
Análises ergológicas do agir profissional de equipes de atenção primária à saúde no SUS

Ergologic analyses of the professional acting of primary health care teams within SUS

Análisis ergológicos del actuar profesional de equipos de atención primaria a la salud en el SUS

Cristine Maria Warmling¹
Ananyr Porto Fajardo²

RESUMO

Este artigo se propõe a analisar como o uso de conceitos ergológicos do agir em competência, enquanto arcabouço teórico, contribui para a compreensão dos processos de trabalho de equipes de saúde na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se um estudo de caso do tipo único integrando duas unidades de análise e abordagem qualitativa. Os cenários da pesquisa são 17 municípios da macrorregião administrativa central do estado do Rio Grande do Sul. Foram realizados 26 grupos focais, sendo 17 na Unidade de Análise 1 (17 médicos, 17 enfermeiros e 17 cirurgiões-dentistas) e 9 na Unidade de Análise 2 (18 cirurgiões-dentistas, 6 técnicos e 4 auxiliares de saúde bucal). Um roteiro embasado na teoria sobre o agir em competência orientou os grupos. A análise evidencia que o uso dos protocolos pelo trabalhador ultrapassa o planejamento na saúde. Enfrentando situações cotidianas, os valores e saberes dos trabalhadores são acionados para responder a necessidades específicas, pois os profissionais dominam e renormalizam protocolos e técnicas. Os processos de educação permanente em saúde estão incluídos no cotidiano, mas representam mais atividades formais do que oportunidades de debater valores. Os espaços de educação permanente devem ser aproveitados para propiciar o debate de valores entre instituições, trabalhadores e usuários, tendo como meta a produção do cuidado em saúde. Assim, proporcionar que os trabalhadores

¹ E-mail: crismwarm@gmail.com

² E-mail: aportofajardo@gmail.com

assumam seu papel de protagonistas da atividade implicaria na reunião de saberes (prévios e adquiridos) e valores em busca de uma produção criativa no trabalho.

Palavras-chave: Trabalho; Engajamento no trabalho; Competência profissional; Educação continuada; Pessoal de saúde; Trabalhadores.

ABSTRACT

This paper analyzes how the use of ergologic concepts of the competence to act, assumed as a theoretical framework, contributes for the understanding of work processes of primary care health teams within the National Unified Health System (SUS). It was conducted a single case study with two units of analysis and a qualitative approach. The research settings were 17 municipalities from the central administrative macroregion of Rio Grande do Sul state. A total of 26 focus groups were conducted, being 17 in the Unit of Analysis 1 (17 physicians, 17 nurses and 17 dentists) and 9 in the Unit of Analysis 2 (18 dentists, 6 dental hygienists and 4 oral health auxiliaries). A script based on the theory of competence to act guided the groups. The analysis evidences that the use of protocols by the worker goes beyond planning in health. When facing daily situations, the workers' values and knowledge are used to address specific needs, as the professionals master and renormalize protocols and techniques. The continuing education processes in health are included in the daily work, but they are rather formal activities instead of opportunities to debate values. These spaces must be used for such between institutions, workers and users, aiming at the production of health care. Thus, facilitating to the workers to take over their role as protagonists of the activity would imply in the gathering of (previous and acquired) knowledge and values in search of a creative production at work.

Keywords: Work; Work engagement; Professional competence; Education, continuing; Health personnel; Workers.

RESÚMEN

Esta producción analiza cómo el uso de los conceptos ergológicos del actuar en competencia, mientras un marco teórico, contribuye para la comprensión de los procesos de trabajo de equipos de salud en la atención primaria en el ámbito del sistema de salud brasileño (SUS). Se ha realizado un estudio de caso del tipo único que integra dos unidades de análisis, con abordaje cualitativo. Los escenarios de la investigación son 17 ciudades del macrorregión administrativo central del estado de Rio Grande do Sul. Se realizó 26 grupos focales, siendo 17 en la unidad de análisis 1 (17 médicos, 17 enfermeros y 17 odontólogos) y 9 en la unidad de análisis 2 (18 odontólogos, 6 higienistas dentales y 4 auxiliares dentales). Un guión basado en la teoría del actuar en competencia dirigió a los

