

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA CONCEPÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES
NA PERSPECTIVA DOS CONCEITOS
MUNDOS PROFISSIONAIS E MUNDO COMUM

Carolina Maria do Carmo Alonso

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.

Orientadores: Francisco José de Castro
Moura Duarte
Pascal Daniel Béguin

Rio de Janeiro

Julho de 2017

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA CONCEPÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES
NA PERSPECTIVA DOS CONCEITOS
MUNDOS PROFISSIONAIS E MUNDO COMUM

Carolina Maria do Carmo Alonso

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. Francisco José de Castro Moura Duarte, D.Sc.

Prof. Pascal Daniel Béguin, D.Sc.

Profa. Valerie Pueyo, D.Sc.

Prof. Laerte Idal Sznelwar, D.Sc.

Prof. Roberto dos Santos Bartholo Júnior, D.Sc.

RIO DE JANEIRO, RJ - BRASIL

JULHO DE 2017

Alonso, Carolina Maria do Carmo

O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Concepção dos Projetos Terapêuticos Singulares na Perspectiva dos Conceitos Mundos Profissionais e Mundo Comum/ Carolina Maria do Carmo Alonso. – Rio de Janeiro: UFRJ/COPPE, 2017.

XVIII, 230 p.: il.; 29,7 cm.

Orientadores: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

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

Referências Bibliográficas: p. 146 - 161.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Trabalho em Saúde. 3. Análise Ergonômica da Atividade. 4. Trabalho Coletivo. 5. Trabalho de Concepção. I. Duarte, Francisco José de Castro Moura *et al* II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. III. Título.

EPIGRAFE

Uma parte de mim
é todo mundo;
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.

Uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.

Uma parte de mim
pesa, pondera;
outra parte
delira.

Uma parte de mim
almoça e janta;
outra parte
se espanta.

Uma parte de mim
é permanente;
outra parte
se sabe de repente.

Uma parte de mim
é só vertigem;
outra parte,
linguagem.

Traduzir-se uma parte
na outra parte
— que é uma questão
de vida ou morte —
será arte?

(Traduzir-se - Ferreira Gullar)

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos Agentes Comunitários de Saúde e aos demais profissionais das equipes de saúde da família que me fazem acreditar que há possibilidade de construir aventuras coletivas na produção de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por ter permitido que eu concluísse essa tese, sem Ele não haveria nenhuma chance de chegar até aqui.

Há um agradecimento muito especial a ser feito à **Prof^a Valerie Pueyo** pela imensa generosidade em me ouvir e pelo incentivo, sempre. Você me ensinou a importância da disponibilidade no exercício da docência e muito desta pesquisa é devido ao seu trabalho.

Agradeço aos meus orientadores **Francisco Duarte e Pascal Béguin** pela oportunidade de ingressar nessa jornada e, especialmente, pela possibilidade de realizar estágio na Universidade *Lumière Lyon 2*.

É preciso agradecer ainda ao **Professor Francisco Lima** porque seus questionamentos me ajudaram a refletir mais profundamente sobre minha pesquisa e sobre meu devir ergonômista (Chicão pra mim você está para Ergonomia como Milton Nascimento para música).

Agradeço à minha família pela paciência ao longo de tanto tempo abrindo mão da minha presença e de tantas outras coisas em prol da realização desta tese de doutorado. **Mariana, Beatriz e Marcelo**, muito obrigada!

Aos **meus sogros** que acolheram minhas filhas em tantos momentos durante a feitura deste trabalho.

Agradeço à **Bete** por cuidar da minha casa, das minhas filhas e da minha marmita. Pelo carinho sempre.

Agradeço a todos os ACS que se prontificaram a participar desta pesquisa, não posso citar um a um, mas preciso citar **Rosilene** a quem agradeço em nome de todos!

À **Marcia Magalhães** e às enfermeiras **Marryele, Cintia, Débora e Flávia**.

Aos amigos do Rio: **Priscila Blasquez, Melissa Ribeiro, Ana Paula, Juliana Bauab, Juliana Melo, Jana, Bruna, Melissa, Magalhães, Olívia, Anderson, Camila** (parênteses para a menina que traduz ideias em imagens!), **Babi, João, Patricia** e todos os “gloriosos colegas do Ergoproj”.

Agradeço à **Ellis Cordeiro** e à **Elis Senos** pela ajuda nos grupos de validação da pesquisa.

Aos amigos de Lyon **Mme et M Bethoux, Thiago, Raquel e Nathalie**: vocês foram bênçãos de Deus na minha vida e sem vocês eu não teria conseguido ficar um ano na França.

Aos amigos de longe que me acompanharam de diversas maneiras **Selma, Keiko, Tatiana, Maria, Juliana, Maria Helena**.

Aos **alunos do curso de Terapia Ocupacional da UFRJ** porque quando tudo perdia o sentido eu podia encontrar vocês.

A todos os colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da UFRJ especialmente àqueles que me receberam no Rio de Janeiro (**Ana, Marcia, Mecca, Claudia, Miryam, Vera, Lisete, Patrícia e Fernanda**).

À **Fátima, Zui, Diego, Rogério e Dona Alice** por todas as vezes que precisei da ajuda de vocês.

À **Rosana Tibúrcio** pela revisão do texto, pelos pitacos e novenas. Muito da qualidade deste texto é devida ao seu trabalho.

Ao professor e colega **Jean Christophe Houzel** pela tradução da versão curta da tese para o francês e pelo apoio nesse processo (merci beaucoup!).

Agradeço à CAPES, especialmente à equipe CAPES COFECUB, pela bolsa de estágio doutoral na França e pela disponibilidade em resolver todas as minhas demandas enquanto eu estive fora do país.

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

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
NA CONCEPÇÃO DOS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES
NA PERSPECTIVA DOS CONCEITOS
MUNDOS PROFISSIONAIS E MUNDO COMUM

Carolina Maria do Carmo Alonso

Julho/2017

Orientadores: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

Programa: Engenharia de Produção

Esta tese investigou o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na concepção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) com o objetivo de produzir conhecimento relativo a um mundo profissional emergente num contexto de inovação social e, ainda, contribuir com a definição das dimensões relativas à gestão de projetos, integrando a fabricação do trabalho e a elaboração da experiência coletiva dos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve seus procedimentos norteados pela abordagem metodológica da Análise Ergonômica do Trabalho. As análises tecidas sobre o trabalho dos ACS foram ancoradas pelos conceitos de Mundo Profissional e Mundo Comum que são analisadores que contribuem para a compreensão da dimensão coletiva inerente aos processos de concepção. Os resultados desta tese demonstraram que embora o Mundo Profissional do ACS esteja à guisa de consolidação ele apresenta uma lógica própria centrada nas necessidades dos usuários e norteadas pelas premissas inovadoras do Sistema Único de Saúde. Para atender ao objetivo de contribuir com a definição das dimensões relativas a gestão dos PTS, esta pesquisa demonstrou que a construção de um Mundo Comum no âmbito do serviço estudado ainda é incipiente, visto que, as reuniões de equipe contam com pouco suporte para fecundar a troca entre os trabalhadores. Tal quadro fragiliza a concepção dos PTS, sobretudo, quando as equipes operam fixadas no paradigma biomédico o que restringe a participação do ACS na concepção dos PTS uma vez que a sua contribuição se fundamenta nas dimensões do processo saúde-doença ultrapassam as questões fisiopatológicas.

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

THE WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE DESIGN OF SINGULAR
THERAPEUTIC PROJECTS FROM A PERSPECTIVE OF PROFESSIONAL WORLDS
AND COMMON WORLD CONCEPTS

Carolina Maria do Carmo Alonso

July/2017

Advisors: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

Department: Production Engineering

This thesis investigated the work of the Community Health Agent (CHA) in the design of Singular Therapeutic Projects (STP) in order to produce knowledge related to an emerging professional world in the context of social innovation and to contribute to the definition of dimensions related to projects management, integrating work fabrication and elaboration of the collective experience of workers. This is a qualitative research which procedures were guided by the methodological approach of Ergonomic Analysis of Work. Analysis of the work of CHA were framed within the concepts of Professional World and Common World, two analyzers that contribute to our understanding of the collective dimension inherent to the conceptual processes. The results of this thesis showed that, although the CHA Professional World is in the process of consolidation, it displays its own logic, which is centered on the user's needs and guided by the innovative premises of the public health system. In order to meet the objective of contributing to the definition of dimensions related to management of STP, this research showed that the construction of a Common World within the scope of the service studied is still incipient, since team meetings have little support to promote exchanges between workers. Such situation weakens the proper concept of STP, especially as teams operate within the current biomedical paradigm, which restricts the participation of CHA in designing STP, because their contribution is based on the dimensions of the health-disease process, which goes beyond biomedical issues.

Résumé de la thèse présenté à COPPE/UFRJ comme un accomplissement partiel des exigences pour le degré de Docteur en Sciences (D. Sc.)

LE TRAVAIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LA CONCEPTION
DES PROJETS THÉRAPEUTIQUES SINGULIERS, A PARTIR DE LA PERSPECTIVE
DES CONCEPTS DE MONDES PROFESSIONNELS ET MONDE COMMUN.

Carolina Maria do Carmo Alonso

Julliet/2017

Directeurs: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

Département: Ingénierie de Production

Cette thèse a étudié le travail de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) dans la conception des Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS), visant à produire des connaissances sur un monde professionnel émergent dans un contexte d'innovation sociale, et également à contribuer à la définition des dimensions relatives à la conduite de projet, intégrant la production du travail et l'élaboration de l'expérience collective des travailleurs. Il s'agit d'une analyse qualitative dont les procédures ont été guidées par l'approche méthodologique de l'analyse ergonomique du travail. Les analyses du travail de l'ASC ont été ancrées dans les concepts de monde professionnel et de monde commun, deux analyseurs qui contribuent à la compréhension de la dimension collective inhérente au processus de conception. Les résultats de cette thèse ont montré que, bien que le monde professionnel de l'ASC soit en cours de consolidation, il possède sa propre logique, centrée sur les besoins des utilisateurs et guidée par les prémisses innovatrices du système de santé publique. Pour atteindre l'objectif de contribuer à la définition des dimensions liées à la conduite des PTS, cette recherche a montré que la construction d'un monde commun dans le cadre du service étudié n'en est encore qu'à ses débuts. Les réunions d'équipe, en tant qu'elles contribuent aux échanges professionnels entre les travailleurs sont ici particulièrement questionnées. Une telle situation affaiblit la conception du PTS, en particulier lorsque les équipes opèrent en suivant le paradigme biomédical. Cette orientation limite l'apport des ASC dans la conception des PTS, puisque la contribution de ces dernières est basée sur les dimensions d'un processus santé/maladie, qui dépassent les questions biomédicales.

SUMÁRIO

PARTE I – INTRODUÇÃO E CONTEXTO DA PESQUISA	01
CAPÍTULO I – O TRABALHO NO SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA	04
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	07
1.1.1 Atenção Primária no Brasil: um recorte para a estratégia saúde da família	09
1.2 VALORES E FERRAMENTAS LIGADOS AO TRABALHO NA ESF.....	11
1.2.1 Atributos essenciais e derivados e as funções essenciais da APS	12
1.2.2 Vínculo	13
1.2.3 Acolhimento	14
1.2.4 A Clínica Ampliada	16
1.2.5 Projeto Terapêutico Singular	16
1.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO	17
CAPÍTULO II – O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	19
2.1 O SURGIMENTO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUAS ATRIBUIÇÕES.....	19
2.2 O TRABALHO DOS ACS NO CONTEXTO DA ESF: METASSÍNTESE DOS ESTUDOS PUBLICADOS ENTRE 2004 e 2014.....	22
2.2.1 Características do trabalho do ACS	23
2.2.2 Problemas relacionados ao trabalho dos ACS	24
2.2.2.1 Falta de limites no trabalho do ACS.....	25
2.2.2.2 Condições precárias de trabalho.....	26
2.2.2.3 Relação com a comunidade.....	27
2.2.2.4 Fragilidade na formação profissional do ACS.....	29
2.2.2.5 Burocratização do trabalho.....	29
2.2.2.6 Problemas na relação com a equipe.....	30
2.2.3 Aspectos facilitadores do trabalho do ACS	31
2.2.3.1 Reconhecimento do trabalho pelas famílias/comunidade e resolutividade....	31
2.2.3.2 Vínculo com as famílias e a comunidade.....	32
2.2.3.3 Trabalhar junto aos pares.....	32
2.2.3.4 Trabalho formal perto da residência.....	33
2.2.4 Discussão dos resultados da metassíntese	33
2.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO.....	35
PARTE II – QUADRO TEÓRICO	37
CAPÍTULO III – O TRABALHO DE CONCEPÇÃO	39
3.1 A DISTINÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO, PROJETO E GESTÃO DE PROJETO.....	39
3.2 ATIVIDADE DE CONCEPÇÃO	40
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE PROJETO.....	41
3.3.1 A gestão de projeto como um processo finalizado	42
3.3.2 O horizonte temporal nos processos de concepção: convergência e irreversibilidade	43
3.3.3 A diversidade de atores	44
3.4 OS CONCEITOS DE MUNDO COMO BASE PARA INTEGRAR A DIVERSIDADE DE PONTOS DE VISTA E DAR COERÊNCIA AOS	

PROCESSOS DE CONCEPÇÃO	46
3.4.1 Mundo social e mundos possíveis: conceitos-chave para compreensão da noção de mundos profissionais.....	46
3.4.2 Mundos profissionais e mundo comum: a busca de convergência na fabricação do trabalho coletivo da concepção.....	48
3.5 FECHAMENTO DO CAPÍTULO	51
CAPÍTULO IV - O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE E SUAS SEMELHANÇAS COM PROCESSOS DE CONCEPÇÃO.....	52
4.1 O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE.....	54
4.2 SEMELHANÇAS ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE CONCEPÇÃO	54
5.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO	57
PARTE III – HIPÓTESES E MÉTODOS, RESULTADOS E APONTAMENTOS FINAIS.....	58
CAPÍTULO V – HIPÓTESES.....	59
5.1 PRIMEIRA HIPÓTESE.....	60
5.2 SEGUNDA HIPÓTESE.....	61
5.3 TERCEIRA HIPÓTESE.....	61
5.4 FECHAMENTO DO CAPÍTULO.....	61
CAPÍTULO VI MÉTODOS	63
6.1 DESENHO DO ESTUDO	63
6.2 UNIVERSO DA PESQUISA.....	64
6.2.1 Composição das equipes de saúde da família.....	65
6.2.2 A área adscrita das equipes de saúde da família	65
6.2.3 Caracterização da população dos trabalhadores.....	67
6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	68
6.3.1 Fase 1: aproximação do campo de pesquisa e construção das condições para sua implementação.....	68
6.3.2 Fase 2: análise documental – desvelando o trabalho prescrito dos ACS e o ambiente técnico e social do serviço.....	69
6.3.2.1 Pesquisa documental.....	69
6.3.3.2 Levantamento de dados sobre o serviço pesquisado.....	72
6.3.3 Fase 3: Estudo das tarefas do ACS.....	73
6.3.4 Fase 4 – Análise das atividades dos ACS	75
6.3.5 Validação da pesquisa com os trabalhadores.....	76
6.3.6 Notas sobre outros procedimentos de coleta e análise de dados.....	77
6.3.6.1 Autoconfrontação.....	77
6.3.6.2 Observações.....	77
6.3.6.3 Análise de conteúdo.....	78
6.4 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	78
6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	80
6.6 FECHAMENTO DO CAPÍTULO.....	81
CAPÍTULO VII – AS TAREFAS DOS ACS.....	82

7.1	AS TAREFAS DOS ACS: BASE PARA COMPREENSÃO DAS LÓGICAS PRESENTES NO TRABALHO DESSE ATOR.....	82
7.1.1	Categoria 1 – Contato do ACS com a população adscrita.....	83
7.1.1.1	Desenho do território.....	84
7.1.1.2	Registro das condições de saúde da população.....	85
7.1.1.3	O trabalho do ACS no território adscrito: visitas domiciliares.....	89
7.1.2	Categoria 2 – Ações de promoção à saúde.....	92
7.1.3	Categoria 3 – Acolhimento	93
7.1.4	Categoria 4 – Manejo no sistema de informação.....	97
7.1.4.1	Inclusão do relatório SSA2 no GIL.....	97
7.1.5	Categoria 5 – Reuniões.....	100
7.2	FECHAMENTO DO CAPÍTULO	101

CAPÍTULO VIII – O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA EXECUÇÃO DOS PTS.....

