia Rating. **JAGS**, v. 61, p. 1141-1145, 2013.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na Cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na Cidade do rio de jan.** OPAS. Porto Alegre. 2013.

HELYGHEN, F. **Annual Conference of the cybernetics Society.** Building a science of complexity. London: [s.n.]. 1988.

HERO. **Ergonomics for Healthcare Environments.** The Human Environment Research Organization, inc.- Knoll. [S.l.]. 2007. Disponível em https://www.knoll.com/media/760/617/healthcare_ergonomics.pdf.

HIGNETT, S. et al. Human factors and ergonomics and quality improvement science: integrating approaches for safety in healthcare. **BMJ Quaitl Safety**, v. 0, p. 1-5, 2015. doi:10.1136/bmjqs-2014-003623.

HIGNETT, S.; WILSON, J. R. The role for qualitative methodology in ergonomics: a case study to explore theoretical issues. **Theoretical Issues in Ergonomics Science**, v. 5, n. 6, p. 473-493, 2004.

HOHL, S. et al. Characterizing Community Health Workers on Research Teams: Results From the Centers for Population Health and Health Disparities. **AJPH RESEARCH**, New York, 106, n. 4, april 2016. 664-670.

HOLLAND, J. H. **Emergence: From Chaos To Order.**: . Redwood City: Addison-Wesley, 1998. ISBN 0-201-14943-5.

HOLLNAGEL, E. **Barriers and Accident Prevention.** [S.l.]: Ashgate, 2004.

HOLLNAGEL, E. **FRAM, the Functional Resonance Analysis Method: Modeling Complex Socio-technical System.** UK: Ashgate, 2012.

INGRAM, M. et al. Establishing a Professional Profile of Community Health Workers: Results from a National Study of Roles, Activities and Training. **J Community Health**, Arizona. USA, 37, 2012.

INGRAM, M. et al. Women's Health Leadership to Enhance Community Health Workers as Change Agents. **Health Promotion Practice**, Arizona, USA, v. 17, n. 3, p. 391– 399, may 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. National Academies Press. Washington, DC. 2001.

INTERNATIONAL ERGONOMICS ASSOCIATION. What is Ergonomics? **IEA**, 2000. Disponível em: <<http://www.iea.cc/whats/index.html>>. Acesso em: February 2016.

JARDIN, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface Comunicação Saúde Educ.**, 13, 2009. 123-35.

JATOBA, A. et al. Designing for Patient Risk Assessment in Primary Health Care: a case study for Health Family. **Cognition, Technology, and Work**, 2015.

JATOBÁ, et al. Designing for patient risk assessment in primary health care: a case study for ergonomic work analysis. **Cognition, Technology & Work**, 18, n. 1, 2016. 215-231.

JAVANPARAST, S. et al. The experience of community health workers training in Iran: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, Austrália, v. 12, n. 291, p. 1-8, 2012.

KANE, E. P. et al. Improving diabetes care and outcomes with community health workers. **Family Practice**, Dallas, USA, v. 33, n. 5, p. 523-528, July 2016.

KATIGBAK, C. et al. Partners in Health : A Conceptual Framework for the Role of Community Health Workers in Facilitating Patients ' Adoption of Health y Behaviors. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 05, p. 872-880, May 2015.

KLEIN, G. **Naturalistic Decision Making**. In Proceedings of the 39th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society. San Diego, California, p. 452. 1995.

LAVILLE, A. **Ergonomia**. São Paulo: EPU, 1977.

LEHMANN, U.; SANDERS, D. **Community health workers: What do we know about them?** World Health Organization. Geneva. 2007.

- LEITE, M. **Tese de doutorado. Proposta de uma modelagem de referencia para representar sistemas complexos.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 420. 2004.
- LEVENSON, N. A new accident model for engineering safer systems. **Safety Science**, v. 42, n. 4, p. 237 - 270, 2004.
- LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 20, n. 1, 2004. 197-203.
- LEWIS, E. L.; SOUTH-PAUL, J. E.; MATHENY, S. C. **Current - Medicina de Família e Comunidade - Diagnóstico e Tratamento.** 3ª. ed. [S.l.]: Amgh, 2014.
- LIBÂNEO, J. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos in Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 387-406, fev 2013.
- MACINKO, J. E. A. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. , v. 60, n. 1, p. 13-19, jan 2006. **J Epidemiol Community Health**, Londres, 60, n. 1, jan 2006. 13-19.
- MAES, K.; CLOSSER, S.; KALOFONOS, I. Listening to Community Health Workers: How Ethnographic Research Can Inform Positive Relationships Among Community Health Workers, Health Institutions, and Communities. **American Journal of Public Health**, 104, n. 5, 2014. e5-e9.
- MANNHEIM, K. **Ideologia e utopia.** Rio de Janeiro: Zahar, 1968.
- MARKUS, M. L.; ROBEY, D. Information technology and organisational change: causal structure in theory and research. **Management Science**, v. 34, n. 5, p. 583-598, 1988.
- MARQUES, C.; PADILHA, E. Contexto e perspectivas na formação do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 345-352, 2004.
- MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, 41, 2008. 426-433.