grupos. El análisis evidencia que el uso de protocolos por el trabajador ultrapasa el planeamiento en salud. Haciendo frente a situaciones del cotidiano, los valores y saberes de los trabajadores son accionados para resolver necesidades específicas, y los profesionales dominan y renormalizan protocolos y técnicas. Los procesos de educación permanente en salud están incluidos en el cotidiano, pero son más actividades formales que ocasiones para el debate de valores. Estos espacios deben ser aprovechados para esto entre las instituciones, los trabajadores y los usuarios, siendo la meta la producción del cuidado en salud. Proporcionar que los trabajadores se asuman cómo protagonistas de la actividad implicaría en la reunión de saberes (previos y adquiridos) y valores en busca de una producción creativa en el trabajo.

Palabras clave: Trabajo; Compromiso laboral; Competencia profesional; Educación continua; Personal de salud; Trabajadores.

1 INTRODUÇÃO

O agir profissional na produção do cuidado na saúde, sob o ponto de vista ergológico, trata-se da capacidade de transgressão que possui o trabalhador. A ergologia defende que, ao confrontar-se com situações inusitadas de trabalho, o trabalhador ultrapassa as normas prévias ou antecedentes (protocolos, fluxos, evidências), superando as parametrizações que guiam e organizam o trabalho para a mobilização ou investimento no próprio saber do trabalhador. De acordo com esta perspectiva, o grau de competência do trabalhador seria aquele capaz de criar novos saberes face ao já estabelecido¹.

Da ampliação que a análise ergológica propõe a respeito do que um trabalhador coloca em ação quando realiza uma atividade emerge o conceito de agir em competência que, para a ergologia, significa articular na atividade de trabalho dimensões subjetivas da experiência humana, as quais, por serem intrinsecamente heterogêneas, não são facilmente suscetíveis de padronização. Isso se traduz em uma renegociação permanente com as normas presentes na

atividade de trabalho – de cada um e do coletivo^{2,3}, pois “não há trabalho humano sem normas antecedentes”^{4:87}.

Porém, o que se verifica é que o conceito de competências profissionais presente nos discursos da gestão dos serviços de saúde apresenta-se ainda tradicionalmente centrado na aquisição de conhecimentos e técnicas⁵ e/ou no desempenho individual dos trabalhadores⁶. Mais raramente, as interrogações voltam-se para a compreensão das condições do espaço de trabalho em que os trabalhadores adquirem e/ou utilizam as competências exigidas^{7,8} ou como recriam as situações de trabalho. Neste caso, não se trataria de estabelecer uma lista de competências para saber se um trabalhador as possui ou não, mas de analisar situações ou horizontes de trabalho com as imprevisibilidades inerentes que os compõem⁹. Os valores e saberes em questão “seriam como que substâncias que, em permanência, se desenvolvem, transformam-se, aprendem-se e eventualmente se aplicam nas atividades de trabalho configurando competências”^{10:39}. O terreno no qual estas competências podem se dar é pleno de processos de *experiência*, processos estes cujos limites são fluidos e cujos sujeitos podem ser múltiplos¹¹.

Na capital e nos municípios (entre 300.000 e 3.500 habitantes), na macrorregião administrativa central do estado do Rio Grande do Sul, cenário do estudo, têm sido induzidos programas e políticas de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde. O principal objetivo é corresponsabilizar as esferas da gestão da saúde, reforçando o caráter educativo, não punitivo e/ou burocrático das políticas¹². A avaliação e o monitoramento como estratégias para a tomada de decisão não se centram apenas em instrumentos geradores de informação na forma de dados e indicadores numéricos, mas auxiliam as equipes a aumentar a capacidade de análise e de replanejamento dos processos de trabalho¹³ e do agir profissional.

Refletindo sobre o papel do agir profissional de equipes de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) algumas problematizações se apresentam: Como se conforma o agir em competência das equipes de saúde na produção de cuidado? Como os profissionais se organizam e organizam o trabalho, individualmente e enquanto equipe, para enfrentar problemas? De que modo o uso de protocolos e processos de gestão das competências profissionais vivenciados pelas equipes de saúde são pautados e como podem ser analisados?