8.1	A USUÁRIA COM DEFICIÊNCIA VISUAL	103
8.1.1	Demanda.....	103
8.1.2	Ações empreendidas.....	104
8.1.3	Análise do caso.....	106
8.2	CASOS QUE EMERGIRAM DO CONTATO DO ACS COM O TERRITÓRIO.....	106
8.2.1	Demanda	106
8.2.2	Ações empreendidas	107
8.2.3	Análise das situações acompanhadas.....	108
8.3	O CASO DO CASAL DE IDOSOS	111
8.3.1	Demanda	111
8.3.2	Ações empreendidas.....	111
8.3.3	Análise do caso.....	114
8.4	CASOS QUE CHEGAM DURANTE O ACOLHIMENTO	115
8.4.1	Caso 1	115
8.4.2	Ações empreendidas.....	115
8.4.3	Caso 2	116
8.4.4	Ações empreendidas.....	116
8.4.5	Análise dos casos.....	116
8.5	FECHAMENTO DO CAPÍTULO	117

CAPÍTULO IX – ANÁLISE DAS REUNIÕES DE EQUIPE: A CONTRIBUIÇÃO DOS ACS NA CONCEPÇÃO DOS PTS.....

9.1	CARACTERIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE.....	120
9.2	ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS REUNIÕES DE EQUIPE.....	121
9.2.1	Diálogos informativos	121
9.2.2	Discussão dos casos: situações dialógicas favoráveis a concepção dos PTS	123
9.2.2.1	Caso da usuária que precisa de laqueadura.....	123
9.2.2.2	Discussão a respeito da medicação do usuário com deficiência.....	124
9.2.2.3	Organização do grupo de adolescentes: um exemplo de discussão que expõe a ressonância entre pontos de vista heterogêneos.....	125
9.2.2.4	Casos discutidos a partir do viés biomédico	129
9.3	FECHAMENTO DO CAPÍTULO	130

CAPÍTULO X – DISCUSSÃO E APONTAMENTOS FINAIS.....	132
10.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O CONTEXTO DESTE ESTUDO SEUS OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	132
11.2 ACS: UM MUNDO PROFISSIONAL À GUIA DE CONSOLIDAÇÃO.....	134
10.3 AS CONTRIBUIÇÕES PRÓPRIAS DO TRABALHO DO ACS NO ENGENDRAMENTO DOS PTS.....	137
10.4 OS ESPAÇOS DIALÓGICOS DE CONCEPÇÃO: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA CONSTRUÇÃO DE UM MUNDO COMUM NO ÂMBITO DA ESF.....	140
10.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES DESTA TESE E PERSPECTIVAS PARA FUTURAS PESQUISAS.....	143
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXOS.....	162

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fases do desenvolvimento de um processo de concepção.....	41
Figura 2	Desenvolvimento de um projeto	42
Figura 3	A dinâmica temporal da situação de projeto	43
Figura 4	Fluxo de concepção da ESF baseado nos princípios dos PTS.....	55
Figura 5	Delimitação território das equipes de saúde da família do serviço estudado	65
Figura 6	Diagrama do processo de seleção dos artigos incluídos na metassíntese	79
Figura 7	Dados consolidados no relatório SSA2	97
Figura 8	Sequência de ações decorrentes da realização da VD à usuária com deficiência visual.....	104
Figura 9	Ações decorrentes da informação sobre internação de uma puérpera em estado grave.....	107
Figura 10	Ações realizadas pelo ACS durante o acompanhamento de uma VD planejada.....	108
	Sequências de ações desenvolvidas pelo ACS no 1º dia de acompanhamento do casal de idosos.....	111
Figura 11	Sequência de ações desenvolvidas pelo ACS no 2º dia de acompanhamento do casal de idosos.....	112
Figura 12	Ações desempenhadas pelo ACS para atender as demandas de um caso.....	116

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Problemas relacionados ao trabalho dos ACS.....	23
Quadro 2	Aspectos positivos do trabalho dos ACS.....	30
Quadro 3	Hipóteses: enunciação, demonstração e localização no estudo.....	61
Quadro 4	Critérios de seleção dos documentos da BVS/MS para análise.....	70
Quadro 5	Documentos selecionados para análise do trabalho dos ACS.....	71
Quadro 6	Entrevistas com informantes-chaves.....	73
Quadro 7	Observação das ações desenvolvidas pelos ACS.....	73
Quadro 8	Descrição das atividades acompanhadas.....	74
Quadro 9	Agenda típica dos ACSs pesquisados.....	81
Quadro 10	Relação das tarefas e categorias das ações dos ACS pesquisados	82
Quadro 11	Resumo das informações contidas nas fichas B e C.....	86
Quadro 12	Caracterização das reuniões do serviço acompanhado	99
Quadro 13	Dinâmica de organização das reuniões de duas equipes.....	120
Quadro 14	Conteúdo da discussão sobre o caso da usuária que precisa de laqueadura	122
Quadro 15	Conteúdo da discussão sobre a medicação do usuário com deficiência	122
Quadro 16	Discussão sobre implementação do grupo de adolescentes	125
Quadro 17	Discussão a partir do viés biomédico	128
Quadro 18	Discussão sobre o caso de criança com falta de ar	129

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de famílias e usuários atendidos por equipe de saúde da família.	65
Gráfico 2	Detalhamento do número de famílias e usuários atendidos por ACS	69
Gráfico 3	Variação do tempo de trabalho dos ACS no serviço estudado.....	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRENE	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COFECUB	Comitê Francês de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil
DS	Desenvolvimento Sustentável
EA	Ergonomia da Atividade
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIL	Gerenciador de Informações Locais
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização do SUS
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCT	Organização Científica do Trabalho
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TRO	Terapia de Reidratação Oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

PARTE I – INTRODUÇÃO E CONTEXTO DA PESQUISA

Esta tese foi desenvolvida no âmbito do acordo de cooperação internacional entre Brasil e França por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Comitê Francês de Avaliação da Cooperação Universitária com o Brasil (COFECUB) intitulado Trabalho Inovação e Desenvolvimento Sustentável que teve a finalidade de “contribuir, no plano conceitual e metodológico, para a evolução das estratégias de concepção de sistemas de trabalho que facilitem a inovação na perspectiva do DS” (DUARTE; BÉGUIN, 2010 p. 4).

No referido acordo e neste trabalho o conceito adotado de Desenvolvimento Sustentável (DS) engloba a integração da equidade social, viabilidade econômica e sustentabilidade ambiental que dimensionam as escolhas de uma organização a partir de critérios tecnológicos e políticos (ELKINGTON, 1997; DUARTE; BÉGUIN, 2010).

Nesse contexto Duarte e Béguin (2010) afirmam que os critérios tecnológicos relacionados ao DS demandam inovação de produto e dos processos produtivos. Entretanto, o trabalho que é a ação central da produção, ainda é um assunto pouco explorado nas pesquisas que versam sobre o tema.

Dentro desse enquadre, esta tese dedica-se ao estudo do trabalho de determinado grupo de profissionais que atuam no sistema de saúde pública do Brasil – os Agentes Comunitários da Saúde (ACS) – indo, assim, ao encontro do que preconiza o projeto CAPES COFECUB, ora apresentado, no que tange às dimensões da inovação e da sustentabilidade que se apresentam entrelaçadas no engendramento de uma profissão que almeja integrar a dimensão social na construção de respostas aos problemas de saúde de grande parte da população brasileira.

Portanto, foi realizada análise da atuação dos ACS na concepção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), nova tecnologia de cuidado, que começou a ser desenvolvida no Brasil, a partir do final do século XX, com vistas a superar o modelo biomédico¹. Segundo o Ministério da Saúde (MS) o PTS é implementado por meio de um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, que

1 O Modelo Biomédico se caracteriza pela visão mecanicista do ser humano adotando como conceito de saúde a ausência de doença. As práticas fundadas nesse modelo tendem a ser fragmentas e especializadas com foco nos processos fisiopatológicos e com pouca ou nenhuma consideração das dimensões subjetivas e sociais no processo saúde doença (CUTOLO, 2006).

objetiva, além da melhoria de sintomas, a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento (BARROS; MÂNGIA, 2014).

Assim esta tese demonstra as semelhanças que existem entre o trabalho coletivo em saúde e os processos de concepção, especialmente no contexto da ESF, que é marcado por valores e ferramentas inovadoras conforme detalha a seção 1.2.

Nessa direção, as análises tecidas sobre o trabalho dos ACS são ancoradas pelo campo de estudo do trabalho de concepção com base nos conceitos de Mundo Profissional e Mundo Comum, cunhados por Béguin (2005, 2007, 2010), como analisadores que contribuem para a compreensão da dimensão coletiva inerente nos processos de concepção.

Frente a isto esta pesquisa tem um duplo objetivo: produzir conhecimento relativo a um mundo profissional em construção num contexto de inovação social e ainda contribuir com a definição das dimensões relativas à gestão de projetos, integrando a fabricação do trabalho e a elaboração da experiência coletiva dos trabalhadores.

Para tanto, esta tese estruturou-se em três partes distintas. A **parte 1** apresenta o contexto da pesquisa e tem dois capítulos: o Capítulo I destaca o cenário do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF) enquanto o Capítulo II contextualiza historicamente a figura do ACS e apresenta o resultado de uma metassíntese da literatura, publicada no período de 2004 a 2014, que aborda o trabalho desses profissionais.

A **parte 2** apresenta as bases conceituais utilizadas na construção desta pesquisa e está estruturada em dois capítulos: o Capítulo III trata do trabalho de concepção e apresenta os conceitos de mundo profissional e mundo comum, que oferecem base para compreender a integração da diversidade de pontos de vista, presentes em situações de projeto, e dar coerência aos processos de concepção. Já o Capítulo IV demonstra a pertinência do uso do quadro teórico ao destacar semelhanças existentes entre o trabalho em saúde e os processos de concepção lançando luz ao trabalho na ESF que é norteado pela proposta da Clínica Ampliada e dos PTS.

A **parte 3** contém seis capítulos. O Capítulo V descreve as hipóteses e o Capítulo VI, por sua vez, apresenta universo e a metodologia do estudo. Os capítulos VII, VIII e IX apresentam os resultados da pesquisa e, nesse sentido, o Capítulo VII, trata das diferentes lógicas presentes no trabalho do ACS, identificadas a partir da análise das tarefas desse profissional. Por sua vez, o Capítulo VIII apresenta a lógica própria do trabalho do ACS emergida da análise do trabalho desses atores no acompanhamento de PTS. O capítulo IX apresenta o resultado da análise das reuniões de equipe, acompanhadas por esta pesquisa, que

demonstraram como a lógica do trabalho do ACS se articula no âmbito coletivo das equipes de saúde da família. O Capítulo X apresenta, a partir dos dados obtidos e dos resultados alcançados, a discussão sobre os aspectos observados e interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo e os apontamentos finais que encerram esse capítulo e esta tese demonstrando os limites do estudo e as possibilidades de investigações que podem se desdobrar a partir desta pesquisa.

CAPÍTULO I – O TRABALHO NO SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo institucional, marcado pelos atributos dos serviços profissionais e ainda fortemente influenciado pela divisão parcelar ou pormenorizada das tarefas como uma herança da lógica taylorista de organização do trabalho (CAMPOS, 1998; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No que se refere ao plano da saúde pública no Brasil, historicamente, a organização desse setor foi marcada pela lógica mercantilista, hospitalocêntrica e curativa cujo acesso aos serviços se dava, predominantemente, por meio do sistema previdenciário. Esse modelo de organização apresentava baixa cobertura assistencial acarretando iniquidade no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL, 2001; ROSA; LABATE, 2005).

Tal cenário passou a ser questionado, no fim da década de setenta do século passado, por profissionais de saúde e setores da sociedade civil deflagrando um movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária.

O referido movimento colocou em pauta a transformação do sistema público de saúde no país, por meio da reivindicação da universalização do acesso e da incorporação de uma noção ampliada de saúde, que deveria abarcar determinantes sociais no processo saúde-doença. Ressalta-se que grande parte das ideias oriundas do movimento sanitário foi institucionalizada na implementação do SUS (FEUERWERKER, 2005; ROSA; LABATE, 2005; NUNES *et al.*, 2010).

Assim, no processo de implantação do SUS concebeu-se um novo modelo assistencial orientado por princípios doutrinadores e organizadores que redesenharam serviços, as formas de organizar o trabalho e a produção em saúde no Brasil.

Contudo, destaca-se que a implementação desse sistema não se deu de forma linear; ainda hoje, mais de duas décadas após a publicação da Lei 8.080/90, o SUS ainda encontra desafios importantes que dificultam a sua plena consolidação, tais como: a falta de financiamento adequado, modelos de gestão impróprios para saúde pública, concorrência com o setor de saúde suplementar e dificuldade de superar o modelo biomédico nas práticas dos profissionais de saúde (BAHIA, 2005; CAMPOS, 2007; SANTOS, 2007; SANTOS, 2008).

Neste capítulo serão abordados mais detalhadamente os problemas para efetivação do SUS ligados às dimensões da organização do trabalho e gestão. Segundo Leplat e Montmollin (2007) a organização do trabalho indica uma estrutura horizontal que delimita as fronteiras dos postos de trabalho definindo máquinas, ferramentas e, sobretudo, as tarefas. Por

sua vez, a gestão apresenta uma estrutura vertical e, nesse sentido, são consideradas unidades mais amplas como estruturas hierárquicas, organogramas e sistemas.

Nessa perspectiva, uma das questões que se colocam na operacionalização dos serviços do SUS se refere ao uso de modelos gerenciais importados do setor privado que não consideram a lógica de produção de serviços públicos que devem considerar dados epidemiológicos e de necessidade em saúde que não se traduzem na simples quantificação de procedimentos (CAMPOS, 1988; LANCMAN; PEREIRA, 2008; FONSECA *et al.*, 2012).

De outro lado, alguns autores apontam também que o subfinanciamento do SUS não garante que as transformações e reestruturações propostas no novo modelo de operação do sistema assegurem de modo efetivo recursos gerenciais, materiais e humanos necessários, não só para que os serviços funcionem de modo satisfatório, mas para que, sobretudo, sejam capazes de alcançar os objetivos de cuidado em saúde (LANCMAN; PEREIRA, 2008; ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011).

Os reflexos dessa situação são traduzidos na intensificação do ritmo de trabalho visto que os profissionais que atuam no SUS devem atender uma demanda cada vez maior sem ter meios necessários garantidos (LANCMAN; PEREIRA, 2009; ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011). Essa situação gera uma dissonância entre o que profissionais acreditam que devem fazer e o que realmente fazem e isto, de acordo com Lancman e Pereira (2009), evidencia que os pressupostos teóricos e crenças que embasam o trabalhar no SUS não são suficientes *per se* para garantir a sustentabilidade do novo modelo de atenção à saúde.

Ainda no que se refere à organização do trabalho no SUS cabe adereçar outra questão que se trata da dificuldade em atender às recomendações de programas assentados em trabalho interdisciplinar e intersetorial. Isso porque as organizações de saúde e a formação dos profissionais ainda são recortadas pela lógica da especialidade que define departamentos, divisões e seções. Nesse enquadre os diferentes profissionais da área da saúde atuam por meio da sobreposição de ações sem que haja interdependência e colaboração entre os atores do cuidado (CAMPOS, 1998; CECIM; FEUERWERKER, 2004).

O cenário ora apresentado demonstra que o trabalho em serviços públicos de saúde no Brasil está situado num campo de tensões entre racionalidades distintas que são justapostas na organização dos serviços. Assim, observa-se que de um lado há os princípios e diretrizes do SUS propondo inovações no modo de produzir saúde e, de outro lado, há a resistência do modelo hegemônico que persiste e contamina a gestão do sistema de saúde. Tal quadro acaba contribuindo para manutenção de atendimentos centrados no binômio

diagnóstico-terapêutica fundamentados por princípios tayloristas, já explicitados neste texto (CAMPOS, 2007; CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Um das iniciativas do MS para com essas questões e a fim de contribuir com a consolidação do SUS reorientando as práticas assistenciais foi o investimento na ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS) que se deu com a implementação da ESF, em 1994, cujo objetivo foi assegurar assistência integral à população substituindo o modelo tradicional, centrado no hospital e na cura de enfermidades, por uma atenção baseada na compreensão ampliada do processo saúde-doença, focada na família em seus ambientes físico e social (BRASIL, 2001).

Depreende-se, portanto, que a ESF além de prestar assistência à saúde da população no âmbito da APS tem, também, a missão de ser o eixo de transformação de todo o sistema. Diante disto, os serviços da ESF têm papel estratégico junto aos estudos que buscam fornecer subsídios para o fortalecimento do SUS (ALONSO, 2009).