MCCRACKEN, E. C. et al. Patient-Centred Care: The Family Practice Model. **CAN. FAM. PHYSICIAN** , v. 29, p. 2313-2316, DECEMBER 1983.

MCWHINNEY, I. R. Why we need a new clinical method. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 11, n. 1, p. 3-7, 1993.

MCWHINNEY, I. R. Primary care: core values Core values in a changing world. **BMJ** , v. 316, p. 1807-1809, 1998.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3ª ed. [S.l.]: Artmed, 2010.

MELO, M. B. D.; QUINTÃO, A. F.; CARMO, R. F. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 86-99, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**.. OPAS. Brasília - DF. 2011.

MENDONÇA, M. H. M. Profissionalização e regulação da atividade do agente comunitário de saúde no contexto da reforma sanitária. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2, n. 2, 2004. 353-365.

MINAYO, M. C. D. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª Edição. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco**. Brasília - DF. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 648**. [S.l.]. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB>>. Acesso em: 10 Fevereiro 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279**. Governo Federal, Brasil. Brasília, DF. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 2.488**. Brasília, DF. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466**. Brasília. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. [S.l.]. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Referencial Curricular do Curso de Formação do Agente Comunitário de Saúde**. [S.l.]. 2004.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Norma Regulamentadora 17 – Ergonomia**. Brasília, DF. 1990.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. **Manual de Aplicação da Norma Regulamentadora 17: segurança e saúde no trabalho**. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília, DF, Brasil. 2004.

MODESTO, M. et al. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 387-406, 2013.

MORAY, N. Culture, politics and ergonomics. **Ergonomics**, v. 43, n. 7, p. 858–868, 2000.

MOREIRA, R. Repensando a Geografia. In: SANTOS, M. **Novos rumos da Geografia brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1982.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.. Porta Alegre**. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: Sulina, 2005. 120 p.

NANDI, S.; SCHNEIDER, H. Addressing the social determinants of health: a case study from the Mitanin (community health worker) programme in India. **Health Policy and Planning**, v. 29, p. ii71-ii81, 2014.

NASCIMENTO, G. M.; DAVID, H. M. S. L. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. **Revista de Enfermagem UERJ**, 16, 2008. 550-556.

NGUYEN, T.-U. N. et al. A Qualitative Assessment of Community-Based Breast Health Navigation Services for Southeast Asian Women in Southern California: Recommendations for Developing a Navigator Training Curriculum. **American journal Public Health** , v. 1, January 2011.

NICHOLLS, K. et al. The Utility of Community Health Workers in Disaster Preparedness, Recovery, and Resiliency. **Journal of Applied Social Science**, v. 9, n. 2, p. 191–202, 2015.

- NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B. D.; RAMOS, Z. D. V. O. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde.** IPEA. Rio de JANEIRO, p. 28. 2000.
- NORRIS, B. J. Systems Human Factors: How Far Have We Come?. **BMJ Quality & Safety**, v. 21, n. 9, p. 713-714, 2012.
- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 18, n. 6, 2002. 1639-1646.
- NUNNERY, D.; DHAROD, J. Community health worker model: its implementation and importance in reaching refugee populations in the U.S. **INTERNATIONAL JOURNAL OF MIGRATION, HEALTH AND SOCIAL CARE**, North Caroline, USA, v. 11, n. 3, p. 169-178, 2015.
- OLÁZ, F. Contribuições da teoria socialcognitiva de Bandura para o treinamento de habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A.; & DEL PRETTE, Z. **Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 109-148.
- OMS. **Conferencia Mundial de alma-ata.** Organização Mundial de Saúde. URSS. 1978.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; ET-AL. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary Health Care. Now more than ever.** The World Health Report 2008. Geneva: WHO. 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Community health workers: What do we know about them? The state of evidence om programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers.** World Health Organization. Departament of Human Resources for Health. Geneva. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems.** [S.l.]. 2010.
- PAVARD, B.; DUGDALE, J. **The contribution of complexity to the study of Sociotechnical Cooperative Systems.** [S.l.]: [s.n.], 2006. 39-48 p.