Este artigo se propõe a analisar como o uso de conceitos ergológicos do agir em competência, enquanto arcabouço teórico, contribui para a compreensão dos processos de trabalho de equipes de saúde na atenção primária à saúde no SUS.

2 PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Compõe-se de um estudo de caso do tipo único e integrado, com múltiplas unidades de análise, com abordagem qualitativa¹⁴.

Foram desenvolvidas duas unidades de análise nos cenários da pesquisa, compostas por unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) de municípios de um estado brasileiro. No período de dezembro de 2013 a dezembro de 2014 foram realizados 26 grupos focais com equipes de saúde. **Unidade de Análise 1** - 17 grupos focais com 16 equipes de saúde em 16 municípios selecionados de uma macrorregião administrativa de saúde de um estado brasileiro, tendo sido escutados 51 trabalhadores de saúde (17 médicos, 17 enfermeiros e 17 cirurgiões-dentistas) de unidades primárias de saúde. **Unidade de Análise 2** - 9 grupos focais com 10 equipes de saúde bucal em uma capital brasileira de grande porte populacional, compreendendo 28 trabalhadores de saúde bucal (18 cirurgiões-dentistas, 6 técnicos e 4 auxiliares de saúde bucal).

Os grupos duraram em torno de uma hora, sempre conduzidos por um coordenador e dois relatores, foram gravados em arquivos de áudio e vídeo para posterior transcrição e análise, sendo seu acesso restrito aos pesquisadores do estudo.

Optou-se pela utilização da técnica do grupo focal, pois acredita-se que a mistura do detalhe empírico de foco interacional de análise de conversação com as preocupações mais macroestruturais da teoria da construção social enriquece substancialmente as análises¹⁵. A condução do grupo focal se apoiou em um roteiro com base na teoria sobre o agir em competência¹⁶, buscando identificar os ingredientes presentes ou insuficientes na produção de cuidados em APS no contexto estudado (ver Quadro 1).

Quadro 1 - Roteiro do grupo focal: Ingredientes do agir em competência para a produção do cuidado em APS

Ingredientes do agir em competência	Objetivo	Eixo orientador
Ingrediente 1: Domínio de protocolos	1 – Identificar protocolos para o cuidado	Falar sobre protocolos mais usados na produção do cuidado
Ingrediente 2: Conhecimento da realidade	2 – Identificar singularidades na realidade do trabalho	Falar sobre as realidades que contextualizam o trabalho
Ingrediente 3: Renormalização	3 – Identificar como os profissionais renormalizam os protocolos	Falar sobre o que é preconizado nos protocolos e as realidades do trabalho
Ingrediente 4: Uso de si por si	4 – Identificar a motivação das equipes de APS	Falar sobre a motivação para trabalhar em APS

Ingrediente 5: Debate de valores	5 – Identificar o debate de normas preexistentes e instituídas na atividade do trabalho	Falar sobre dinâmicas do trabalho em APS que permitem renegociação de valores e normas
Ingrediente 6: Trabalho em equipe	6 – Identificar a experiência do trabalho em equipe	Descrever o trabalho em equipe na prestação do cuidado

Os projetos de pesquisa que deram origem a este artigo foram submetidos à Plataforma Brasil, tendo sido aprovados mediante os Pareceres Consubstanciados número 400.154 - 12/09/2013 e número 1.352.499 - 05/12/2015.

Os excertos oriundos dos grupos focais são identificados pelas letras E e T, seguidas de uma numeração aleatória com a intenção de proteger o sigilo dos participantes.

3 DISCUSSÃO

3.1 Do protocolo à realidade: renormalizações no cotidiano do trabalho na saúde

Programas de avaliação dos sistemas e serviços de saúde são processos utilizados para compreender as dinâmicas da atenção à saúde. Porém, muitas vezes os dados/indicadores numéricos produzidos pelos processos avaliativos não auxiliam as equipes a aumentarem suas capacidades analíticas e de intervenção. O desafio é integrar estudos qualitativos a um referencial teórico consistente para a produção de informações e compreensão sobre do processo de trabalho na saúde. Porém, a composição de métodos e teorias nem sempre é algo

fácil ou acessível aos pesquisadores nas ciências sociais e humanas na saúde. Detecta-se uma escassez de estudos na área que aliem teoria humana e social às análises de organização dos sistemas de saúde ou que procurem compreender interações múltiplas entre contextos e sujeitos, distanciando-se de uma sociologia linear das práticas e processos de trabalho em saúde^{17,18,19}.