Destaca-se ainda que os atributos da atenção territorial, trabalho em equipe multiprofissional, atenção familiar, priorização da promoção da saúde e prevenção de doenças, oferta do serviço em domicílio e atuação do Agente Comunitário embora não tenham sido inaugurados e também não se restrinjam à ESF, é no bojo da sua proposta que foram difundidos com abrangência sem precedentes na história da APS brasileira (CONILL, 2008; ALONSO, 2009).

Assim, é vasta a literatura que tem explorado esse campo no intuito de contribuir para aprimoramento e efetivação dos serviços da ESF. À vista disso aqui serão apresentados de forma sumária alguns dos desafios que a ESF tem enfrentado ao longo dos seus vinte anos de existência que estão destacados na literatura.

a) fragilidade na integração, coordenação e cooperação com outros níveis de assistência à saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; ALMEIDA *et al.*, 2010).

b) grande rotatividade e dificuldade de atração e fixação de profissionais nos serviços, especialmente médicos (BREDA *et al.*, 2005; MENDONÇA *et al.*, 2010).

c) verticalização e caráter prescritivo de programas desenvolvidos pelo MS que dificultam a adequação da assistência às realidades locais e ao controle social (BREDA *et al.*, 2005);

d) predomínio da formação dos profissionais da área da saúde que privilegia ações curativas, fragmentadas e individuais em detrimento do cuidado longitudinal, da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe refletindo num hiato entre o discurso e as

práticas no âmbito da ESF (BREDA *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2009; LOCH-NECKEL, 2009).

Ressalta-se que os desafios ora elencados possuem relação estreita com a dimensão do trabalho no âmbito da ESF, evidenciando a importância no desenvolvimento de pesquisas que buscam se aproximar desses temas para contribuir com o avanço e consolidação da ESF e, conseqüentemente, do SUS considerando que os resultados de pesquisas podem ser utilizados pelos formuladores das políticas de saúde em momentos decisórios (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Logo, por meio de uma maior aproximação desse cenário, um profissional específico foi o objeto deste estudo: os ACS. A escolha em estudar o trabalho desse ator se deu porque suas ações têm sido apontadas como estratégicas para superação do modelo hegemônico de produção de saúde pelas seguintes razões:

a) sua atividade pode ser desenvolvida a partir de uma vertente mais política e social (SAKATA; MISHIMA, 2012);

b) esses trabalhadores não contam com um conjunto muito rígido de normas teóricas e técnicas guiando sua profissão se comparados com os saberes historicamente constituídos dos outros profissionais de saúde como, por exemplo, médicos e enfermeiros;

c) o trabalho dos ACS se localiza na interface entre a comunidade e o serviço de saúde.

Assim, no intuito de oferecer ao leitor mais dados a respeito do contexto desta pesquisa, bem como uma aproximação dos conceitos que serão problematizados e discutidos ao longo desta tese, alguns temas que atravessam este trabalho serão apresentados nos subitens a seguir: Atenção Primária à Saúde, Atenção Primária à Saúde no Brasil com recorte para ESF e Ferramentas para o trabalho na ESF.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A adoção da APS como base da organização do sistema de saúde tem resultado na melhoria da condição de saúde da população pela redução da incidência de doenças e de internação; de taxas de mortalidade prematura por causas evitáveis e dos custos; e pelo aumento da equidade na oferta de serviços; eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema; efetividade no tratamento de condições crônicas; utilização de práticas preventivas e satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Historicamente a Grã-Bretanha foi o primeiro país a organizar a oferta de serviços de saúde em três níveis hierarquizados e com funções definidas (STARFIELD, 2002; LAVRAS 2011). Esse arranjo tornou-se referência para vários países, incluindo o Brasil, que adotaram a regionalização do sistema de saúde dividido em diferentes níveis de atenção apresentando responsabilidades distintas para responder às necessidades de saúde da população.

Dessa forma, segundo Starfield (2002), a organização dos sistemas de saúde nos países ocidentais se fez, predominantemente, pela definição de três níveis de atenção: os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários e os hospitais-escola.

Importante destacar que o termo APS não se apresenta de forma unívoca. Nesse sentido, Giovanella e Mendonça (2008) destacam três possibilidades de aceção desse nível de atenção. O primeiro deles se refere a um programa focalizado e seletivo, com rol limitado de serviços. O segundo corresponde aos serviços ambulatoriais médicos de primeiro contato, incluindo ou não ações de saúde pública e de serviços clínicos dirigidos à população em geral. E, por último, a APS abrangente que é uma concepção de modelo assistencial e de organização de todo o sistema de saúde.

O modelo da APS seletiva, primeira aceção do termo APS destacada por Giovanella e Mendonça (2008), teve grande influência na América Latina e norteou políticas de formação de profissionais de saúde brasileiros durante longo período, mesmo diante das críticas devido à sua abordagem reducionista (GIL, 2006).

Por sua vez, a APS abrangente passou a figurar como um modelo de operação desse nível de atenção no Brasil a partir da implementação da ESF em 1994 sendo os princípios desse modelo de APS reafirmados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) conforme explicitado no trecho a seguir:

No Brasil, a Atenção Básica² é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012 p. 9).

² “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos ‘atenção básica’ e ‘Atenção Primária à Saúde’, nas atuais concepções, como termos equivalentes” (BRASIL, 2012, p. 22).

O documento ora citado dispõe, ainda, que a PNAB tem na saúde da família “sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (BRASIL, 2012, p. 22). Dando ênfase a essa disposição, o subitem a seguir traz uma abordagem sobre a ESF de forma mais detalhada.

1.1.1 Atenção Primária no Brasil: um recorte para a estratégia saúde da família

A adoção da APS abrangente nos moldes da Saúde da Família no Brasil tem sua origem na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que tinha como alvo contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (ROSA; LABATE, 2005).

A partir da experiência acumulada com o PACS, o MS percebeu a importância dos agentes comunitários nos serviços de APS, cujas ações foram ampliadas por meio da incorporação de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que, juntos, instituíram as primeiras equipes de saúde da família.

Desse modo, em 1994 o Brasil passa, definitivamente, a ter a família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de cobertura assistencial por família em substituição a cobertura *per capita* (ROSA; LABATE, 2005; JARDIM, 2007).

Nesse período o país contava com 29.000 ACS e as primeiras 55 cidades que implantaram a ESF colocaram em ação 328 equipes de saúde da família (ROSA; LABATE, 2005).

Conforme afirmado anteriormente a ESF é um modelo de operação da APS que tem como objetivo assegurar assistência integral à população, por meio da substituição do modelo tradicional – centrado no hospital e na cura de enfermidades – por uma atenção baseada na compreensão ampliada do processo saúde-doença, focada na família em seus ambientes físico e social (BRASIL, 2001).

Nessa direção, a estrutura da ESF edifica-se a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) – unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional – que assume responsabilidade por determinada população, a ela vinculada e promove ações de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (BRASIL, 2001).

A equipe mínima recomendada para a ESF é composta por: um médico generalista, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, e de cinco a seis ACS, procurando manter a relação de um agente para a média de 750 pessoas e observando o limite

de quatro mil pessoas por equipe (BRASIL, 2012). E essa equipe trabalha com base nos fundamentos e diretrizes da ESF, quais sejam:

a) Ter território e usuários adscritos desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

b) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

c) Estimular a participação dos usuários, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

d) Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a esses fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalho de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realização da gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.

É importante salientar que o legado de ser uma estratégia de atenção à saúde e, ao mesmo tempo, eixo para reorientação do modelo de assistência imprimiu características singulares na operação e no modo de trabalhar dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde da família, incluindo os ACS, objeto desta tese (ALONSO, 2009).

Nessa direção, os trabalhadores dos serviços da ESF devem estar preparados para dar respostas a problemas mais abrangentes do que aqueles fundados no eixo queixa/conduta no qual o modelo tradicional de intervenção em saúde ainda está fixado.

Na ESF o trabalhador de linha de frente precisa conhecer a realidade das famílias, pelas quais é responsável, por meio do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. E, mediante esse diagnóstico, elaborar, com a participação da comunidade, um plano de enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença relativos a esse território desenvolvendo ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (CAPISTRANO FILHO, 1999; SANTOS, 2001; CAPOZZOLO, 2003; GOLDBAUN *et al.*, 2005).

Com o escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, a portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008 criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008).

O NASF se configura por meio de uma equipe multidisciplinar cuja composição é definida pelos “gestores municipais e as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações” (BRASIL, 2009, p. 7).

Nessa direção, nove profissionais do NASF devem apoiar as equipes de Saúde da Família em nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividades físicas/práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

Os integrantes das equipes da ESF incluindo aí os NASFs devem exercer suas funções com base nos valores do SUS e da Atenção Primária. Identificar e conhecer esses princípios torna-se imprescindível quando se tem por objeto de estudo os ACS. O tópico a seguir trata dessa síntese de valores e, também, das ferramentas que embasam o trabalho na ESF.

1.2 VALORES E FERRAMENTAS LIGADOS AO TRABALHO NA ESF

O trabalho na ESF não pode ser analisado de forma isolada da análise do trabalho na APS, isto porque a ESF é o modelo de operação preferencial da APS no Brasil, ou seja, um modelo se fundamenta no outro.

Nesse sentido, esta seção apresenta, primeiramente, os atributos essenciais e derivados e as funções exclusivas da APS e, em seguida, aborda os seguintes temas: Vínculo, Acolhimento, Clínica Ampliada e Projeto Terapêutico Singular que são inovações no processo de cuidado que vêm sendo amplamente discutidas no bojo da implementação do SUS e, em especial, na ESF.

1.2.1 Atributos essenciais e derivados e as funções exclusivas da APS

A APS tem atributos que definem diferenças na sua operação quando seus serviços são comparados àqueles localizados em outros níveis de atenção como ambulatórios e hospitais, por exemplo.

Logo, de acordo com Starfield (2002), a APS apresenta características particulares que são denominadas atributos essenciais e derivados. Os atributos essenciais da APS são: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado. Por meio de uma revisão da literatura Mendes (2009) sintetizou tais atributos da seguinte forma.

O primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Por sua vez, os atributos derivados da APS são: orientações familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

A orientação familiar coloca a família como centro da atenção dos profissionais de saúde “o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar” (OPAS, 2011 p. 29).

Já a orientação comunitária abrange o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social em que vivem. Nesse sentido, os profissionais da APS devem incorporar, no seu trabalho, a análise das necessidades de saúde das famílias e sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (OPAS, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2014).

A competência cultural, por sua vez, se traduz na necessidade dos profissionais de saúde conhecerem e respeitarem as características singulares de um grupo populacional ou familiar, considerando tais características nas propostas de intervenção (OPAS, 2011).

Além dos atributos essenciais e derivados a APS também tem funções essenciais que devem estar na pauta dos seus serviços. A primeira função essencial, apontada por Starfield (2002), é a resolubilidade que atribui a esse nível de atenção a possibilidade de resolver até 85% dos problemas de saúde da população.

A segunda função essencial da APS é a comunicação que faz desse nível de atenção o centro de informação das redes de atenção à saúde. Assim, cabe a APS: “ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes” (OPAS, 2011 p. 29).

Tais atributos e funções da APS encontram-se expressos na PNAB que indica que esse nível de atenção é a porta preferencial de entrada para o SUS e, também, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O mesmo documento aponta ainda que os fundamentos e diretrizes que devem nortear a organização desse nível de atenção são: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Apresentadas as funções e atributos da APS e sua contextualização na PNAB os próximos tópicos tratam de algumas diretrizes e ferramentas que têm sido discutidas e implementadas no cenário da saúde pública brasileira: vínculo, acolhimento, clínica ampliada e projeto terapêutico singular.

1.2.2 Vínculo

Gomes e Sá (2009) chamam atenção para a polissemia do uso do termo vínculo uma vez que, no âmbito das práticas de saúde, pode ser compreendido como: dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo, relação.

No cenário da APS o vínculo pode ser apreendido como uma forma de relacionamento entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade que implica no estabelecimento de laços interpessoais estreitos pautados pela cooperação (GOMES; SÁ, 2009; BRUNELLO *et al.*, 2010).

Nesse enquadre constata-se que o trabalho em saúde moderado pelo vínculo se opõe às práticas tradicionais calcadas no conhecimento técnico e focadas nos sintomas e na patologia. Isso porque uma das principais condições para o estabelecimento do vínculo é a confiança que demanda, geralmente, um relacionamento que não se estabelece de imediato (BRUNELLO *et al.*, 2010).

Tal questão apresenta relação estreita com o atributo longitudinalidade, anteriormente apresentado, visto que o acompanhamento do usuário por meio de ações assistenciais, preventivas e de promoção da saúde por uma mesma equipe pode favorecer a abertura de um espaço terapêutico diferenciado por conta do estreitamento da relação entre profissionais e usuários (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BRUNELLO *et al.*, 2010).

Os benefícios advindos do estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários se referem à possibilidade de realização de diagnósticos e tratamento mais precisos o que resultaria na diminuição de procedimentos e encaminhamentos desnecessários (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BRUNELLO *et al.*, 2010).

Nessa direção o Ministério da Saúde assevera que a construção de vínculo entre usuários e profissional de saúde facilita a adesão e continuidade do tratamento. Assim, um dos fundamentos do trabalho na ESF é o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população visando a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2006b).

Ainda no que se refere ao contexto da ESF Gomes e Pinheiro (2005) salientam que o estabelecimento do vínculo demanda a redução do hiato entre quem presta e quem recebe o serviço e, diante disso, os ACS teriam um papel especial em relação ao estabelecimento do vínculo porque compartilham da realidade das famílias do território onde trabalham.

Ressalta-se que a concepção de vínculo está ligada ao acolhimento. Isto porque, de acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento deve envolver toda equipe multiprofissional transformando o processo de trabalho com vistas a favorecer o encontro dos profissionais de saúde com o usuário (BRASIL, 2013).

Diante do exposto o próximo tópico apresenta de modo mais detalhado o conceito de Acolhimento, os objetivos e os pressupostos para sua efetivação no âmbito dos serviços de saúde.

1.2.3 Acolhimento

O acolhimento é uma forma de manejo do acesso aos serviços de saúde e tem como objetivo garantir que os usuários sejam atendidos de forma mais efetiva. Nesse sentido, um serviço que é organizado pela lógica do acolhimento deve resolver os problemas mais simples e referenciar aqueles que precisam de atendimento em serviços de maior densidade

tecnológica. Para tanto, o primeiro passo do acolhimento é a escuta de questões trazidas pelos usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004; CARVALHO *et al.*, 2008).

Tal modelo foi proposto pela Política Nacional de Humanização do SUS (HUMANIZASUS) no intuito de resolver a questão do acesso aos serviços de saúde que utiliza como critério principal a ordem de chegada. Essa configuração opera em detrimento do princípio da equidade e da universalidade visto que nem sempre a pessoa que chega primeiro ao serviço é aquela que mais necessita de atendimento (BRASIL, 2006c).

No entanto, a literatura aponta algumas falhas no entendimento, quando o acolhimento é identificado somente em relação à qualidade da recepção no que tange ao tempo de atendimento, ao conforto do ambiente ou no processo de triagem dos usuários (BRASIL, 2006c).

Logo, para que haja a efetivação do acolhimento é preciso o estabelecimento do vínculo e a constituição de novos modos de produção de saúde. Nessa direção, o acolhimento se constitui numa ferramenta tecnológica de “intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2006c p. 18).

Em termos práticos a lógica do acolhimento pressupõe o atendimento de todas as pessoas que procuram um serviço de saúde por parte da equipe técnica. Essa equipe deve então avaliar os usuários ouvindo as queixas e expectativas de atendimento analisando a vulnerabilidade desses sujeitos de modo que os profissionais de saúde se responsabilizem pela resposta aos problemas identificados (BRASIL, 2006c).

Franco, Bueno e Merhy (1999) sumarizam as premissas do acolhimento em: atender todas as pessoas que procuram o serviço de modo a promover a universalidade e equidade do acesso; reorganizar o processo de trabalho deslocando o foco do atendimento do médico para a equipe multiprofissional de modo que todos profissionais de saúde tenham como função escutar o usuário e se comprometer a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação entre trabalhadores e usuários dos serviços tendo como base valores humanitários de cidadania e solidariedade.

Ainda na direção de fortalecer processos de trabalho em saúde calcados nas premissas do SUS além das propostas de Vínculo e Acolhimento mais recentemente foram desenvolvidas e implementadas as proposições relativas à Clínica Ampliada e aos PTS que serão apresentadas nos tópicos seguintes.