- PAVARD, F.; DECORTIS, B. Communication et Coopération: de la théorie des actes de langage à l'approche ethnomethodologique. In: (ORG.), P. B. **Systèmes coopératifs: de la modelisation à la conception**. Première édition. ed. Nice: Octarès Editions, 1994. p. 414.
- PÉREZ, I. **Habilidades sociales: Educar hacia La autorregulación**. Barcelona, Espanha: Editorial Horsori, 2000.
- PERROW, C. **The organisational contexts of human factors engineering**. Administrative Science Quarterly. [S.l.], p. 521–541. 1983. (28).
- PINTO, R. M.; SILVA, S. B. D.; SORIANO, R. Community Health Workers in Brazil's Unified Health System: A framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. **Social Science & Medicine**, New York, v. 74, p. 940-947, january 2012.
- POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção a saúde**. 3a. ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- PORTO, M. F. S. **Cadernos de saúde do trabalhador. Análise de risco nos locais de trabalho: conhecer para transformar**. Central única dos trabalhadores. São Paulo. 2000.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei 11.570**. Brasília. 2006.
- QUEIRÓS, A. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 257-281, jul. / out. 2012.
- RASMUSSEN, J. **The Human Data Processor as a System Component: Bits and Pieces of a Model**. Danish Atomic Energy Commission. Roskilde, Denmark. 1974.
- RASMUSSEN, J. The human as a systems component. In: SMITH, H. T.; GREEN, T. R. G. **Human Interaction with Computers**. London, UK: Academic Press, 1980.
- RASMUSSEN, J. Risk Management in a dynamic society: a modelling problem. **Safety Science**, 27, n. n.2/3, 1997. 183-213.
- RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16, 2011. 2115-2122.
- RICART, S. L. S. I.; VIDAL, M. C.; BONFATTI, R. J. Evaluation and control of ergonomics actions in federal public service: the case of FIOCRUZ-RJ. **Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation**, v. 41, n. 1, p. 532—538, 2012.

RICART, S. L.; VIDAL, M. C.; BONFATTI, R. J. Evaluation and control of ergonomics actions in federal public service: the case of FIOCRUZ-RJ , 1, 2012. 532—538.

RÍOS-SALDAÑA, M.; DEL PRETTE, A. & D. P. Z. A importância da teoria da aprendizagem social na constituição da área do Treinamento de Habilidades Sociais. In: GUILHARDI, H., et al. **Comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André, SP: ESEtec, 2002. p. 269-283.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde Soc. São Paulo**, 21, 2012. 141-152.

ROSENTHAL, E. L. **A summary of the National Community Health Advisor Study: weaving the future**. University of Arizona. Tucson, AZ. 1998.

ROTHSCHILD, S. K. et al. Mexican American Trial of Community Health Workers: A Randomized Controlled Trial of a Community Health Worker Intervention for Mexican Americans With Type 2 Diabetes Mellitus. **American Journal of Public Health**, 104, n. 8, August 2014. 1540-1548.

RUIZ, Y. et al. Lessons Learned From a Community-Academic Initiative: The Development of a Core Competency-Based Training for Community-Academic Initiative Community Health Workers. **American Journal of Public Health**, New York, 102, n. 12, October 2012. 2372-2379.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia**. 1ª Edição. ed. [S.l.]: Open University Press, 2006.

SANDERSON, P. M.; FISHER, C. Exploratory Sequential Data Analysis: Qualitative and Quantitative Handling of Continuous Observational Data. In: SALVENDY, G. **Handbook of Human Factors and Ergonomics**. 2nd edition. ed. New York: John Wiley and Sons: [s.n.], 1997.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 3ª Edição. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCHMIDEL, J. P. D. C. **Dissertação de Mestrado. Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 112. 2009.

SCHMIDT, B.; CAMPBELL, S.; MCDERMOTT, R. Community health workers as chronic care coordinators: evaluation of an Australian Indigenous primary health care program. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, 40, n. Suppl. 1, 2016. 107-114.

SILVA, L. M. G. D. A. C. **Dissertação de Mestrado. Instrumento de avaliação da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde: desempenho final**. Universidade Federal da Bahia. Salvador, p. 72. 2010.

SILVA, T. L. **Dissertação de Mestrado. Contribuição ao processo da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 146. 2009.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C. **Cartilha: cuidando da saúde dos trabalhadores: a atuação dos ACS**. Nescon / UFMG. Belo Horizonte. 2011.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; (ORGS.). **Guia do ACS – O Agente Comunitário de Saúde e o cuidado à saúde dos trabalhadores em suas práticas cotidianas**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, p. 72. 2012.