A ergologia é um aporte teórico que estuda o trabalho como condição inerente à vida humana, considerando-o para além de análises sobre o mercado, a empregabilidade ou a mera capacidade para a produção²⁰. Com a ergologia amplia-se as possibilidades de compreensão sobre as relações entre o processo de trabalho e o agir profissional. No âmbito do trabalho como atividade humana, como pressupõe a ergologia, o agir profissional se desdobra pelo menos em seis dimensões (Quadro 1).

No agir humano no ato de produzir saúde, a produção e o consumo do produto ocorrem ao mesmo tempo e implicam no encontro entre produtor e consumidor, mas ambos se constituem como objetos e agentes da ação. Trata-se de um projeto relacional de encontro entre sujeitos e tecnologias, ou seja, o reconhecimento mútuo das lógicas da saúde do usuário e do profissional para a definição tecnológica do projeto terapêutico.

A dimensão estabelecida ou protocolar do trabalho compreende um conjunto de “sequências estabelecidas, procedimentos lógicos, técnicos, organizacionais”^{21:19}. No trabalho como uma atividade industriosa e sempre inédita, usam-se normas antecedentes ou operatórias, para recriá-la, para antecipá-la. As normas antecedentes remetem às construções sociais do trabalho²².

Tratando-se das práticas de trabalho analisadas pelo estudo de caso, verificou-se que o uso dos protocolos pelo trabalhador é um movimento muito mais complexo do que o compreendido tradicionalmente no campo do

planejamento na saúde. Na utilização de protocolos para o enfrentamento das situações cotidianas de trabalho, os valores e saberes do trabalhador são trazidos para a linha de frente do trabalho em busca de respostas para necessidades específicas. Os trabalhadores da saúde dominam e utilizam protocolos e técnicas, renormalizando-os cotidianamente conforme demandas próprias, das estruturas dos serviços ou dos usuários que acessam de saúde. Há sempre um gap entre as prescrições das políticas e protocolos de saúde e as estruturas das realidades de trabalho no SUS²³.

O protocolo é fundamental [...] para que se tenha de alguma forma o entendimento de que as coisas devem funcionar, embora os territórios e a população [das equipes de saúde] sejam diferentes, a diretriz [de trabalho] é a mesma. [...] a gente vê que na rede isso ainda não está totalmente estruturado (T03).

Eu trabalhava em uma estratégia de saúde da família, trabalhava quarenta horas [...] tinha uma rede construída dentro do posto muito grande, e isso me facilitou muito. [...] Nós tínhamos uma população sob controle, a gente acompanhava as gestantes, depois os bebês, tinha o trabalho com os diabéticos, os hipertensos, era uma coisa assim de rede e em equipe. [...] Tanto que a primeira vez que eu li o Protocolo, eu não vi nada novo, porque a gente fazia na realidade aquilo ali [...]. Agora como eu fui para uma UBS, eu cheguei lá cheia de gás, vou fazer aqui o que eu fazia lá, mas eu não consegui. Primeiro, porque eu trabalho trinta horas [...] e outra porque trabalhar numa UBS, tu não sabes qual a população que tu tens, não sabe quais são os teus limites [...] não consegue fazer um planejamento em si. Então eu vejo que eu estou atendendo, tentando fazer alguns grupos, fazendo alguma coisa do meu perfil, mas não consigo trabalhar da mesma forma que eu trabalhava na estratégia [na ESF] (T04).

O ambiente de “inflação de normas”^{24:153} faz o trabalhador sentir que a prescrição excede sua capacidade e possibilidade de exercer a atividade.