1.2.4 A Clínica Ampliada

A proposta de clínica ampliada é direcionada aos profissionais que fazem clínica, ou seja, aos trabalhadores da saúde na sua prática de atenção aos usuários. Assim, levando em conta que as profissões de saúde costumam operar a partir de recortes, ampliar a clínica significa rearranjar esses recortes teóricos em decorrência das necessidades dos usuários e não somente do núcleo profissional dos trabalhadores da saúde como ocorre tradicionalmente (BRASIL, 2006b; 2010; CUNHA, 2009).

Nessa perspectiva, as premissas da Clínica Ampliada buscam uma reconfiguração da atenção individual e coletiva em saúde para possibilitar que num atendimento as necessidades dos sujeitos possam ser compreendidas em suas singularidades. Logo, o que se espera do profissional de saúde, que desempenha suas ações a partir da clínica ampliada, é que ele desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas para além de combater sintomas e doenças (CUNHA, 2009).

Recomenda-se que a Clínica Ampliada ocorra no seio de uma equipe multiprofissional que deverá embasar suas ações nos seguintes pressupostos: a) compreensão ampliada do processo saúde doença; b) construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas c) ampliação do objeto de trabalho, d) transformação dos instrumentos do trabalho (BRASIL, 2010).

Com vistas a efetivar as ideias propostas pela Clínica Ampliada foi desenvolvido um modelo de concepção e acompanhamento do cuidado, por meio da implementação dos PTS, tema tratado no item a seguir.

1.2.5 Projeto Terapêutico Singular

PTS trata-se de um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou para um grupo, resultante de uma construção coletiva; geralmente é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2009). Além disso, Pinto *et al.* (2011) salienta que o termo projeto aponta para uma discussão prospectiva se diferenciando da discussão de casos mais comuns na área da saúde que são, predominantemente, retrospectivas.

Do ponto de vista histórico o PTS foi uma ferramenta desenvolvida em espaços de atenção à saúde mental usada para concepção e gerenciamento do cuidado em saúde que propiciava a integração de equipes e valorizava outros aspectos, além do diagnóstico e da medicação, no tratamento dos usuários. Posteriormente, o uso do PTS foi incorporado em

outras políticas e programas do Ministério da Saúde, como, por exemplo, na Atenção Básica (CUNHA, 2004; BRASIL, 2009; BARROS; MÂNGIA, 2014).

Vale destacar que assim como na clínica ampliada o espaço privilegiado para construção do PTS também é a reunião de equipe, isso porque é nesse tipo de encontro que diferentes pontos de vista podem ser colocados em busca de entender as demandas de cuidado em saúde de um sujeito ou de um grupo; o que, por conseguinte, possibilita a tessitura de um plano de ação compartilhado (BRASIL, 2009; CUNHA, 2009; PINTO *et al.*, 2011).

A singularidade é a razão de ser do projeto terapêutico, “é o *locus* onde, em função de um ser humano singular ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde” (SILVA; FONSECA, 2005, p. 442).

Logo, a singularidade de cada projeto torna-se o eixo para o desenvolvimento do trabalho nesse contexto o que acaba marcando, ainda mais, a diferença entre essa proposta de produção de cuidado e as práticas tradicionais em saúde que buscam generalizar os atendimentos a partir do enquadramento do paciente em um determinado grupo de patologia.

A construção do PTS, de acordo com Oliveira (2007), pode ser dividida em quatro etapas: a) diagnóstico – feito a partir do referencial da Clínica Ampliada observando dimensões orgânica, psicológica, social e o contexto singular em estudo; b) definição de metas – objetivos visados que são colocados em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o usuário; c) divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe; d) reavaliação – etapa por meio da qual se concretiza a gestão do PTS, por meio de avaliação e correção de trajetórias.

1.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo teve como objetivo apresentar o pano de fundo em que esta tese se desenvolveu. Assim, primeiramente, foi apresentado o cenário do trabalho em saúde pública no Brasil e em seguida realizada a contextualização da operação da ESF que é o modelo predominante de operação da APS no País.

Desse modo foram evidenciadas as ideias que fundamentam a transformação do sistema de saúde público brasileiro, bem como, os desafios colocados para alcance dos resultados almejados na implantação do SUS. Ganhou destaque, nesse quadro, a implementação da ESF que é considerada a porta de entrada e o eixo de reorientação de todo sistema de saúde contando com pressupostos inovadores que buscam superar as práticas

centradas no modelo biomédico incorporando valores e ferramentas que ampliam o escopo das ações em saúde.

Nesse sentido, foram abordados atributos e funções exclusivas da APS e, por conseguinte, da ESF, bem como os conceitos de vínculo, acolhimento, Clínica Ampliada e PTS. A respeito desse conjunto de ferramenta e valores estruturantes do trabalho na ESF cabe apontar que embora sejam bem definidos do ponto de vista normativo os recursos necessários para os trabalhadores operarem o cuidado em saúde a partir dessas ideias ainda são pouco descritos e discutidos (ALONSO, 2009)

Logo, esta tese se volta para a dimensão do trabalho no contexto apresentado neste capítulo especialmente no que tange a dimensão da integração de atores heterogêneos, que são os diferentes profissionais que compõe a equipe de saúde da família, na concepção de estratégias de cuidado articuladas em torno dos PTS.

No bojo desse quadro elegeu-se o trabalho do ACS como foco desta pesquisa tendo em vista que suas ações tem sido apontadas como estratégicas para superação do modelo hegemônico de produção de saúde. Isso se deve ao fato de seu trabalho ser mais permeável às inovações propostas pelo SUS, tais como aquelas direcionadas pelas premissas anteriormente mencionadas. Portanto o próximo capítulo apresenta, de forma minuciosa, o ACS que é a figura central deste estudo.

CAPÍTULO II – O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Este capítulo apresenta o trabalho do ACS e trata do papel desse profissional junto à ESF, enfocando as premissas que regem exercício dessa profissão e a importância desse trabalhador junto à comunidade onde atua. Para tanto, fez-se necessário discorrer, no capítulo anterior, sobre a APS e a ESF, que é o modelo de operação da APS no Brasil, sintetizando os valores e ferramentas ligadas ao trabalho nesse contexto.

Assim, o presente capítulo inicia apresentando o surgimento do trabalho dos ACS e suas atribuições e, a seguir, apresenta o resultado de uma revisão da literatura, do tipo metassíntese, que analisou e sintetizou as evidências levantadas por estudos qualitativos relacionados ao trabalho dos ACS, publicados no período de 2004 a 2014.

2.1 O SURGIMENTO DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SUAS ATRIBUIÇÕES

A origem do trabalho do ACS no Brasil remonta a uma experiência ocorrida em 1979 que contou com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e colocou quatrocentos agentes de saúde atuando no Maranhão.

Em 1987 houve a implantação do Programa de Agentes de Saúde (PAS), no Ceará, em caráter emergencial em um período de seca, com apoio do Governo Federal, que buscava dar conta de duas questões relevantes naquela realidade: criar oportunidade de novos empregos para as mulheres que sofriam as consequências da seca e combater as altas taxas de mortalidade infantil por meio de ações de saúde da mulher e da criança (GOMES, 2009).

O PAS foi uma experiência que serviu de inspiração para o MS criar em 1991 o PACS que foi implantado, no primeiro momento, em treze estados das regiões Norte e Nordeste por conta das condições de vida da população e dos indicadores sociais e sanitários dessas regiões (GOMES, 2009).

Em 1994 o PACS ampliou sua ação incorporando médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e instituindo, assim, as equipes de saúde da família que deram origem à Estratégia Saúde da Família.

Mais recentemente, segundo dados de maio de 2013, a ESF era responsável pela cobertura de 192.379.287 pessoas no País e contava com 315.525 ACS credenciados pelo MS (DAB, 2013).

As atribuições previstas para os ACS, ponto de partida para apreensão da esfera de ação desses profissionais, vêm descritas no artigo 3º da Lei 11.350 de 5 de outubro de 2006, conforme apresentadas a seguir:

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Outros requisitos necessários ao trabalho do ACS referem-se à necessidade de residir na própria comunidade, ter perfil mais social que técnico, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006).

O ACS deve trabalhar com a adscrição da sua clientela e se responsabilizar por 150 famílias ou 750 pessoas realizando visitas domiciliares de acordo com critérios de estratificação de risco. Sobre o trabalho com as famílias Tomaz (2002) sintetiza as atribuições do ACS na tríade: identificar sinais e situações de riscos, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações de risco identificadas.

Aprofundando a análise sobre as atividades do ACS, Tomaz (2002) ressalta que não há clareza na definição desse novo perfil profissional – um novo saber, um novo fazer, um novo ser –, mas que não há, também, especificações de qual seria esse novo perfil. A esse respeito, Gomes (2009) chama atenção para o fato de que apesar da miríade de atribuições desses trabalhadores a ênfase dada no momento da sua contratação resume-se ao local onde reside.

Essa indefinição do perfil dos ACS se deve ao surgimento recente da profissão ainda sem a consolidação de um suporte teórico e técnico de normas e saberes se comparado

aos saberes, historicamente constituído, dos outros profissionais que compõem as equipes da ESF (BARALHAS; PEREIRA, 2011).

Essa característica marca a atividade dos ACS como um desafio, à medida que não possuem um conjunto de saberes que os auxiliem na lida com a realidade do trabalho, mas, também, como possibilidade, uma vez que permite a construção de um patrimônio congruente com as propostas do SUS e da ESF (GOMES, 2009).

Vale destacar, também, que durante muitos anos não houve uma formação para o ACS e, por isso, o conhecimento necessário para o trabalho era adquirido de forma predominantemente empírica, por meio das relações estabelecidas e compartilhadas com a comunidade em que vivem e trabalham. Contudo, no fazer cotidiano, apesar desse conhecimento ser imprescindível não é suficiente para as exigências que se apresentam no campo da ESF (COSTA *et al.*, 2012).

De outro lado, a missão de ser o elo entre a comunidade e as equipes de saúde da família e, em última instância, o agente das mudanças no modelo de saúde, imprime desafios ao trabalho dos ACS que são pouco explorados em textos normativos. Os recursos necessários para efetivação do trabalho do ACS, o dimensionamento da capacidade de atendimento desses profissionais e das equipes de saúde da família são temas que precisam de maior aprofundamento por parte do poder público e de especialistas em saúde (FONSECA *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2012).

A esse respeito Tomaz (2002) afirma que há duas tendências na apresentação do trabalho do ACS. A primeira delas romantiza suas atribuições e negligencia as dificuldades e insuficiências das suas práticas. A segunda tendência considera-os super-heróis, como se fossem os responsáveis pela consolidação das propostas do SUS em detrimento de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e da importância do envolvimento de outros atores, tais como trabalhadores, gestores e usuários, para que isso ocorra.

Tal quadro é ratificado pela percepção que esses trabalhadores têm objetivos complexos para alcançar com seu trabalho e isso demanda que assumam diferentes papéis. Assim, nos textos estudados, verificou-se uma diversidade de papéis para os quais a figura do ACS é convocada. Educador, mediador, intérprete, apoiador das equipes de saúde da família, apoiadores de movimentos sociais da comunidade são apenas alguns exemplos dessas atribuições (ARRUDA *et al.*, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; GALAVOTE, *et al.*, 2013; OLIVEIRA, *et al.*, 2012).

Em meio a tantas atribuições, verifica-se, ainda, que a característica principal do trabalho do ACS – ser um elo entre a comunidade e o serviço de saúde – confere uma

dualidade ao seu trabalho exigindo que esse profissional transite entre esses dois universos. Assim, o ACS deverá empregar todos os meios para que os profissionais de saúde se aproximem da realidade da comunidade e para que essa população entenda mais os termos, conceitos e práticas utilizados (GOMES, 2009).

A esse respeito Gomes (2009) afirma:

Destaca-se que a inserção deste ator na comunidade se altera significativamente quando ele passa a ser ACS. Ele deixa de ser “apenas” morador da comunidade e passa a ser representante do serviço de saúde da região, representante do Estado no território, o que muda a forma como é visto e o que representa para os moradores. Produzem-se novas relações, relações permeadas por novos valores e expectativas (GOMES, 2009, p. 137).

Essas questões ora levantadas serão discutidas com profundidade no item a seguir que se trata de uma metassíntese dos estudos publicados entre 2004 e 2014 que teve como objetivo levantar evidências sobre o processo de trabalho dos ACS privilegiando estudos que foram desenvolvidos a partir da perspectiva desse trabalhador.

2.2 O TRABALHO DOS ACS NO CONTEXTO DA ESF: METASSÍNTESE DOS ESTUDOS PUBLICADOS ENTRE 2004 e 2014

O objetivo deste tópico é analisar e sintetizar as evidências levantadas por estudos qualitativos sobre o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. A questão norteadora dessa revisão foi: Quais são as evidências a respeito dos trabalhos do ACS, que atuam na Estratégia Saúde da Família, levantadas por estudos qualitativos nos últimos dez³ anos? O método utilizado para realização dessa revisão encontra-se no capítulo VIII desta tese na seção 8.4 que aborda os procedimentos de pesquisa bibliográfica.

Da busca realizada para a efetivação dessa técnica foram identificados 129 artigos cujas características constam no anexo 1, sendo que a proposta da análise focada e constante foi utilizada como referencial para realização da metassíntese dos estudos aqui incluídos. Partindo dessa abordagem foram elencadas as seguintes unidades temáticas: a) Características do trabalho do ACS; b) Problemas relacionados ao trabalho dos ACS; c) Aspectos positivos do trabalho do ACS.

³ Os “últimos dez anos” representam os artigos selecionados de 2004 a 2014 sendo que 2014 foi o ano em que se iniciou a fase 4 desta tese, conforme relatado no capítulo VII (Nota da autora)

2.2.1 Características do trabalho do ACS

Os textos analisados nesta metassíntese apontaram que o trabalho dos ACS é permeado pelas dimensões política e social do trabalho em saúde (CORIOLANO; LIMA, 2010; SAKATA; MISHIMA, 2012) com uso predominante de tecnologias leves tais como: comunicação (CORIOLANO; LIMA, 2010; COSTA *et al.*, 2012), acolhimento, vínculo (FERREIRA *et al.*, 2009; JARDIM, LANCMAN, 2009; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; CARLI, *et al.*, 2014; COSTA, *et al.*, 2012), diálogo (BORNSTEIN; STOTZ, 2008) e escuta (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BARALHAS; PEREIRA, 2011; PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014).

Ferreira *et al.* (2009), assim como Bornstein e Stotz (2008) apontam que o principal insumo do trabalho dos ACS é o conhecimento que esse profissional obtém no contato com as famílias e, no que concerne a esse contato com as famílias, estudos apontaram que a Visita Domiciliar (VD) é o palco privilegiado para o seu desenvolvimento (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; BARALHAS; PEREIRA, 2011; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; CARLI, *et al.*, 2014).

Sobre as VD, importante ressaltar que diferente dos outros profissionais da saúde, que geralmente se relacionam com os usuários a partir da demanda e necessidade deles, no espaço do serviço de saúde, o agente comunitário em suas ações faz cadastramento e busca ativa dos usuários; isso significa ir ao território e realizar visitas domiciliares mesmo quando os usuários não demandam o serviço (GOMES, 2009).

A esse respeito Vilela, Silva e Jackson Filho (2010) afirmam que as VD são atividades privilegiadas para a construção das relações entre ACS e usuários e representam, também, o meio principal de que dispõem para participar na promoção da saúde da comunidade sob sua responsabilidade. Do ponto de vista gerencial as VD são operações valorizadas que contam como produção da unidade.

Um estudo incluído nesta metassíntese tratou especificamente da avaliação do trabalho do ACS, evidenciando que essa avaliação é pautada por um viés quantitativo baseado no alcance de metas que abarcam, predominantemente, tarefas ligadas ao campo biomédico (FONSECA *et al.*, 2012).

2.2.2 Problemas relacionados ao trabalho dos ACS

As principais dificuldades relacionadas ao trabalho dos ACS evidenciadas nos estudos incluídos nesta revisão são apresentadas no quadro 1 que destaca os temas principais dessa categoria e os autores que os citaram.