SKINNER, B. A Psicologia pode se uma ciência da mente? **American Psychologist**, v. 45, n. 11, p. 1206-1210, 1990.

SORANZ, D. **Reforma da Atenção Primária em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processos e resultados**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2017. Teste de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

SOUSA, L.; BARROSO, M. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 150-155, Março 2008.

SOUSA, M.; HAMANN, E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA, F. R. M. D. **Agentes Comunitários de Saúde, formação e perfil profissional: o caso de Duque de Caxias, RJ**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 152. 2014.

SOUZA, H. **Saúde da Família: desafios e conquistas Em: Negri B, Viana AL, orgs. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. Sociedade Brasileira de Vigilância de

Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. São Paulo, p. 221-240. 2002.

SOUZA, H. M. Programa de saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de enfermagem**, 53, n. Especial, 2000.

SOUZA, M. C. M. R. D.; BARCELOS, A. P. M.; LANZA, F. M. A política de formação técnica do agente comunitário de saúde: perspectivas e desafios. **APS**, v. 16, n. 4, p. 469-473, out/dez 2013.

SOUZA, M. F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, M.; BARCELOS, A.; LANZA, F. A política de formação técnica do agente comunitário de saúde: perspectivas e desafios. **APS**, Minas Gerais, v. 16, n. 4, p. 469-473, out./dez. 2013.

STANDING, H.; CHOWDHURY, A. M. R. Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: what future for community health workers? **Soc Sci Med**, 66, n. 10, 2008. 2096-2107.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco/Ministério da Saúde. Brasília-DF, p. 726. 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUCHMAN, L. **Plans and Situated Actions: The Problem of Human-Machine Communication**. Cambridge: Cambridge University Press. [S.l.]. 1987.

SUSSMAN, J. M. **Collected views on complexity in systems. Serie Working paper**. Massachusetts Institute of technology. Massachusetts. 2002.

SVEDUNG, I.; RASMUSSEN, J. Graphic representation of accident scenarios: Mapping system structure and the causation of accidents. **Safety Science**, v. 40, n. 5, p. 397-417, , 2002.

THE ANNIE E. CASEY FOUNDATION. **National Community Health Advisor Study**. The University of Arizona. Arizona, EUA, p. 45. 1998.

THE EARTH INSTITUTE. **One Million Community Health Workers: technical task force report**. Columbia University. New York. 2011.

- THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): condições de trabalho e sofrimento psíquico**. Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul. 2004.
- TOMAZ, J. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.
- TORNCHIN, D.; TSUNECHIRO, M. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 49-54, jan-fev 2005.
- UNDERWOOD, P.; WATERSON, P. Systemic accident analysis: Examining the gap between research and practice. **Accident Analysis & Prevention**, 55, 2013. 154 - 164.
- URIARTE, J. A.; CUMMINGS, A. D. L.; LLOYD, L. E. An Instructional Design Model for Culturally Competent Community Health Worker Training. **Health Promotion Practice** , v. 15, n. Suppl 1, p. 56S–63S, March 2014.
- URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. Saúde ocup.**, 35, 2010. 327-339.
- VASCONCELOS, L. C. F.; MINAYO, C.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19, 2014. 4617-4626.
- VIANNA, A. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas.. **Ciênc Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 11, p. 577-606, 2006.
- VIANNA, K. Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-industrial ao Médico-financeiro. **PHYSIS: rev. saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.
- VIDAL, M. **Guia para análise ergonômica do trabalho (AET) na empresa: uma metodologia realista, ordenada e sistematizada**. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2003.
- VIDAL, M. C. R. **Ergonomia na Empresa: útil, prática e aplicada**. Rio de Janeiro: Editora Virtual Científica, 2002.
- VIDAL, M. C. R. **Guia para análise ergonômica do trabalho (AET) na empresa**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Virtual Científica, 2008.
- VIDAL, M. C. R. **Guia para Análise Ergonômica do Trabalho (AET) na empresa**. Segunda Edição. ed. Rio de Janeiro: Editora virtual científica, 2008.

VIDAL, M. C. R.; BONFATTI, R. J. Conversational action: an ergonomic approach to interaction. In: GRANT, C. B. **Rethinking Communicative Interaction**. Amsterdam: John Benjamins B.V., 2003.

VIDAL, M.; BONFATTI, R.; CARVÃO, J. Ação ergonômica em sistemas complexos: Proposta de um método de interação orientada em situação: a conversa-ação. **Ação Ergonômica**, v. 1, n. 3, p. 39-64, set 2002.

VIDAL, M.; CARVALHO, P. **Ergonomia cognitiva: raciocínio e decisão no trabalho**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2008.