Na verdade, a gente sente que tem muita cobrança do estado e pouca realidade para o trabalho conjunto. Na saúde pública, a cobrança é muito fácil [...] O pessoal que está lá em cima sentado acha que tem que ser assim, assim, assim e pronto! Aí vem o município e traz: “A nossa realidade é essa”. Quem sabe, muito sem objetivo. Aí baixa um plano e tem que fazer aquilo. Tem que cobrar aquilo! Às vezes essa aqui se queixa: ‘É muita coisa para se fazer! Tem muita coisa para ela preencher!’ No fim, ela passa todo o tempo no computador (E5).

Então muitas vezes eu não sou valorizada o quanto devia, saio frustrada. Não com os meus pacientes e nem com os meus colegas, isso me faz feliz, mas eu cansei de ir para casa frustrada, abatida por falta de oportunidade de externar o que eu queria ou externar e não ser compreendida ou mal compreendida e não ter a oportunidade de fazer o que eu pensava e muitas vezes o outro profissional colocar uma ideia, que de repente não é tão interessante e ser direcionado a essa pessoa. Cobrança, muita coisa assim, porque eu sou muito assistencial e tem profissionais que tem outro perfil que são mais burocráticos. Isso me incomoda muito porque eu deixo de ter aquele tempo maior para os meus pacientes e ficar em função de papéis ou notebook. Isso me frustra muito desde a minha formação (E1).

A construção de significados para o cuidado carece de um processo de reconhecimento da realidade das situações de trabalho imprescindível para o agir profissional. Quanto ao conhecimento da realidade, as equipes demonstram apropriação, mas apresentam dificuldades na compreensão das concepções de saúde e doença dos usuários que cuidam. Referem-se à grande demanda reprimida existente, contudo não observam que esta é muitas vezes produzida

também a partir do historicamente ofertado pelos serviços de saúde e de como se processa a produção do cuidado. A renormalização de protocolos parece não ocorrer pelo reconhecimento das necessidades de saúde das comunidades onde atuam e percebe-se a dificuldade dos profissionais em articular demanda, oferta e cuidado em saúde.

3.2 Trabalho em equipe e educação permanente como debate de valores

Para trabalhar e valer-se do protocolar, o trabalhador não prescinde de recorrer aos seus próprios julgamentos e valores, talentos e criatividade, de forma a gerir todas as variabilidades possíveis que as situações reais de trabalho possam apresentar. O trabalho como atividade humana pressupõe debate de valores, pois “É a aprendizagem permanente dos debates de normas e valores que renovam indefinidamente o trabalho como a atividade”^{25:30}.

Valores sem dimensão, porque não possuem nenhuma unidade de medida para comparar sua grandeza ou seus graus próprios de intensidade [...] na medida em que são operantes na atividade, são tecidos na atividade [...] não existem inteiramente separados dos protagonistas da atividade, de sua experiência, porque essa atividade, essa experiência, no momento em que convocam reelaboram esses valores, redescobrem, constantemente seu conteúdo e sua definição^{26:339-340}.

Trabalhar e, essencialmente, trabalhar no campo da saúde, é gerir variabilidades inerentes à produção do cuidado em saúde. A construção das redes de saúde está imbricada com a constatação da dimensão gestonária dos processos de trabalho das equipes em seus locais de atuação. Os resultados apontam para a separação entre a gestão, a educação permanente e os processos de trabalho. Relações de trabalho necessitam ser despertadas nos serviços de

saúde. O redescobrimento do próprio trabalho pelo trabalhador incide na compreensão de como ele se insere na atividade dos outros e na vida em sociedade. Isto é fundamental para o estabelecimento de um trabalho em equipe.

O protocolo do pré-natal diz que tem que passar pelo médico, pela enfermeira e pelo dentista, isso é o que diz o protocolo. Só que aí a gente fez uma ‘consulta casada’ que a gente chamava. Então a paciente vinha para o grupo. O grupo éramos nós três mais as pacientes [...] E esses instrumentos que a gente criou porque foi uma necessidade que a gente via de ir muito além, não só no nível de protocolo do Ministério. Então a gente foi criando instrumento para poder trabalhar e todos falarem a mesma língua. Então esse [Protocolo do Ministério da Saúde] era o principal (E8).