Quadro 1 – Problemas relacionados ao trabalho dos ACS 44

Problemas identificados	Referências
Falta de limites no trabalho do ACS	Zanchetta <i>et al.</i> , (2005); Martines e Chaves (2007); Rodrigues, Santos e Assis (2010); Sossai, Pinto e Melo (2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010); Baralhas e Pereira (2011); Gomes <i>et al.</i> , (2011); Santos e David (2011); Silva, Dias e Ribeiro (2011); Barbosa <i>et al.</i> , (2012); Lopes <i>et al.</i> , (2012); Queirós e Lima (2012), Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012); Sakata e Mishima, (2012).
Condições precárias de trabalho	Bornstein e Stotz, (2008); Nascimento e David, (2008); Wai e Carvalho, (2009); Oliveira <i>et al.</i> , (2010); Schimdt e Neves, (2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010); Baralhas e Pereira (2011); Santos e David, (2011); Barbosa <i>et al.</i> , (2012); Costa <i>et al.</i> , (2012); Rosa, Bonfanti e Carvalho, (2012); Binda, Bianco e Sousa (2013); Pinheiro e Guanaes-Lorenzi, (2014);
Relação com a comunidade	Zanchetta <i>et al.</i> , (2005); Wai e Carvalho (2007); Bornstein e Stotz, (2008); Jardim e Lancman (2009); Coriolano e Lima (2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010); Filgueiras e Silva (2011); Santos e David (2011); Sousa e Freitas (2011); Lopes <i>et al.</i> , (2012); Binda, Bianco e Sousa (2013).
Fragilidades na formação profissional do ACS	Trapé e Soares (2007); Bornstein e Stotz, 2008; Baralhas e Pereira (2011); Sossai, Pinto e Melo (2010); Costa <i>et al.</i> , (2012); Lima, Corrêa e Oliveira (2012).
Burocratização do trabalho	Nascimento e David, (2008); Sossai, Pinto e Melo (2010); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010); Baralhas e Pereira (2011); Santos e David (2011); Lima, Corrêa e Oliveira (2012).
Relação com a equipe	Zanchetta <i>et al.</i> , (2005); Wai e Carvalho (2007); Vilela, Silva e Jackson Filho (2010); Peres <i>et al.</i> , (2011); Costa <i>et al.</i> , (2012); Lopes <i>et al.</i> , (2012); Sakata e Mishima, (2012); Galavote <i>et al.</i> , (2013).

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

2.2.2.1 Falta de limites no trabalho do ACS

Treze artigos analisados nesta metassíntese trataram da falta de limites das ações dos ACS sintetizada em duas temáticas: uma se refere à idealização do trabalho desse profissional e a outra é relacionada à falta de dimensionamento das suas atribuições.

No que tange à idealização do trabalho do ACS, estudos analisados nessa metassíntese evidenciaram que esses trabalhadores percebem como sua missão resolver todas as questões das famílias e da comunidade que atende. A esse respeito estudo realizado por Martines e Chaves (2007) aponta que o ACS se percebe onipotente (MARTINES; CHAVES, 2007; BARALHAS, PEREIRA, 2011) e “desconsidera viabilidade dos recursos necessários além dos seus próprios; isso, claramente, cria repercussões físicas e intrapsíquicas” (MARTINES; CHAVES, 2007 p. 429).

Ainda a respeito dessa idealização do trabalho, estudos desvelaram que os ACS entendem seu trabalho como uma vocação baseada em valores de amizade, solidariedade, voluntariedade e caridade. Esses valores se fundem na percepção desses trabalhadores sobre suas atribuições como elementos que contribuem para a dificuldade de delimitação do seu papel profissional (ZANCHETTA *et al.*, 2005; MARTINES; CHAVES, 2007; SOSSAI; MELLO, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2012).

A temática da falta de dimensionamento do trabalho dos ACS pôde ser apreendida tanto em estudos que destacam a pouca clareza das suas atribuições (MARTINES; CHAVES, 2007, LOPES *et al.*, 2012), bem como em pesquisas que ressaltam o excesso de funções previstas para esses atores conforme evidenciado por Nascimento e David (2008), Coriolano e Lima (2010), Oliveira, *et al.* (2010), Gomes *et al.*, (2011), Lopes, *et al.*, (2012), Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012).

Sobre o excesso de funções dos ACS os estudos analisados apontaram que esse profissional realiza tarefas que não seriam da sua competência, tais como: trabalho na recepção (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010; QUEIRÓS; LIMA; 2012); agendamento de consultas (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; GOMES *et al.*, 2011; QUEIRÓS; LIMA, 2012); organização de pastas e prontuário (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010); controle de materiais, almoxarifado e serviço de limpeza (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010); entrega de encaminhamentos para especialistas (GOMES, *et al.*, 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012); envio de recados do serviço de saúde para usuários (SAKATA; MISHIMA, 2012); alimentação de crianças na ausência dos pais (ZANCHETTA, *et al.*, 2005).

Além das tarefas realizadas pelo ACS que não são de sua competência, outras são paulatinamente incorporadas no rol de suas atribuições, de forma oficial, como a pesagem das famílias para o cadastramento do bolsa família e as ações de prevenção e combate a dengue (GOMES, *et al.*, 2011). Esse quadro reforça que o ACS é visto como um trabalhador polivalente que, por conta da indefinição das margens das suas atribuições profissionais e da idealização do seu papel, tem o escopo da sua atuação constantemente alargado.

2.2.2.2 Condições precárias de trabalho

Outro problema relativo às atividades dos ACS se refere às condições precárias de trabalho que foram identificadas em treze artigos por meio: da explicitação da fragilidade do vínculo empregatício (SCHMIDT; NEVES, 2010; BARBOSA; PEREIRA, 2011; BINDA; BIANCO; SOUZA, 2011); pela exposição a jornadas extensas que extrapolam o horário de funcionamento da unidade de saúde e invade a vida privada (WAI; CARVALHO, 2007; CORIOLANO; LIMA, 2010; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010; JARDIM; LANCMAN, 2009; BARALHAS; PEREIRA, 2011; COSTA *et al.*, 2012); pelo atendimento de um número de famílias maior do que o preconizado (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010); pela exposição a condições de trabalho insalubres (WAI; CARVALHO, 2009; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012); pela baixa remuneração e ausência de proteção social (WAI; CARVALHO, 2007; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; WAI; CARVALHO, 2009; BARBOSA; PEREIRA, 2011; COSTA *et al.*, 2012); e pelo pouco reconhecimento do trabalho pelos gestores, pares e usuários (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SANTOS; DAVID, 2011; BARBOSA *et al.*, 2012; LOPES *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2010; PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014) e precariedade do sistema (JARDIM; LANCMAN, 2009; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

Como consequência dessas precarizações, ora apontadas, dois estudos demonstraram que esses trabalhadores encaram a profissão como uma atividade temporária, visto que não há perspectiva de transformação das situações de trabalho nem plano de carreira previsto para esses profissionais (LOPES *et al.*, 2012; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

A precariedade no trabalho dos ACS passa, também, pelo fato de que a unidade de saúde não consegue atender toda a demanda existente; assim, faltam consultas médicas, exames, medicamentos. Além disso, existe a dificuldade em conseguir consultas com especialistas, exames de alta complexidade, entre outros (JARDIM; LANCMAN, 2009;

VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010). Ou seja, o sistema de referência e contrarreferência, que deveria dar suporte às ações da ESF não desempenha tal papel o que lega aos ACS a função de gerir problemas que se relacionam com a precariedade da infraestrutura de todo o sistema de saúde. Tal situação tem repercussões na relação dos ACS com a comunidade que atende, demandando que esse trabalhador administre a falta de recursos da unidade de saúde e de todo sistema, tendo em vista sua responsabilidade pela linha de frente no atendimento à população.

2.2.2.3 Relação com a comunidade

No que diz respeito à relação dos ACS com a comunidade os problemas foram sumarizados em torno das seguintes temáticas: obrigatoriedade de morar na comunidade em que trabalha; convivência com os problemas da comunidade; exposição à violência e relacionamento com usuários.

A obrigatoriedade dos ACS morarem e trabalharem na comunidade que atendem foi identificado como um problema tendo em vista que esses trabalhadores têm suas vidas privadas expostas, pois acabam sendo procurados fora do horário de trabalho, nos fins de semana e em espaços de convivência do bairro como, por exemplo, a igreja e a feira, sobrecarregando o trabalhador (WAI; CARVALHO, 2007; JARDIM; LANCMAN, 2009; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; CORIOLANO; LIMA, 2010; LOPES *et al.*, 2012).

A esse respeito destaca-se que esses atores passam a ter um envolvimento ininterrupto com os usuários do serviço de saúde. Sobre essa questão Jardim e Lancman (2009) ressaltam que na mesma proporção em que os ACS entram no mundo privado dos usuários do serviço, o mundo privado desses profissionais também é invadido pelas pessoas e seus problemas, pois os ACS encontram-se literalmente impossibilitados de manter distância da população pela qual é responsável.

A segunda temática abordada nessa categoria tange aos resultados de estudos que apontam para o fato dos ACS trabalharem, geralmente, com populações carentes que moram em regiões de periferia onde os problemas sociais são mais agudos e isso se reflete no aumento da carga emocional relacionada ao trabalho, tanto pela dificuldade no manejo dessas questões, como pelo fato de que, muitas vezes, os ACS compartilham dos mesmos problemas, pois também são moradores dessas comunidades (WAI; CARVALHO, 2007; BORNSTEIN;

STOTZ, 2008; JARDIM; LANCMAN, 2009; WAI; CARVALHO, 2009; CORIOLANO; LIMA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; LOPES *et al.*, 2012).

A terceira temática relacionada à questão da relação do ACS com a comunidade refere-se à exposição desses trabalhadores à violência, visto que estudos realizados em grandes centros urbanos evidenciaram que esses profissionais trabalham em regiões onde a violência, especialmente a relacionada ao crime organizado e ao tráfico de drogas, é pronunciada (ZANCHETTA, *et al.*, 2005, SANTOS; DAVID, 2011; SOUZA; FREITAS, 2011).

Logo, como os ACS trabalham e habitam no mesmo território ficam vulneráveis em situações de conflitos se comparado aos demais trabalhadores da ESF que não circulam tanto. Nesse sentido, Coriolano e Lima (2010) e Souza e Freitas (2011) apontam que os ACS muitas vezes precisam construir estratégias para enfrentamento das situações que os expõem à violência o que corrobora com os achados de Jardim e Lancman (2009) que relatam que os ACS muitas vezes evitam fazer denúncias à polícia ou ao conselho tutelar por temerem por sua segurança.

Em consonância com essa questão emerge a problemática da relação dos ACS com os usuários. Nessa direção, Bornstein e Stotz (2008) afirmam que os ACS percebem que os usuários esperam que eles viabilizem o acesso das pessoas aos serviços de saúde, o que vai ao encontro dos achados de Jardim e Lancman (2009) e de Filgueiras e Silva (2011).

Contudo, fica evidente que quando esses profissionais não conseguem dar resposta às demandas dos usuários no que tange a consultas, medicamentos, exames ou acesso aos serviços de outro nível de complexidade, o usuário perde a confiança no ACS sem considerar, muitas vezes, que a falta de acesso é uma questão do funcionamento do sistema conforme explicitado na seção 2.2.2.2 que tratou das condições precárias do trabalho desse profissional.

Sobre isso, Jardim e Lancman (2009), chamam atenção para o fato de que a credibilidade do ACS junto à comunidade está diretamente associada à resolução das demandas dos usuários. As autoras observaram que a manutenção dessa credibilidade é dificultada por aspectos relacionados à estruturação do serviço e à inoperância do sistema de saúde em atender às necessidades da comunidade.

Assim, outra dimensão que se relaciona com essa questão foi desvelada nesta metassíntese, por meio do estudo realizado por Santos e David (2011) e diz respeito à violência presente no trabalho do ACS que emerge de seu relacionamento com a comunidade. O referido estudo demonstrou que a frustração dos usuários quando suas demandas não são

resolvidas podem resultar, também, em agressões de ordem verbal ou pressão psicológica intensa.

2.2.2.4 Fragilidade na formação profissional do ACS

A quarta categoria identificada nesta metassíntese aborda problemas relativos ao trabalho dos ACS relacionados à fragilidade da sua capacitação. Nesse sentido, as pesquisas analisadas evidenciaram que os ACS consideram sua formação insuficiente, sendo que as principais falhas percebidas foram: excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnicos científicos e não incluem dados da realidade local; enfoque insuficiente na área dos relacionamentos ou psicológicos, que poderiam auxiliá-los no enfrentamento de questões da realidade cotidiana de trabalho como, por exemplo, manejo de problemas familiares e de ordem social; e, por fim, restrição da carga horária oferecida para tal atividade (TRAPÉ; SOARES, 2007; BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; COSTA *et al.*, 2012; LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012).

2.2.2.5 Burocratização do trabalho

A burocratização do trabalho do ACS foi outra evidência destacada nos estudos incluídos nessa metassíntese que, na percepção dos trabalhadores, se relaciona com as tarefas de coleta de dados sobre a população adscrita especialmente àquelas ligadas a alimentação e uso do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (LIMA; CORRÊA; OLIVEIRA, 2012).

A esse respeito pesquisa realizada por Lima, Corrêa e Oliveira (2012) aponta que os ACS têm dificuldades para identificar, nomear e descrever as fichas que precisam preencher para alimentar o SIAB, bem como não conseguem compreender variáveis, termos e patologias que compõem esses instrumentos.

Como consequência, tarefas ligadas à vigilância em saúde, apesar de sua importância para a ESF, incidem no trabalho dos ACS como meras atividades de coleta de dados estatísticos que tem pouco sentido para esses trabalhadores (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010; BARALHAS; PEREIRA, 2011; SANTOS; DAVID, 2011).

Outros aspectos relativos à percepção da burocratização pelos ACS foram elencados no estudo de Nascimento e David (2008) que indica a presença das seguintes características no processo de trabalho desses profissionais: normatização, grande número de prescrições, organização segundo uma lógica de divisões de processos e hierarquização.

Nessa perspectiva, dois estudos analisados demonstram que a burocratização passa a permear inclusive as tarefas dos ACS que não são administrativas por conta do predomínio da lógica da contagem de procedimentos em detrimento da avaliação da qualidade da assistência prestada (FERREIRA *et al.*, 2009; FONSECA, 2012, LIMA, 2012).

2.2.2.6 Problemas na Relação com a equipe

No que se refere ao trabalho em equipe este foi identificado com um limitador do trabalho dos ACS quando falta articulação das suas ações com a de outros profissionais da equipe e, ainda, pelo engessamento das relações, produzido pela organização do trabalho que dificulta a troca entre os profissionais fora de espaços instituídos para isso (ZANCHETTA, *et al.*, 2005; WAI; CARVALHO, 2007; COSTA *et al.*, 2012; GALAVOTE, 2013).

Peres *et al.* (2011) ao analisarem especificamente as percepções dos ACS sobre o trabalho em equipe apontam que esses trabalhadores se sentem como elo mais fraco da relação, o que vai ao encontro dos achados de Ferreira *et al.*, (2009) Vilela, Silva e Jackson Filho, 2010 e Binda, Bianco e Sousa (2013) que, em suas pesquisas, identificaram o papel social dos ACS como desigual frente ao papel dos outros profissionais de saúde, que se preocupam mais com a discussão de aspectos específicos das suas atividades e desqualificam o conhecimento e as ações dos ACS denotando a existência de uma hierarquia de saberes entre os membros da equipe de saúde da família.

Ao analisar trabalho dos ACS na interface com as equipes as pesquisas selecionadas para esta metassíntese desvelaram uma disfunção na relação entre os ACS e suas equipes que se dá em decorrência das formas diferentes de abordagem dos problemas dos usuários. Nessa direção, muitas vezes as equipes não valorizam o que os ACS levantam como prioridade no atendimento das necessidades dos usuários (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010)

Além disso, e Zanchetta *et al.* (2005); Wai e Carvalho (2007) e Sakata e Mishima (2012) evidenciaram que a própria organização do trabalho na ESF, pautada pelo alcance de metas, excesso de atividades e pouca disponibilidade de tempo para troca entre os

profissionais, acaba dificultando o estabelecimento do trabalho em equipe e se reflete negativamente no trabalho do ACS.

Outras dificuldades percebidas nesse sentido são originadas por “diferenças pessoais; dificuldade de visualizar a totalidade das ações; falta de flexibilidade, de comunicação, de cooperação, de responsabilidade e de horizontalização das ações” (PERES *et al.*, 2011 p. 908).

2.2.3 Aspectos facilitadores do trabalho dos ACS

Os aspectos positivos que funcionam como facilitadores do trabalho dos ACS identificados pelos estudos incluídos nessa metassíntese estão apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Aspectos facilitadores do trabalho dos ACS 51

Aspectos facilitadores identificados	Referências
Reconhecimento do trabalho pelas famílias/comunidade e resolutividade	Zanchetta <i>et al.</i> (2005); Coriolano e Lima (2010); Oliveira <i>et al.</i> (2010); Sossai; Pinto e Mello (2010) Baralhas e Pereira (2011); Costa <i>et al.</i> ,(2012); Lopes <i>et al.</i> (2012); Galavote <i>et al.</i> (2013).
Vínculo com as famílias e a comunidade	Zanchetta <i>et al.</i> (2005); Jardim e Lancman (2009); Baralhas e Pereira (2011); Lopes <i>et al.</i> (2012); Sakata; Mishima (2012); Galavote (2013); Carli <i>et al.</i> (2014).
Trabalhar junto aos pares	Ferreira <i>et al.</i> (2009); Filgueiras e Silva (2011); Peres <i>et al.</i> (2011); Sakata e Mishima (2012)
Trabalho formal perto da residência	Zanchetta <i>et al.</i> (2005); Sossai; Pinto e Mello (2010); Barbosa <i>et al.</i> , (2012); Binda; Bianco e Sousa, (2013).

Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.3.1 Reconhecimento do trabalho pelas famílias/comunidade e resolutividade

O aspecto positivo que foi mais recorrente nos estudos incluídos nesta metassíntese foi o reconhecimento do trabalho do ACS pelas famílias que ele atende. Assim, Zanchetta *et al.* (2005); Coriolano e Lima (2010), Oliveira *et al.* (2010), Sossai, Pinto e Melo (2010), Baralhas e Pereira (2011), Costa *et al.* (2012), Galavote *et al.* (2013) apontaram que os ACS se sentem satisfeitos com seu trabalho quando percebem que são úteis à comunidade, houve mudança nas condições de saúde dos usuários, bem como quando as famílias reconhecem sua competência e comprometimento.

Estudos desenvolvidos por Barbosa *et al.* (2012) e Lopes *et al.* (2012) reforçam esses achados acrescentando que o reconhecimento da população assistida é fator de motivação

dos ACS e fortalece sua autoestima contribuindo para conformação da identidade desse trabalhador.

A resolutividade dos ACS foi identificada no estudo de Lopes *et al.*, (2012) como “possibilidade de resolver os problemas dos usuários e em constatar que o trabalho realizado está repercutindo na melhoria das condições de saúde da comunidade.” Nesse enquadre, verificou-se que ser resolutivo é identificado como aspecto positivo relacionado ao trabalho dos ACS visto que esse aspecto é ligado ao sentimento de gratificação e utilidade contribuindo assim para satisfação desses trabalhadores (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

2.2.3.2 Vínculo com as famílias e a comunidade

Sete estudos levantados nesta metassíntese apontam que o ACS percebe o vínculo com o usuário como uma condição necessária para que seu trabalho aconteça, pois está relacionado intimamente com seu mandato de ser o elo entre os profissionais de saúde e a comunidade (ZANCHETTA *et al.*, 2005; BARALHAS; PEREIRA, 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012; GALAVOTE, 2013; CARLI *et al.*, 2014).

Nessa direção, a construção da confiança e da credibilidade dos ACS junto aos usuários atendidos foi evidenciada em cinco estudos como dimensões que favorecem o estabelecimento do vínculo porque possibilitam que esse trabalhador se aproxime de problemas que, apesar de compor o processo saúde doença extrapolam a dimensão biológica, como situações de: conflito familiar ou comunitário; violência doméstica; pobreza; abuso sexual; negligência infantil; maus tratos a idosos; tráfico e uso de drogas. Tais situações guardam uma complexidade que, muitas vezes, não pode ser acessada sem que haja a construção de uma relação de confiança entre os usuários e o ACS (JARDIM; LANCMAN, 2009; BARALHAS; PEREIRA, 2011; LARA; BRITO; REZENDE, 2012; SAKATA; MISHIMA, 2012; CARLI *et al.*, 2014).

2.2.3.3 Trabalhar junto aos pares

No que tange às atividades junto aos pares essas foram identificadas como facilitadoras quando se estabelecem por meio da construção de relações positivas entre os ACS e os profissionais da equipe, que permitem a discussão dos problemas cotidianos de forma horizontalizada possibilitando o compartilhamento das estratégias de trabalho

(FERREIRA *et al.*, 2009; PERES *et al.*, 2011; SAKATA; MISHIMA, 2012). Tal construção, na perspectiva dos ACS, é favorecida nas reuniões de equipe (PERES *et al.*, 2011).

Os resultados apresentados pela pesquisa conduzida por Filgueiras e Silva (2011) corroboram com as ideias ora apresentadas porque, para os ACS que compuseram tal investigação, os aspectos positivos de trabalhar em equipe se constituíram em apoio para suas ações sendo que a integração com os demais profissionais possibilita a construção coletiva de enfrentamento dos problemas identificados.

2.2.3.4 Trabalho formal perto da residência

A última característica positiva no trabalho do ACS identificada nos estudos analisados diz respeito ao vínculo empregatício formal. Tal situação foi evidenciada na pesquisa de Sossai, Pinto e Mello (2010) ao demonstrar que na região onde o estudo foi realizado há dificuldade emprego que respeita as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que distingue o trabalho dos ACS de demais trabalhadores porque eles conseguem aliar emprego formal próximo à sua residência, indo ao encontro dos achados de Zanchetta *et al.* (2005).

Além disso, dois estudos apontaram que o trabalho perto de casa é percebido como vantajoso, principalmente para as mulheres, que representam a maioria dos ACS. Essa situação possibilita conjugar o cuidado da família com as atribuições profissionais (BARBOSA *et al.*, 2012; BINDA; BIANCO; SOUSA, 2013).

2.2.4 Discussão dos resultados da metassíntese

O objetivo desta metassíntese foi levantar e analisar evidências sobre o processo de trabalho dos ACS abordando estudos de cunho qualitativo que foram desenvolvidos privilegiando a perspectiva desse trabalhador. Para atender a esse propósito realizou-se a análise de 33 artigos que permitiu apreender, sob a perspectiva desses trabalhadores, aspectos sobre as características de sua profissão, bem como os problemas e aspectos positivos relacionados ao cotidiano profissional.

Nesse sentido, destaca-se que a produção acadêmica que trata da temática do trabalho dos ACS é profícua no apontamento de evidências. Isso pode ser ratificado pela quantidade de resultados que convergem para as mesmas questões e pela quase ausência de

estudos divergentes. Nesse sentido, a seguir serão discutidos os resultados apresentados na seção anterior.

A prescrição das atribuições dos ACS precisa ser revista para que se defina melhor o papel desse trabalhador e dimensione suas ações de acordo com os recursos disponibilizados, evitando, sobretudo, o desvio de funções.

Urge ainda superar a precariedade relativa ao trabalho desses profissionais por meio da construção de um plano de carreira que valorize não só o conhecimento acumulado ao longo do tempo de exercício da profissão, bem como o seu papel estratégico para a consolidação da ESF.

Outra recomendação importante que emerge dos achados desta metassíntese diz respeito à necessidade de repensar a organização do trabalho no âmbito da ESF incorporando demandas relativas às especificidades do trabalho do ACS. Nesse sentido, verificou-se a necessidade de rever a organização do trabalho das equipes da ESF de forma a permitir que o ACS tenha um espaço de diálogo fortalecido, com os demais integrantes da equipe. Tal questão também se fundamenta no fato de que quando o trabalho em equipe ocorre de forma mais horizontalizada, com uma melhor integração entre seus membros, isso reflete positivamente no trabalho do ACS.

Ainda no que tange à questão da organização do trabalho os achados desta metassíntese apontam a necessidade de repensar as tarefas burocráticas legadas ao ACS. Isso se daria, de um lado, ressignificando o preenchimento dos formulários usados na coleta de dados sobre a população, pois como observado por Lima, Corrêa e Oliveira (2012) os ACS têm dificuldade de reconhecer a utilidade desses instrumentos.

De outro lado, questiona-se que embora o trabalho na ESF e, em especial, o trabalho do ACS, seja calcado em um conceito ampliado de saúde, nos princípios da APS que é parametrizado de forma qualitativa, observa-se a prevalência da lógica normativa que organiza o trabalho de forma hierarquizada e por meio de processos. Tal fato se reflete, inclusive, na forma de avaliação do trabalho que se dá pela contagem de procedimentos e não pela avaliação da qualidade do atendimento prestado. Diante desse quadro, fica explícita a necessidade de repensar modelos de organização e avaliação do trabalho do ACS que sejam alinhados com as ferramentas e os valores preconizados para a ESF contemplando, ainda, as especificidades relativas a esse trabalho.

No que se verificou sobre a questão da convivência com os problemas da comunidade cabe desvelar um desafio que reside no fato do ACS habitar no mesmo território onde trabalha. Embora, tal proposta tenha como consequência a exposição desse trabalhador à

violência e, ainda haja a invasão de sua vida privada, é no contato com a comunidade que se estrutura o conjunto de saberes mais significativos do ACS. Além disso, observou-se ainda que o fato de trabalhar perto de casa resulta em aspectos considerados positivos por esses trabalhadores.

A respeito da fragilidade na formação do ACS convém destacar que há pesquisas que se debruçam especificamente sobre esse tema e que, recentemente, por meio da Portaria 253, de 25 de setembro de 2015, foi instituído o Curso Introdutório para o ACS, padronizando a carga horária mínima para essa formação, bem como definindo componentes curriculares básicos. Frente a isso, esta metassíntese contribui para visibilizar dados da realidade do cotidiano de trabalho desses atores que podem ser úteis para aprimorar a sua formação profissional.

2.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou aspectos relacionados ao histórico da profissão do ACS que precede a implementação da ESF, servindo de base para construção do novo modelo de operação da APS no Brasil.

Em seguida, foram apresentadas as atribuições desses profissionais demonstrando que são responsáveis por fazer a interlocução entre a comunidade atendida e as equipes de saúde da família, com base na tríade: identificar sinais e situações de riscos, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e as situações de riscos identificados.

No que se refere ao trabalho do ACS duas percepções lhe são atribuídas na literatura: uma que romantiza seu papel e negligencia as dificuldades e insuficiências das suas práticas; outra que os considera super-heróis responsáveis pela consolidação das propostas do SUS. Nessa direção, o texto levantou algumas questões relativas ao trabalho do ACS elencadas a seguir:

a) surgimento recente da profissão que não apresenta ainda um conjunto de conhecimentos teóricos e técnicos se comparado aos saberes, historicamente constituídos, dos outros profissionais que compõem as equipes de saúde da família.

b) o trabalho dos ACS tem objetivos complexos e diversos demandando que esses profissionais assumam diferentes papéis como: Educador, mediador, intérprete, apoiador das equipes de saúde da família, apoiadores de movimentos sociais da comunidade.

Essas questões imprimem desafios ao trabalho desse ator que são apontados na literatura, mas que ainda carecem de maior discussão das possibilidades para superá-los como: quais recursos necessários para o trabalho do ACS? o que é central no seu trabalho? como colocar em prática tantas ideias? Para ajudar a responder essas questões é preciso ampliar e aprofundar as pesquisas que abordam a realidade cotidiana do trabalho desses atores colocando em evidência não somente as carências e dificuldades enfrentadas, mas também quais as estratégias que eles usam para alcançar os objetivos do seu trabalho.

A segunda parte do capítulo demonstrou aspectos relacionados ao trabalho desse profissional analisando como as pesquisas realizadas recentemente têm tratado esse tema privilegiando a perspectiva do ACS sobre seu trabalho. Nesse sentido, verificou-se, de forma mais detalhada, as dificuldades enfrentadas por esses trabalhadores no cotidiano laboral, bem como os aspectos positivos relativos ao seu exercício profissional referidas na literatura.

Os problemas enfrentados pelos ACS no que se refere ao trabalho podem ser sumarizados nos seguintes aspectos: falta de limites no trabalho; condições precárias de trabalho; dificuldades na relação com a comunidade; fragilidades na formação; burocratização do trabalho e entraves na relação com a equipe.

Os aspectos positivos observados, por sua vez, foram: reconhecimento do trabalho pelas famílias/comunidade e resolutividade; vínculo com as famílias, trabalho junto aos pares e trabalho formal perto de sua residência.

Por fim, foi apresentada a discussão dos resultados obtidos pela realização da metassíntese que, por sua vez, serviu para fornecer subsídios relativos ao trabalho dos ACS fundamentando a construção do problema de pesquisa que será apresentado na introdução do próximo capítulo dessa tese.

PARTE II – QUADRO TEÓRICO

Os dois primeiros capítulos desta tese demonstraram o cenário de profundas transformações no sistema público de saúde no Brasil que se deu a partir da implantação do SUS, com destaque para a implementação da ESF e para o papel desempenhado pelo Agente Comunitário de Saúde, nesse contexto.

Com efeito, o quadro apresentado demonstrou a necessidade de estudar mais profundamente como se dá o funcionamento das inovações pensadas para atingir o objetivo de construção de um sistema de saúde universal capaz de reduzir a inequidade no acesso à saúde, por parte da população. Assim, no capítulo I foram elencados desafios relativos ao trabalhar no SUS entre os quais se destacam:

a) Modelos gerenciais importados do sistema privado que desconsideram as peculiaridades da produção de serviços públicos de saúde.

b) Insuficiência de recursos gerenciais, materiais e humanos necessários para a implementação das propostas do SUS.

c) Dificuldades para a consolidação de programas assentados em trabalho interdisciplinar e intersetorial, calcados na visão da Clínica Ampliada por conta da predominância da racionalidade biomédica que privilegia o modelo da especialidade no qual profissionais de saúde atuam por meio da sobreposição de ações, sem que haja interdependência e colaboração entre os trabalhadores.

O capítulo I abordou, também, como a ESF foi desenhada visando enfrentar essas questões por meio da reorientação das práticas assistenciais. Nessa perspectiva, os atributos e funções exclusivas da APS, bem como os valores e ferramentas inovadoras que vêm sendo desenvolvidas para o trabalho nesse âmbito, foram destacados tendo em vista que eles dão novos contornos ao trabalho na ESF.

O Capítulo II tratou especificamente da figura do ACS, ator principal deste estudo, em duas seções. A primeira seção desvelou o surgimento da profissão e apresentou as atribuições desse trabalhador. A segunda seção, por sua vez, levantou e analisou as evidências sobre o trabalho do ACS, no contexto da ESF, descritas na literatura no período entre 2004 e 2014

A apresentação desse cenário demonstra que os desafios relativos ao trabalho desse ator são permeados pelos problemas comuns ao trabalho no SUS e, ainda, pelos desafios próprios do trabalho na ESF. Além disso, foram apontados problemas relacionados às peculiaridades das tarefas dos ACS que precisam de ser estudadas mais profundamente,

tais como: equacionamento dos recursos específicos necessários ao trabalho do ACS; o que é central no exercício dessa profissão e como esse profissional coloca em prática tantas funções.

No intuito de fornecer subsídios que ajudassem a responder essas questões esta tese focalizou o trabalho dos ACS na concepção de PTS que, por sua vez, é fundamentado pelo referencial da Clínica Ampliada. A eleição da perspectiva da Clínica Ampliada e dos PTS, como norteadores para análise do trabalho do ACS, se deu porque ambos apontam que para atender as necessidades de saúde da população é preciso integrar diferentes pontos de vista para tessitura de um plano de ação compartilhado que busca alcançar resultados que vão para além da redução dos sintomas incorporando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças calcadas nas noções de integralidade e participação social (BRASIL, 1990; CUNHA, 2009).

Nesse sentido a investigação realizada nesta tese buscou compreender o trabalhar dos ACS no engendramento dos PTS que é uma atividade heterogênea, realizada por um coletivo se assemelhando em muitos aspectos a um processo de concepção. Para tanto, foram usados, como referencial analítico, conceitos relativos ao estudo do trabalho de concepção, mais, especificamente, àqueles ligados a gestão de projetos. Logo, esta parte da tese, que é composta de três capítulos, apresenta o quadro teórico que sustenta as análises realizadas neste estudo da seguinte forma:

a) O primeiro capítulo (Capítulo III) do quadro teórico apresenta uma definição para o termo concepção localizando-o no universo de projetos. Em seguida, são apresentadas as particularidades do trabalhar em processos de concepção dando ênfase à dimensão do trabalho coletivo presente nesses processos.

No que se refere especialmente à dimensão coletiva do trabalho de concepção são demonstradas as duas acepções de mundo usadas por Béguin (2005, 2007, 2010) para fundamentar a construção do conceito de mundos profissionais. A primeira dessas acepções trata-se do conceito de mundo social oriundo da sociologia interacionista. A segunda acepção se refere ao conceito de mundos possíveis que é proveniente da teoria literária. Em seguida o estudo descreve como Béguin (2005, 2007, 2010) articula essas duas definições de mundo, ao conceber os conceitos de mundos profissionais e mundo comum, que são conceitos-chaves usados como analisadores do trabalho do ACS nesta tese.

b) O segundo capítulo desta parte da tese (Capítulo IV) demonstra a pertinência do uso do quadro teórico ao destacar semelhanças existentes entre o trabalho em saúde e os processos de concepção lançando luz ao trabalho na ESF norteado pela proposta da Clínica Ampliada e dos PTS.