VILELA, R. A. G.; SILVA, R. C.; FILHO, J. M. J. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, 35, 2010. 289-302.

VISSER, S.; ET, A. Guidance strategies for a participatory ergonomic intervention to increase the use of ergonomic measures of workers in construction companies: a study design of a randomised trial. **BMC MUSCULOSKELETAL DISORDERS**, v. 15, n. 132, p. 1-11, 2014.

WILSON, J. **Repositioning ergonomics. Proceedings of the 14th Triennial Congress of the International Ergonomics Association**. Human Factors & Ergonomics Society. San Diego, California, USA, p. 190-193. 2000.

WILSON, J. R. Participation – A framework and a Foundation for Ergonomics. **Journal of Occupational Psychology**, 64, 1991. 67–80.

WILSON, J. R. **Interactions as the focus for human centred systems, Proceedings of the conference on TQM and Ergonomics. : CMTO. 35–43**. Linkopings Universitet. [S.l.], p. 35-43. 1999.

WILSON, J. R. Fundamentals of ergonomics in theory and practice. **Applied Ergonomics** , v. 31, p. 557–567, 2000a.

WISNER, A. Diagnosis in Ergonomics or The Choice of Operating Models in Field Research. The Ergonomics Research Society. The Society's Lecture 1972. **Ergonomics**, , v. 15, n. 6, p. 601–620, 1972.

WISNER, A. A prática ergonômica: tentativa de sistematização. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, 1, jan 1975. 14-21. Disponível em: >

WISNER, A. **Por dentro do trabalho:** ergonomia: método técnica. 1. ed. [S.l.]: FTD/Oboré, 1987.

WISNER, A. A Metodologia na Ergonomia Ontem e Hoje. In: WISNER, A. **A Inteligência no Trabalho:** textos selecionados de ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

WISNER, A. Situated cognition and action: implications for ergonomic work analysis and anthropotechnology. **Ergonomics**, v. 38, n. 8, p. 1542–1557, 1995.

WISNER, A. Understanding problem building: ergonomic work analysis. **Ergonomics**, v. 38, n. 3, p. 595-605, 1995.

WISNER, A. et al. **Antropotechnologie:** vers un monde industriel pluricentrique. Toulouse: Octarès Éditions, 1997.

WOODS, D.; HOLLNAGEL, E.; LEVESON, N. **Resilience Engineering:** Concepts and Precepts. [S.l.]: Ashgate, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life expectancy.** [S.l.]. 2015.

ANEXO I

Instrumento de coleta de dados (CARETA)

ESCALA DE LEITURA	Otimo	Bom	Regular	Ruim	M.Ruim	OBSERVÁVEIS
CONTEXTO						
Clima (Sol)						
Clima (chuva)						
Recepção/acolhida						
Destinos/locais						
Circulação /locais						
Segurança						
AMBIENTE						
Iluminação						
Ruidos						
Odores						
Ventilação						
Lixo						
Saneamento						
RECURSOS						
Mochila						
Tenis						
Caneta/lapis						
Capa chuva						
Roupas						
EQUIPAMENTOS						
Computador						
Tablet						
Celular						
Sistema (Alert)						
ESCALA DE LEITURA		M.Grande	Grande	Normal	Pouca	M.Pouca
ATIVIDADE						
Exigências FÍSICAS						
Uso de força						
Visual						
Fonação						
Exigências COGNITIVAS						
Atenção						
Concentração						
Memória						
Raciocínio rápido						
Percepção/Interpretação						
Decisão						
Exigências ORGANIZACIONAIS						
Pressão temporal						
Divisão de tarefas						
Interrupções/Interferências						
Cooperação (c/administração)						
Procedimentos padrão						
Motivação						