[...] o que mudou muito foi depois que eu tive a minha filha [...] depois que eu tive a minha ‘vivência’ com o aleitamento materno, pré-natal certinho [...] poder trazer o que eu passei para elas e o que elas já tinham me passado para eu usar com a minha filha [...] Uma troca. Depois que tive a minha filha eu vejo como eu atendia antes, as consultas de puericultura, e como eu atendo depois dela [filha]. Então é uma troca maior depois que eu tive a minha filha. Eu pude ajudar mais elas e pegar coisas que elas passam para trazer para minha também. Isso gera uma troca bem grande (E17).

A estruturação e consolidação de espaços de problematização das realidades de trabalho, de educação em saúde e de educação permanente propiciam debate de valores entre instituições de ensino e serviços de saúde. Tornam-se eixo condutor do processo de desenvolvimento de agir em competência e da produção do cuidado em saúde. Coloca-se em diálogo valores das partes envolvidas – trabalhador, aluno, serviço, instituições de ensino e de saúde, usuários, controle social.

Nós fazíamos [grupo de gestantes] uma vez por mês, mas vinham duas,

três, quatro, eventualmente vinham algumas mais. Daí com o comprometimento do colega, o ginecologista, elas começaram a vir. Porque é muita perda, né? Elas perdem dez horas, perdem várias coisas se elas faltam o serviço. Daí a gente montou um programa nesse grupo que envolvia nutricionista, enfermeira, dentista, psicólogo, médica do ESF. Então a gente fez assim vários grupos temáticos. Eu acho até que o último fui eu quem deu, aí já foi confraternização. E daí teve uma visita no hospital para elas conhecerem (E2).

Mas, no que se refere aos processos de educação permanente em saúde (EPS) enquanto debate de valores, não se encontrou relatos nos grupos focais que apresentassem práticas de EPS que problematizassem os processos de trabalho e produzissem mudanças na forma do cuidado. Raramente há protagonismo das equipes de saúde na organização dos processos e poucos trabalhadores se apropriam dos espaços gerenciais constituídos para este fim. As equipes defendem a importância da EPS para organização e planejamento de ações. As principais dificuldades relatadas relacionam-se a interromper atendimentos, comparações entre equipes, subutilização com informes administrativos e a não participação de todos os atores do cuidado.

Processos e práticas de educação permanente são frágeis, havendo grande dissociação entre os âmbitos da gestão, da educação e do cuidado^{27,28}. As equipes demandam às instituições de ensino superior atividades de capacitação na tentativa de suprir lacunas no conhecimento técnico²⁹. Neste sentido, seria imprescindível considerar o campo das práticas em saúde como cenário educativo³⁰. A EPS compreendida como *política* propriamente dita não prescinde de momentos específicos, mas está incluída no próprio cotidiano do processo de planejamento do trabalho, sendo necessário (...) superar um histórico de atendimento apenas aos processos de educação continuada dos trabalhadores do MS com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de

ações de Educação Permanente em Saúde. [...] como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o trabalho e a construção de processos de aprendizagem colaborativa e significativa, ofertando ações coletivas de desenvolvimento aos trabalhadores, a partir dos principais desafios identificados pelas equipes no cotidiano do trabalho. [...] o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto. Ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências^{31:5}.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ergologia é concebida como “*démarche*”^{32:106}, isto é, um processo de análise do trabalho, e uma “‘indisciplina’ no sentido de não ser nem uma disciplina universitária autônoma [...] nem uma profissão bem definida, mas sim uma abordagem pluridisciplinar de análise antropológica e de compreensão do trabalho no sentido de atividade humana [...]”, sendo um de seus postulados o fato de que “nenhuma transformação do trabalho e de sua organização, nenhuma melhoria das condições de trabalho pode ser pensada sem os próprios atores do trabalho, em colaboração com pesquisadores e especialistas do trabalho”^{33:3}. Portanto, propiciar que os trabalhadores assumam seu papel de protagonistas da atividade implicaria na reunião de saberes (prévios e adquiridos) e valores em busca de uma produção criativa no trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Di Ruzza R. Comprendre pour agir ou/et agir pour comprendre l’activité au cœur de l’action et de la recherche. *Conférence* 2010;53:160. doi:10.1017/CBO9781107415324.004