CAPÍTULO III – O TRABALHO DE CONCEPÇÃO

“Projeto: processo específico que permite estruturar metodicamente e progressivamente uma realidade futura”

(MIDLER *apud* AFITEF, 1993 p. 55).

Tendo em vista que esta tese se adereça ao estudo do trabalho de concepção de PTS, este capítulo apresenta um conjunto de conceitos que servem como base para a compreensão da atividade de conceber que se localiza no âmbito dos processos de gestão de projetos. Nesse sentido, este capítulo define primeiramente os termos Concepção, Projeto e Gestão de Projeto⁴ e apresenta aspectos sobre o trabalhar em processos de concepção.

O capítulo prossegue com a caracterização dos processos de gestão de projetos, enfatizando a dimensão coletiva que é central nesses processos. O capítulo é encerrado com a apresentação dos conceitos de Mundo Profissionais e Mundo Comum que foram cunhados por Béguin para analisar justamente a dimensão coletiva, ora apontada.

3.1 A DISTINÇÃO ENTRE CONCEPÇÃO, PROJETO E GESTÃO DE PROJETO

A palavra concepção possui várias acepções como: “ato ou efeito de conceber”; “faculdade ou ato de apreender uma ideia ou questão, ou de compreender algo; compreensão, percepção”, dentre outras (HOUAISS, 2009). Contudo, nesta tese a palavra concepção refere-se à atividade central de um projeto que é o processo por meio da qual a vontade relativa ao futuro é elaborada, conforme aponta Daniellou (1991 *apud* BEGUÍN, 2007, p. 317): “conceber é perseguir uma vontade relativa ao futuro, considerar uma mudança a operar.”

Tendo em vista a ligação estreita entre os termos concepção e projeto, conforme apontado no parágrafo anterior, cabe reforçar a distinção entre essas duas noções. Nessa direção, Cordeiro (2003) define projeto como planejamento de uma ideia para alcançar um determinado objetivo destacando que esse planejamento define, além do objetivo, os recursos e métodos utilizados.

Outra definição foi cunhada por Tuman (1983) ao afirmar que um projeto é uma organização de pessoas dedicadas a alcançar propósito e objetivo específicos. Para o referido

⁴ O termo gestão de projeto adotado nesta tese trata-se da tradução livre do termo em francês *conduite de projet* (Nota da autora).

autor um projeto deve ter objetivos bem definidos e recursos suficientes para seu desenvolvimento.

Por fim, cabe ainda dar contorno ao termo gestão de projetos que é uma atividade que se caracteriza por uma dupla função: expertise técnica e otimização econômica. No que tange a expertise técnica a gestão de projetos refere-se à elaboração, fornecimento e tratamento das informações que são necessárias para realização de um objeto técnico a partir dos seus elementos constitutivos. Por conseguinte, a partir desses elementos constitutivos a gestão de projetos se define de fato como um trabalho em grupo que mobiliza uma diversidade de especialistas que devem compor a equipe de projeto (BÉGUIN, 2010).

Do ponto de vista econômico, segundo Nasser (1976), a gestão de projeto se refere à questão da otimização dos investimentos relativos às escolhas técnicas, ao processo de realização do projeto e à sua gestão.

Marcadas essas distinções, os tópicos a seguir tratam das características da atividade de concepção e das características da atividade de gestão de projeto.

3.2 ATIVIDADE DE CONCEPÇÃO

No que tange ao termo concepção, Terssac (2008) indica que essa é uma atividade de cunho coletivo que se constrói a partir de uma prescrição recíproca que ao mesmo tempo ordena o trabalho dos atores do projeto e se torna o fundamento do processo cooperativo, emergido dessa atividade.

Mas em que consiste a atividade de conceber? No intuito de responder essa questão, Buchiarelli (1988) chama atenção para o fato de que a apreensão da atividade de concepção pode mudar de acordo com os atores e o contexto em que se desenvolve. Assim, o trabalho em um mesmo projeto pode ser compreendido de maneira diferente por engenheiros, arquitetos e gestores.

Ilustrando essa ideia, o referido autor compara o trabalho de concepção do engenheiro e do administrador. O trabalho de concepção do engenheiro envolve um processo controlado que é construído mediante uma sequência ordenada de fases em que o fluxo temporal da concepção ocorre. No que diz respeito ao trabalho do administrador, o projeto é focado na diversidade dos participantes e em suas relações; logo, o ato de conceber, na perspectiva desse ator, reside na interação e na geração de conhecimento que servirá de suporte para tomada de decisões (BUCHIARELLI, 1988).

Terressac (2008), por sua vez, afirma que a atividade de concepção varia de uma situação a outra; o que pode ser atestado quando se compara, por exemplo, a concepção de um projeto arquitetônico com a concepção de um novo serviço.

Cabe ainda destacar que a ação de projetar não é exclusividade de engenheiros, *designers* e arquitetos se considerarmos que esta é uma ação cognitiva que tem como fim desviar o curso da ação com intuito de transformar as condições existentes para condições preferíveis. Nesse sentido, um médico projeta ações de cuidado ao prescrever uma medicação de forma similar ao engenheiro que projeta um artefato (SIMON, 1996; BITTENCOURT, 2014)

Essa constatação é ratificada por Midler (2008) ao afirmar que, historicamente, as atividades de concepção se desenvolvem de forma diferente em função do setor como das instituições econômicas. Esse autor exemplifica a afirmação ao declarar que o programa APOLLO da Nasa nos Estados Unidos, a concepção do TWINGO pela Renault na França e o walkman pela SONY no Japão, se inscrevem em contextos singulares que, por sua vez, determinaram o papel dos projetistas, as tarefas do projeto e as formas de conceber.

Logo, o quadro apresentado evidencia o fato de que o trabalho de concepção pode ser apreendido de maneiras diferentes dentro de um mesmo projeto (BUCHIARELLI 1988) bem como entre diferentes tipos de projetos dado às especificidades do objeto a ser concebido e do contexto no qual se realiza esse processo (TERSSAC, 2008).

Reitera-se aqui a dimensão coletiva da atividade de concepção em função de sua importância para esta tese. Nessa direção Béguin (2007) afirma que não importa o objeto, processo ou serviço que será concebido este trabalho será realizado coletivamente visto que a concepção demanda integração de múltiplos saberes e, neste sentido, é difícil que uma só pessoa disponha de uma representação de todos os problemas e soluções que devem ser tratados durante um projeto.

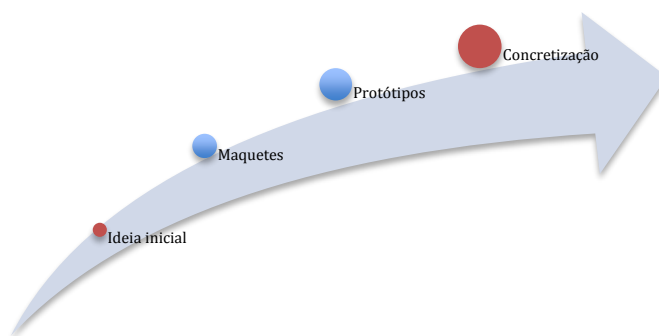
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROCESSO DE GESTÃO DE PROJETO

De acordo com Béguin (2007; 2010) a gestão de um projeto caracteriza-se por ser um processo finalizado, que apresenta restrições relativas à dimensão temporal e engloba uma diversidade de atores. Cada uma dessas características da gestão de projeto será tratada de forma detalhada nas subseções que seguem.

3.3.1 A gestão de projeto como um processo finalizado

O processo de concepção segundo Béguin (2010) tem seu início marcado na apresentação da vontade relativa ao futuro, que é expressa por uma ideia. Essa ideia passa então a ser desenvolvida por representações que podem ser exemplificadas por meio de rascunhos, protótipos, simulações e maquetes, até chegar a um padrão de detalhamento que permita a sua produção. Nesse sentido, conceber é um processo com início, meio e fim conforme ilustra a figura 1 (BITTENCOURT, 2014).

Figura 1 – Fases do desenvolvimento de um processo de concepção



Fonte: Adaptação de Béguin (2010).

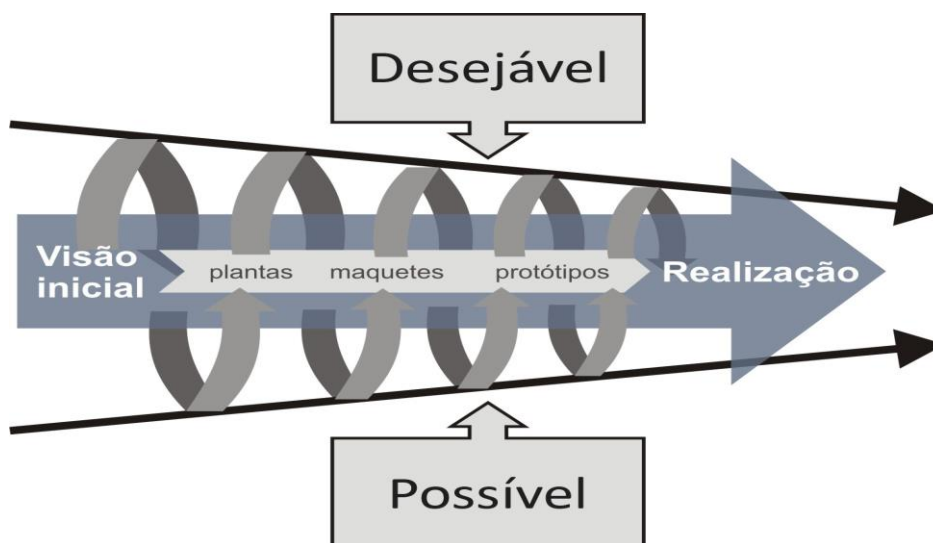
Verifica-se, como ilustra a figura 1, que o processo de concepção transita entre uma ideia e sua concretização (BÉGUIN, 2010). Contudo, essa trajetória não acontece de forma linear porque esse tipo de atividade é tensionado, de um lado, por aquilo que é esperado no momento da concepção, e de outro, pelo possível, que é determinado pelas condições da realidade encontrada (BEGUIN, 2010; BITTENCOURT, 2014).

Nessa perspectiva, Béguin (2010) aponta que esses dois polos do projeto, o esperado e o possível, convergem e transformam o processo de concepção à medida que cada solução proposta para um determinado problema desvela novas questões que impelem os profissionais da equipe do projeto a pensar em soluções inéditas (BEGUIN, 2007).

Desse modo, o diagnóstico de uma situação problema e a sua resolução encontram-se em uma relação dialética e é a tensão que emerge dessa relação que permite o desenvolvimento do projeto. Assim o resultado do processo de concepção é resultado da tensão entre o desejável e o possível, conforme ilustra figura 2 (BÉGUIN, 2007, 2010).

Ressalta-se, ainda, com relação à questão da tensão entre os polos no desenvolvimento de um projeto, que as decisões dos projetistas tendem a ser tomadas em um levando em consideração as demandas desejáveis. Todavia, nem sempre será possível incorporar tais demandas, sendo imperativo, assim, a abertura de um espaço de negociação que dê lugar a um equilíbrio entre esses dois polos (DANIELLOU 2007; BITTENCOURT, 2014).

Figura 2 – desenvolvimento de um projeto



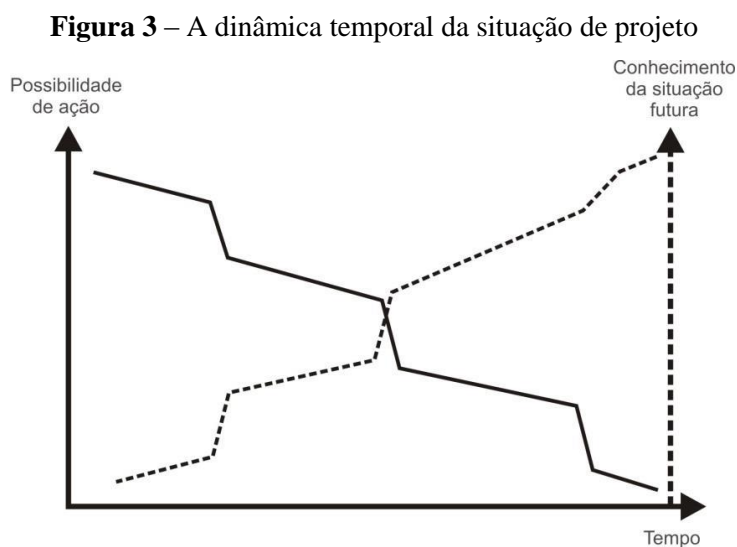
Fonte: Adaptado de Béguin (2010) e Bittencourt (2014).

Ainda sobre a dimensão do processo de concepção Schön (1983) indica que esse é um processo cíclico porque não é possível ter todas as informações sobre um projeto à montante. Para reforçar essa ideia, o autor propôs uma metáfora chamada diálogo com a situação na qual toda vez que o projetista propõe uma solução para determinado problema a situação real responde apresentando novas questões o que leva a reformulação não somente das soluções propostas como reconsidera o próprio problema (SCHÖN, 1983).

3.3.2 O horizonte temporal nos processos de concepção: convergência e irreversibilidade

No início de um processo de concepção há uma margem grande para ação, mas em contrapartida sabe-se pouco sobre as implicações dessas ações na situação futura. De outro lado, à medida que o projeto avança, decisões são tomadas e os graus de liberdade dos atores do projeto diminuem (MIDLER, 2008).

Assim, o tempo em que se desenvolve um projeto é ordenado por duas linhas conforme ilustra a figura 3. A primeira linha trata do conhecimento que vai sendo acumulado à medida que o projeto avança. A segunda linha se refere aos graus de liberdade disponíveis para tomada de decisões e que vai diminuindo com o avanço do tempo.



Fonte: (MIDLER, 2008, p. 67).

Esse modelo demonstra que os tipos de diálogos com a situação, que devem ocorrer a partir do confronto entre a idealização com o real, irão evoluir com o avanço do projeto transformando o objeto da concepção de modo irreversível.

Frente a isso, gerar a convergência do projeto é dar forma e articular essas duas linhas interdependentes, pois de um lado pode-se tudo no início do projeto, mas nada se sabe e, de outro lado, sabe-se muito ao fim de um projeto, mas as possibilidades de ações são reduzidas (MIDLER, 2008).

3.3.3 A diversidade de atores

A necessidade de múltiplos atores envolvidos no desenvolvimento de um projeto se deve ao fato dessa atividade demandar a integração de um grande número de informações, o que pode ser ilustrado pelo projeto de concepção de uma fábrica. Nesse caso, o projeto da fábrica é decomposto em suas diversas partes que vão, desde a concepção do imóvel, das

plantas hidráulica e elétrica, da especificação dos equipamentos até a organização do processo de produção. Nesse enquadre o projeto é fruto do trabalho de de engenheiros de várias especialidades, desenhistas industriais, arquitetos, gestores, consultores financeiros entre outros que devem integrar seus saberes na construção de plantas, desenhos, planilhas que vão representar a vontade relativa ao futuro (BÉGUIN, 1997).

Indo ao encontro dessa ideia, Buchiarelli (1988) aponta que para compreender o que é projetar é preciso se atentar para o fato de que essa atividade só existe de forma coletiva. Isso é atestado pela questão de que não cabe a apenas um indivíduo definir ou descrever completamente o processo de projeto, embora cada um dos integrantes da equipe tenha seus próprios pontos de vista que podem ser expressos em determinados desenhos, listas, diagramas e análises precedentes interpretados como parte da concepção.

Nesse sentido, a cooperação é um meio de superar limites individuais e integrar esses diferentes pontos de vista. Isto porque, de um lado, há um grande número de informações a serem integradas no projeto e, de outro lado, existe uma interdependência cognitiva entre os projetistas, uma vez que os saberes são divididos em diferentes especialidades. Finalmente, porque o resultado do projeto é incerto e o caminho que se deve seguir para conceber algo novo é pouco conhecido (TERSSAC, 2008).

Buscando entender melhor como se dá a integração dos diferentes pontos de vista presentes em um processo de concepção Béguin (2000, 2005, 2007, 2010) cunhou os conceitos de Mundos Profissionais e Mundo Comum apresentados na seção seguinte. Para tanto, primeiramente serão demonstradas as duas acepções de mundo usadas por Béguin (2005, 2007, 2010) para fundamentar a construção do conceito de mundo profissional. A primeira dessas acepções trata-se do conceito de mundo social oriundo da sociologia interacionista. A segunda acepção se refere ao conceito de mundos possíveis que é proveniente da teoria literária. Em seguida o estudo descreve como Béguin (2005, 2007, 2010) articula essas duas definições de mundo para desenvolver os conceitos de Mundos Profissionais e Mundo Comum visando analisar o trabalho coletivo que emerge nos projetos e que foram usados como base para o estudo do trabalho dos ACS na concepção dos PTS.