ANEXO II

Relação dos problemas identificados

PROBLEMAS RELATADOS PELOS AGENTES COMUNITARIOS
1- Exposição a conflitos familiares, violência contra a mulher e criança.
2- Ter Capacidade de resolução de conflitos familiares.
3- Incapacidade na resolução de problemas.
4- Frustração pela não resolução de problemas.
5- Falta de autonomia para resolução dos problemas dos moradores.
6- Capacidade de abstração diante dos problemas.
7- Tempo para ouvir as queixas dos moradores.
8- Tempo e capacidade para aconselhar os moradores.
9- Dificuldade de cadastrar os moradores que trabalham fora.
10- Dificuldade de acompanhar os moradores que trabalham fora.
11- Dificuldade de ser atendido pelos moradores porque acordam tarde demais.
12- Exposições excessivas aos fatores climáticos como chuva, sol, vento etc.
13- Exposição à violência do território.
14- Exposição ao mau humor dos moradores.
15- Na relação com os moradores são submetidos a grosserias e casos de estupidez.
16- Grande quantidade de interrupções ao longo da realização do trabalho.
17- Grande quantidade de famílias para atender.
18- Exposição a fatores de risco a saúde.
19- Exposição a doenças contagiosas.
20- Exposição a condições de saneamento precário.
21- Grande volume de dados para trabalhar no dia a dia.
22- Falta de infraestrutura nos locais de trabalho.
23- Falta de apoio logístico para realizar as tarefas.
24- Falta de infraestrutura adequada na clínica.
25- Atividades manuais repetitivas.
26- Grande esforço vocal.
27- Explicações sobre saúde reiteradamente aos moradores.
28- Aprender a agir com cordialidade mesmo em casos de ofensas e grosserias.
29- Capacidade de agir sempre com cordialidade, paciência e tolerância.
30- Falta de treinamento adequado para o campo.
31- Excesso de funções para realizar EX. cadastrar, acompanhar, levar exames, buscar morador.

32- Convivência com a instabilidade do campo gerando ansiedade.
33-Exposição a casa sem condições de higiene e ventilação adequada.
34- Caminhar pelo território irregular que pode causar lesões.
35- Sala de apoio do agente sem infraestrutura adequada.
36- Falta de uma estrutura de apoio psicológico na clínica.
37- Exposição a problemas psicológicos graves.
38- Agentes femininas sujeitas a assédio sexual.
39- Falta de privacidade no território que mora.
40- Agentes vivem em tensão por suspeição do tráfico.
41- Agentes sujeitos a tensão entre policia e o tráfico.
42- Locais de transito de difícil acesso.
43- Locais de trabalho longe da clinica.
44- Passar na clínica pela manha e a tarde para bater o ponto.
45- Material recebido para realizar o trabalho de baixa qualidade.
46- Ausência de material para trabalhar no campo.
47- Uniforme desconfortável e quente.
48- Falta de reposição de material.
49- Tablet sem reposição adequada e manutenção.
50- Sistema de dados tem muitas interrupções e causa retrabalho.
51- Meta mensal a ser atingida gera tensão e ansiedade.
52- Falta de treinamento sistemático para os agentes.
53- Meta diária não atingida aumenta a tensão e ansiedade.
54- Diferença entre o serviço anunciado pela prefeitura e o serviço oferecido pela clinica gera expectativas aos moradores.
55- Ouvidoria abiu mais um instrumento de tensão, pois o morador tem sempre razão.
56- Marcação de exames aleatórios pelo SISREG não e compreendido pelos moradores causando revolta com o ACS.
57- Retrabalho porque quando o exame cai longe de casa eles não vão e vem remarcar.
58- Excessos de pedidos de quebra galho e jeitinho aos agentes.
59- Organização da entrega dos SISREG que às vezes chegam no dia anterior ao exame.
60- Dificuldade de manter o cadastro atualizado dos moradores.
61- Promover e auxiliar na realização das ações de prevenção à saúde na comunidade.
62- Agendar os locais para a realização das ações de promoção e prevenção da saúde.
63- Reuniões e cursos sem aviso prévio dificultam a realização das tarefas diárias.
64- Excesso de entrega de documentos aos moradores.
65- Falta de um veículo para dar apoio na busca de pacientes de busca ativa.
66- Falta de reconhecimento profissional (A importância do agente para o SUS)
67- Remuneração inadequada pelo trabalho realizado.

ANEXO III

Depoimentos livres

III.1 - Dificuldades na execução do trabalho:

“A informação sobre segurança na área é feita através de outros agentes ou informações do pessoal que mora na área. A gente se vira.”

“A propaganda da prefeitura informa que os ACS marcam consulta e nós não fazemos isso, aí o morador vem em cima da gente cheio de agressividade.”

“Já peguei um caso de tiroteio com a polícia invadindo a comunidade. Tive que me virar (...).”

“Tem caso que o morador não quer fornecer o telefone pessoal. Aí fica difícil se precisa falar com ele.”

“A ouvidoria acabou criando um problema para a gente, porque se o morador reclama parece que ele sempre tá com a razão.”

“A marcação de exame no SISREG em cima da hora atrapalha nossa organização.”

“Quando o exame cai longe da casa do morador, aí ele não vai fazer o exame, ainda chega aqui reclamando e pedindo para remarcar para perto da casa dele.”

“A meta faz com que a gente realize as visitas com pressa.”

“A meta priorizou a quantidade ao invés da qualidade. A gente tem que atender correndo para conseguir atingir a meta.”

“Tem alguns moradores mal educados que tratam a gente com muita grosseria.”