2. Schwartz Y, Durive L. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.
3. Di Ruzza R. Chapitre 1. L'analyse du travail, une démarche ergologique. *Trav. au XXIe siècle*. 2006;17.
doi:10.3917/dbu.bouti.2006.01.0017.
4. Schwartz Y. Conhecer e estudar o trabalho. *Trabalho & Educação* 2015;24(3):83-89.
5. Fullerton JT, Ghérissi A, Johnson PG, Thompson JB. Competence and competency: core concepts for international midwifery practice. *Int. J. Childbirth* 2011;1(1):4-12.
6. Boreham N. A theory of collective competence: challenging the neo-liberal individualism of performance at work. *Br. J. Educ. Stud.* 2004;52(1):5-17.
doi:10.1111/j.1467-8527.2004.00251.x.
7. Hampson I, Junor A. Putting the process back in: rethinking service sector skill. *Work. Employ. Soc.* 2010;24(3):526-545.
doi:10.1177/0950017010371664.
8. Armstrong P. Puzzling skills: feminist political economy approaches. *La Société Can. Sociol.* 2013.
9. Schwartz Y. Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje* 2014;49(3):259-274.
10. Cunha DM. Agir em competência: notas sobre a abordagem ergológica. *Educ. Tecnol.* 2007;12(3):39-41.
11. Schwartz Y. A experiência é formadora? *Educação & Realidade* 2010;35(1):35-48.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 36 p.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.654, de 19 de julho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ/AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável - PAB variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF 20 jul. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 15 de mar. 2013.
14. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010. 205p.
15. Hollander JA. The social contexts of focus groups. 2004. doi:10.1177/0891241604266988.
16. Schwartz Y. Uso de si e competência. In: Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Eduff, 2010.
17. Griffiths L. Making connections: studies of the social organisation of healthcare. *Sociol. Health Illn.* 2003;25 :155-171. doi:10.1111/1467-9566.00345.
18. Davies C. Some of our concepts are missing: reflections on the absence of a sociology of organisations in *Sociology of Health and Illness*. *Sociol. Health Illn.* 2003; 25:172-190. doi:10.1111/1467-9566.00346.
19. May C. The clinical encounter and the problem of context. *Sociology* 2007;41(1):29-45. doi:10.1177/0038038507072282.
21. Schwartz Y, Durrive L. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.
22. Schwartz Y. Concepções da formação profissional e dupla antecipação. *Trabalho & Educação*, 2013; 22(3):17-33.
23. Schwartz Y. Conhecer e estudar o trabalho. *Trabalho & Educação* 2015;24(3):83-89.

24. Bertoncini JH, Pires DEP de, Scherer MD dos A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab. Educ. Saúde* 2011;9(supl.1):157-173.
25. Kappaun NRC, Oliveira SSS, Muniz HP. “Agir em competência” e cuidados paliativos: uma reflexão sobre o cuidar de pacientes terminais. *Ergologia* 2017; 18:147-172.
26. Schwartz Y, Durrive L. (Orgs.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2. ed. Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007. Cap. 1, p. 25-36.
27. Schwartz Y. Manifesto por um ergoengajamento. In: *Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. P. 325-369.
28. Gomes JC, Toassi RFC, Warmling CM. O agir profissional de equipes de saúde e a atenção a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais* 2016;1(1):81-94.
29. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer de, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad. Saúde Pública* 2018;34(4):1-11.
30. Rocha ET da, Warmling CM. Processo de trabalho e agir profissional no cuidado em saúde bucal no Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais* 2016;1(1):113-131.
31. Joazeiro EMG, Scherer MDA. Trabalho coletivo e transmissão de saberes na saúde: desafios da assistência e da formação. *Tempus Actas de Saúde Coletiva* 2010;6(12):279-293.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos*. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120 p.: il.
33. Le Bris R. Trabalho. *Laboreal* 2017;13(1):104-107.
<http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0117rlb>

34. Entretien de la SELF avec Yves Schwartz. Mené en décembre 2017 par Jean-Claude Sperandio et Annie Drouin. <https://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2018/04/Schwartz-Yves.pdf>