“Teve um morador que comecei a chamar na frente da casa e ele jogou um balde de água lá do terraço.”

“Tinha um morador que eu ia atender e ele sempre vinha me receber de toalha. (...) aí passei a só ir acompanhada nas visitas da casa dele.”

III.2 – Regulação das variabilidades encontradas

“Quando vamos entregar os documentos tenho o hábito de ler para aos pacientes porque muitos são analfabetos e têm vergonha de falar”

“Só quando fui para o campo e vi o trabalho é que comecei a assimilar de fato o que era para fazer”

“Tem muitas pessoas que a gente chega a casa e não encontra porque trabalha. Ai deixo um bilhete embaixo da porta informando que estive lá e em que horário”.

“No começo eu absorvia mais os problemas dos pacientes, hoje em dia eu trabalho bem isso. Tenho um casal de idosos 80/85 anos que um é cadeirante quando chego lá eles querem sempre conversar”.

“Aquela moça é barraqueira, adora um escândalo (...) Ela chega aqui fica logo falando alto gritando porque ela sabe que vai ser logo atendida”

“As pessoas que trabalham fora dificultam o trabalho do ACS. Tem casos que eu acabo passando na casa aos sábados e fazendo cadastro e marcando consulta (isso claro sem o chefe saber”).

“Não sigo o procedimento padrão porque os moradores não entendem. Aí faço do meu jeito (...)”.

“(...) eu acabo pegando as informações sobre a saúde do morador da casa através de outro familiar porque tem uns que são difíceis de encontrar”.

III.3 – Condições de infraestrutura no território

“O esgoto nessa região não é canalizado e fica passando no meio da rua.”

“Tem alguns lugares que os becos são muito estreitos, é difícil transitar.”

“Tem casa que não tem nem janelas para ventilação.”

“Tem casa que não tem banheiro, os moradores fazem as necessidades no balde e jogam dentro do rio.”

“Tem algumas ruas que alagam quando chove. Nesses dias procuro realizar visitas em outra área que não alaga.”

“Tem rua que quando chove junto a chuva com o esgoto. Aí fica difícil trabalhar ali.”

“Apesar de ter caçambas os moradores tem o hábito de jogar lixo em qualquer lugar, ai quando chove e um deus nos acuda.”

ANEXO IV

Depoimentos orientados

Problemas	Depoimentos dos Agentes									
	Agente 1	Agente 2	Agente 3	Agente 4	Agente 5	Agente 6	Agente 7	Agente 8	Agente 9	Agente 10
1- Exposição à violência do território.	Verifica com outros agentes e conhecidos sobre operações.	Pergunta a outros agentes e conhecidos sobre ocorrências no WhatsApp.	Verifica na equipe se teve ocorrência.	Verifica junto à equipe da clínica e aos conhecidos.	Verifica na clínica se tem algum problema na região.	Olho no grupo do WhatsApp se tem alguma coisa.	Fico alerta já pensando nas casas que posso entrar.	Vejo antes na clínica e com a equipe se tem ocorrência no território.	Tem muito bandido arrumadinho	Caso de ocorrência entra na casa mais próxima ou entra em algum beco vazio.
2- Exposição a doenças contagiosas.	A gente tenta evitar o contato com lixo, esgoto.	Vai driblando o lixo na rua e esgoto quando tem.	A gente anda com muita atenção para evitar pisar no lixo ou esgoto.	Ando sempre bem atenta, mas as vezes e inevitável ter contato.	Na minha região tem esgoto a céu aberto. Ando com cuidado.	Como não tem equipamentos adequados, temos que ter atenção.	Como é na beira do rio tem que ficar esperta.	Um problema sério é a nossa exposição aos problemas graves que acabamos absorvendo.	Fala com outra pessoa da família sobre o estado de saúde do paciente.	Os pacientes doentes a gente já fica mais atento.
3- Falta de infraestrutura adequada na clínica e no campo.	Arruma um jeito para guardar as coisas.	Coloca a bolsa ou mochila no chão atrás da cadeira.	Coloca a mochila no chão atrás da cadeira.	Coloca a bolsa/mochila no chão.	O sistema fica muito indisponível.	A mochila fica no chão.	O sistema dá muito problema.	Não tem lugar para guardar os pertences.	A dificuldade de deslocar paciente.	Tem que aprender a andar na microárea.
4- Sistema de dados tem muitas interrupções e causa retrabalho.	Reinicializa o sistema várias vezes.	Anota dados num caderno para não perder.	Quando a rede cai tem que fazer manualmente.	Evitar ficar com dados sem salvá-los.	Só mudando o sistema.	Não ficar muito tempo com dados sem salvar.	O sistema sempre tem problemas de dados duplicados ou somem.	Muita interrupção do sistema e atrasa o trabalho.	A internet é muito lenta, o que atrasa o serviço.	Tem que aprender a utilizar os tempo para não se atrapalhar com as caídas do sistema.
5- Dificuldade de cadastrar e acompanhar os moradores que trabalham fora.	Deixa recado com um familiar.	Coloca bilhete embaixo da porta.	Deixo bilhete embaixo da porta.	Fala com o vizinho do lado.	O tráfico não permite que de informações sobre os vizinhos.	Visitar várias vezes, até conseguir.	A gente faz várias vezes a visita.	Coloca um bilhete que esteve lá.	Vai no fim de semana tentar falar com o morador.	Eu dou o recado a algum parente quando vai a clínica.

Problemas	Depoimentos dos Agentes									
	Agente 1	Agente 2	Agente 3	Agente 4	Agente 5	Agente 6	Agente 7	Agente 8	Agente 9	Agente 10
6- Grande quantidade de funções para realizar. EX. cadastrar, acompanhar, levar exames, buscar morador.	Faz as funções com agilidade para dar conta.	Organiza as tarefas para dar conta.	Tento organizar para dar tempo.	Quando entrego exames, já atualizo os dados.	Com a entrada do acolhimento começa a cair a qualidade da visita domiciliar.	Tem dia que só entrego exame. Pareço carteiro.	Tem que ser ágil para dar conta.	A falta de reconhecimento do trabalho do agente.	O maior problema é quando o médico não pode ir a visita e o paciente não pode vir a clínica.	A gente leva o exame e quando cai longe da casa o paciente não vai e volta para remarcar.
7- Grande quantidade de famílias para visitar.	As visitas são bem rápidas para bater a meta.	Não estende muito a conversa para poder bater a meta.	Tem que ser rápido para bater a meta.	Divido a quantidade de famílias por dia para facilitar.	As 12 horas que ficamos no acolhimento atrapalham a meta.	Só pode ir depois das 10, porque o pessoal acorda tarde.	Quando vai chegando ao fim do mês a gente fica tenso.	A troca de microárea causou muita dificuldade para os ACS.	Às vezes é difícil bater a meta.	A qualidade da visita fica prejudicada por causa da meta.
8- Exposição a problemas psicológicos graves sem possuir suporte na clínica.	A gente convive com todo tipo de problema de morte, prisão e doença. Acaba absorvendo o problema.	Você tem que aprender a abstrair senão acaba doente.	Tem que fazer um trabalho mental para não absorver.	Nesses casos a gente funciona como um psicólogo, sem ter conhecimento.	As vezes a gente não sabe nem o que fazer e não tem suporte adequado na clínica	Quando a gente fica doente não tem apoio psicológico na clínica	Nos casos graves a gente nem tem como interromper a pessoa. Fica sem graça.	A maioria dos agentes já esteve afastado por problemas psicológicos.	Deveria ter uma área de suporte psicológico na clínica para os agentes.	Às vezes é melhor se fingir de desentendido para não sobrar para a gente.
9- Grande quantidade de interrupções ao longo da realização do trabalho de campo.	A gente sempre atende por educação.	Às vezes é difícil falar não ao morador, mas as vezes atrapalha o trabalho.	Quando atende ao morador já aproveita e faz a visita dele, se der.	Tem morador que não quer esperar e perturba.	Se a gente não atende eles acham que somos mal educados e estamos de má vontade.	As pessoas acabam perguntando várias vezes a mesma coisa.	Tem que fazer um trabalho constante de esclarecimento porque eles pergunta várias vezes sobre o mesmo assunto.	As paradas frequentes atrapalham a programação que a gente faz.	Durante o trajeto a gente tem que fazer vários esclarecimentos. Isso atrapalha a programação das visitas.	As interrupções durante as visitas atrapalham um pouco. Mas a gente acaba acostumando.
10- Uniforme desconfortável, quente e sem reposição adequada.	O uniforme é muito quente e no calor incomoda muito.	A calça é muito desconfortável. A camisa esquenta demais.	Podia ser uma calça mais bonita para as mulheres.	A camisa é muito quente e a calça fica muito larga para as mulheres.	Não tem reposição do uniforme com frequência.	O uniforme é desconfortável, quente e o tênis não dura nada.	A falta de reposição faz a gente usar camisas de cursos que fazemos.	A camisa no dia de sol esquenta muito e fica difícil trabalhar no campo.	O uniforme tinha que ter uma reposição frequente, porque a gente trabalha descaracterizado.	A camisa tinha que ser um material mais leve. O tênis não tem reposição.