3.4 OS CONCEITOS DE MUNDO COMO BASE PARA COMPREENDER A INTEGRAÇÃO DA DIVERSIDADE DE PONTOS DE VISTA NOS PROCESSOS DE CONCEPÇÃO

A necessidade de integrar diferentes pontos de vista presentes em um projeto cria, segundo Béguin (2007), uma complexidade adicional ao processo de trabalho visto que qualquer que seja o objeto da concepção este não pode ser pensado a partir de uma justaposição de sistemas técnicos. Sempre será preciso integrar os diferentes olhares sobre o objeto de forma coerente e coordenada.

Nesse sentido, Béguin (2000, 2005, 2007, 2010) introduz a discussão sobre a hipótese de mundos que servirá de base para construção dos conceitos de mundos profissionais e mundo comum os quais fornecem subsídios para análise da integração da diversidade de atores, saberes e práticas num processo de concepção.

3.4.1 Mundo social e mundos possíveis: conceitos-chave para compreensão da noção de mundos profissionais

Os conceitos de mundos profissionais e mundo comum, propostos por Béguin (2010), encontram seus fundamentos nas noções de mundo definidas na sociologia do trabalho. Nesse campo, a noção de mundo é usada para designar entidades sociológicas, mais ou menos circunscritas como, por exemplo: mundo cívico, mundo de mercado, mundo agrícola. No que se refere a esta tese, as noções de mundo apresentadas por Strauss (1992), Becker (1998) e Eco (2005) serão destacadas uma vez que Béguin (2010) utilizou-as como base para construção de seus conceitos.

Strauss (1992) apresenta o conceito de mundo social como um universo de respostas mútuas e reguladas em que existe um tipo de organização que o autor chama de ordem negociada.

O conceito operativo central da ideia de mundo social de Strauss (1992) repousa na negociação, que é entendida como uma das formas de ação que os indivíduos desenvolvem para a concretização dos seus objetivos. O princípio fundamental desse conceito é que as sociedades estão num permanente processo de organização e reorganização e que isso é produzido pelos indivíduos de forma interativa, numa modificação constante que é refeita, sustentada e defendida em processos de negociação.

Na instituição hospitalar, o autor citado identificou uma vasta e variada gama de negociações, sendo importante incluir, na análise do trabalho nesse campo, a relação das regras com os processos negociativos, os territórios privilegiados para realização desses processos e formas possíveis de participação dos não profissionais (STRAUSS, 1992).

Becker (1998), por sua vez, ao estudar o domínio das artes demonstrou que artistas, fabricantes de matérias primas, divulgadores, críticos, curadores, produtores e consumidores formam uma rede no seio da qual esses atores são convocados a cooperar segundo um conjunto de procedimentos convencionados. Essas convenções, por sua vez, são estruturas da atividade coletiva constituídas numa unidade de análise que Becker (1998) chama de mundo.

Esse quadro elaborado por Becker (1998) busca dar conta de um processo em que a obra de arte torna-se o lugar de múltiplas decisões, intervenções, interpretações que acontecem numa rede de diferentes interlocutores. Logo, nesse processo, a rede amarrada por suas convenções se sobrepõe ao artista como autor da obra, isto porque, as convenções não dirigem somente as relações entre os atores, elas visam igualmente dar conta do modo como esses se confrontam ou entram em acordo sobre as categorias e classificações e coloca em jogo a definição daquilo que é arte ou não.

As noções expostas de mundo social se inscrevem numa orientação socioconstrutivista e propõem que a intersubjetividade é a fonte de ordenamento do que é considerado legítimo ou ilegítimo dentro de um mesmo mundo social (BÉGUIN, 2010). Desse modo, destaca-se ainda a dimensão intersubjetiva presente na interação entre os componentes de um mundo que Strauss (1992) caracteriza como negociação e Becker (1998) como convenção.

De outro lado, Eco (2005) trata, no âmbito da teoria literária, da noção de mundos possíveis ao afirmar que face aquilo que é dado por um autor o leitor pode empregar uma atividade de leitura que não é unívoca, pois pode percorrer o texto, fazer anotações, recapitular e tais ações resultará numa interpretação que o permite habitar o texto.

Entretanto, essa atividade de leitura não é uma interpretação errática visto que é limitada pela estrutura do texto e, também, pelo quadro de referência que é um conjunto de premissas que o leitor mobiliza para fazer a leitura. Esse quadro de referência é aquilo que Eco (2005) chama de competência enciclopédica que permite que o leitor faça certas interpretações e o limita a fazer outras.

As noções de mundo, ora apresentadas, apesar de pertencerem a epistemes distintas, convergem na compreensão de que um mundo é o lugar onde os fenômenos se

tornam conhecidos. Contudo, deve-se marcar que a interpretação desses fenômenos é inseparável dos sujeitos que os conhecem.

3.4.2 Mundos profissionais e mundo comum: a busca de convergência na fabricação do trabalho coletivo em processos de concepção

Com base no quadro exposto, Béguin (2010) argumenta que trabalhar é habitar um mundo e, a cada situação, um trabalhador engendra suas maneiras de pensar, de fazer, de viver mobilizando um sistema de coordenadas profissionais que permitem aos sujeitos traçar caminhos próprios.

Logo, são essas maneiras de compreender o trabalho a ser feito, esse sistema de coordenadas mobilizados pelos trabalhadores, que Béguin chama de mundos profissionais e que, por sua vez, é calcado no referencial dos mundos possíveis da teoria literária (BÉGUIN, 2010).

Nesse enquadre, pode-se afirmar que diante de uma mesma situação de trabalho uma diversidade de mundos profissionais é possível (Béguin, 2010). Essa diversidade de mundos profissionais pode ser ilustrada por Bucciarelli (1984) que em suas análises do trabalho de concepção demonstrou que para um mesmo objeto podem existir conceitos diferentes. O que um projetista chama de botão de parada de urgência um engenheiro chama de botão de junção. Além disso, há maneiras diferentes de conduzir os procedimentos, instrumentos e sistemas de valores. Logo um mundo é um sistema.

Assim, o termo mundo profissional é definido como “um conjunto de valores implícitos, conceituais e práticos, que formam um sistema com o objeto da ação” (Béguin, 2010 p. 87). Portanto, nessa perspectiva, Béguin (2008) busca definir uma categoria da ação com o conceito de mundo profissional, pois foca na relação entre o trabalhador e a situação de trabalho, tendo como fundamento a ideia de que o trabalhador é um ator e não um expectador nessa relação.

Frente a isso, vale ressaltar que um mundo profissional não é a percepção ou a representação do trabalho a ser feito, mas a maneira de apreender o trabalho a fazer, a partir do qual se constrói uma representação. Desse modo, o conceito de mundo profissional visa caracterizar esse pano de fundo que orienta a interpretação e a compreensão da dimensão tangível da ação e que permite a construção de interpretações singulares para alcançar um determinado objetivo (BÉGUIN, 2008).

Construir um mundo profissional é, portanto, organizar em sistema, ordenar uma determinada situação com suas habilidades, competências e estratégias para evitar ficar à margem dos eventos. Nesse contexto, ser especialista é saber, mas é, também, construir um mundo profissional mais adaptado.

Com base nessas proposições depreende-se que o trabalho de concepção é um processo durante o qual os especialistas deverão articular e coordenar mundos profissionais diferentes para fazer uma obra comum. Tal processo não se fixa na sobreposição de mundos, mas procura criar espaços de trocas que sejam favoráveis a criação de coerência no projeto. Diante disso depreende-se que a criação de um mundo comum se assenta na possibilidade de aprendizados mútuos e na coordenação de mundos profissionais distintos (BÉGUIN, 2007; 2010).

Em suma o que está em jogo no âmbito do trabalhar em projetos é a articulação de diferentes mundos os quais tem diferentes lógicas. Nessa perspectiva é pertinente destacar que nesta tese o termo lógica é definido como o conjunto de critérios que embasam a ação compondo as características das atividades profissionais (CARBALLEDA, 1997). Tais critérios se relacionam aos objetos do mundo profissional, contudo não podem ser apreendidos de forma descolada dos movimentos e do sentido do trabalho.

Todavia, construir um Mundo Comum não é impor um mundo sobre o outro ou reduzir um mundo ao outro pelo jogo de autoridade. Trata-se, do contrário, de definir as posições relativas, complementares ou discordantes estabelecendo as interdependências e influências recíprocas. Nessa perspectiva, Béguin (2010) indica que o processo de concepção deve ser fundado numa situação de interlocução regulada a partir da qual os atores do trabalho de concepção construirão uma representação compartilhada do projeto.

Diante disso, convém marcar que a expressão mundo comum não se funda somente nas representações consensuais de um grupo, que são designadas pelo conceito de referencial operativo comum. Entre o engenheiro no escritório de projetos e o operador no chão de fábrica há dois mundos diferentes. Ora, o referencial operativo comum que se constrói ou não se constrói é condicionado pela forma e pela natureza das relações e das articulações que se estabelecem entre esses diferentes atores de um projeto. Logo, o conceito de Mundo Comum se volta justamente para investigar tais articulações que podem ser fecundas ou inexistentes, flexíveis e remodeladas na ação ou rígidas.

Ou seja, um mundo comum é um modo de considerar o outro, não para excluí-lo ou compreendê-lo, visto que isso nem sempre será possível, mas para lhe dar lugar no seio coletivo e na condução da ação. Assim a construção de um mundo comum é permeada por

uma relação de composição que supõe a possibilidade de ser diferente no coletivo levando em conta que existe algo específico a aportar no limite do desenvolvimento possível ou impossível de cada mundo profissional.

Esse desenvolvimento se situa no seio do coletivo pelo evidenciamento das zonas proximais de diálogo nas quais há uma polifonia, no senso dado por Bakhtine (1984), que se refere ao diálogo que revela sempre duas posições a do emissor e a do outro. Nesse sentido o diálogo polifônico é ao mesmo tempo foco e vetor de trocas num grupo.

Sem o espaço para o dialogismo polifônico não há construção de um mundo comum, dado que em seu lugar opera aquilo que Bakhtine denomina de monologismo. O monologismo se trata de um discurso único, definitivo e uniforme que não permite a revelação de outras narrativas. Logo, segundo o referido autor, as obras da literatura consideradas monológicas se caracterizam pela presença de uma voz única que é a do próprio autor. No universo monológico, as personagens não têm mais nada a dizer, pois já disseram tudo, e o autor, de sua posição distanciada e com seu excedente de visão, já disse a última palavra por elas e por si (BAKHTINE, 1984; MARCUZZO, 2008)

Assim sendo, ao adotar as zonas proximais de diálogo como espaços vetores de trocas entre os atores de um projeto Béguin (2010) destaca que as equipes que trabalham na concepção não devem operar a partir de soluções cristalizadas, monológicas, mas sim permitir que haja uma diversidade de aventuras coletivas possíveis, com maneiras de fazer e pensar que evoluem face as situações dadas e/ou face a necessidade e singularidade de cada um.

No que tange a criação dos espaços de diálogos polifônicos a primeira coisa a ser feita é construir um contexto que permita ancorar as trocas e diálogos nos problemas complexos do mundo exterior ou em questões de um determinado ator do projeto que provocam interrogações em outros membros da equipe.

Para criação desse contexto podem ser utilizados objetos intermediários de concepção que servem tanto como recurso para comunicação entre atores de um projeto como para coordenar as diferentes especialidades. São exemplos de objetos intermediários: plantas, maquetes, documentos, esboços entre outros (BITTENCOURT, 2014).

Segundo Vinck (2013) os objetos intermediários revelam a evolução do projeto registrando as mudanças realizadas entre uma fase e outra, elencando tentativas frustradas e exitosas feitas durante o processo de concepção. Destarte os objetos intermediários registram as representações do projeto que os atores da equipe mobilizam para convencer, imaginar, lembrar, revisar, imaginar trazendo e mediando o processo sociocognitivo do projeto o que

pode, por sua vez, potencializar os diálogos polifônicos e aprendizados mútuos que são condições para criar um mundo comum.

3.5 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Esse capítulo teve o intuito de apresentar pontos centrais do quadro teórico que norteou as análises realizadas nesta tese. Assim definiu a atividade de concepção como atividade central de um projeto que, por sua vez, é o processo por meio do qual uma vontade relativa ao futuro é elaborada. Além disso, também foi evidenciado que a atividade de concepção não é exclusiva das profissões que tradicionalmente desenvolvem artefatos podendo ser atribuída a qualquer trabalho que tenha como meta a transformação das condições existentes para condições preferíveis.

Em seguida, o capítulo abordou questões relativas à gestão de projetos demonstrando que esses são processos finalizados que evoluem ciclicamente por meio do diálogo entre o desejável e o possível, sendo determinados por um lado pelo conhecimento que avança na medida em que o projeto avança e, de outro lado, pelos graus de liberdade sobre as decisões que diminuem com o passar do tempo.

Dentre as características da gestão de projetos a necessidade de integração de atores heterogêneos nos processos de concepção gera uma complexidade adicional para gestão de projetos tendo em vista que essa integração deve ser feita de forma coordenada e coerente. E é por conta de tal necessidade que Béguin (2000, 2005, 2007, 2010) desenvolve os conceitos de mundos profissionais e mundo comum que são analisadores da integração de atores, saberes e práticas num processo de concepção.

A articulação entre esses conceitos e o universo do trabalho em saúde se dará de maneira mais contextualizada no capítulo IV desta tese.

CAPÍTULO IV – O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE E SUAS SEMELHANÇAS COM PROCESSOS DE CONCEPÇÃO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar as características do trabalho em equipe multiprofissional na saúde definindo seu propósito, as condições para seu desenvolvimento, bem como os principais desafios encontrados para sua efetivação.

Com base nessa apresentação demonstrar-se-á as semelhanças existentes entre o trabalho em saúde e o trabalho em processos de concepção destacando, de forma especial, o trabalho das equipes da ESF norteado pela proposta da Clínica Ampliada e dos PTS.

4.1 O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE

Tradicionalmente, a oferta de assistência em saúde era centrada na figura do médico generalista que atendia as diversas necessidades de saúde dos indivíduos (MICTHELL *et al.*, 2012). Contudo, a evolução da complexidade do cuidado nesse campo motivou a transformação do trabalho de uma *performance* solo, medicocentrada, para uma *performance* orquestrada com diferentes profissionais da área da saúde trabalhando juntos na concepção e implementação de um plano de tratamento (WEEL, 1994; BLACHMAN; BLAUN, 2016; PEDUZZI, 2001; GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004).

Frente a isso, na atualidade, é comum encontrar em serviços de saúde indivíduos de diferentes disciplinas trabalhando no cuidado de pacientes como, por exemplo: o cirurgião, a enfermeira e o anesthesiologista num centro cirúrgico; o oncologista clínico, o radioterapeuta e o cirurgião compondo equipe da enfermagem de oncologia; médicos, enfermeiras e outros profissionais formando uma equipe de APS (BLACHMAN; BLAUN, 2016).

De acordo com Weel (1994) o trabalho em equipe permitiu o aprimoramento do cuidado em saúde especialmente em casos complexos como, por exemplo: atenção domiciliar e comunitária, prevenção, cuidados de longo prazo para a doença crônica e cuidados paliativos.

No entanto, um grupo de pessoas trabalhando em prol de um paciente não está necessariamente realizando um trabalho em equipe, haja vista que esse tipo de trabalho requer mais do que comunicação entre profissionais que se ocupam de um mesmo caso. O trabalho em equipe multidisciplinar em saúde demanda interdependência e esforços de colaboração de seus componentes (WISE; RUBIN; BECKARD, 1974; PEDUZZI, 2001; GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004).

Assim, por meio de uma maior aproximação da literatura que aborda o trabalho em equipe no campo da saúde e seus desdobramentos na prática, delimitou-se algumas características do trabalho em equipe interdisciplinar como aquele que se estabelece via compartilhamento da construção e implementação das ações de cuidado entre profissionais de diferentes especialidades. Tal configuração do trabalho em equipe é denominada, por Peduzzi (2001), de equipe integração.

Segundo a referida autora o trabalho das equipes integração se organiza em torno da articulação de seus integrantes que “elaboram correlações e colocam em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas” (PEDUZZI, 2001 p. 106). Logo, nesse tipo de organização do trabalho em equipe torna-se explícita a interdependência entre os seus integrantes e a comunicação que se estabelece se assenta na construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2001).

A definição de equipe integração, ora apresentada, vai ao encontro do que se preconiza para o trabalho em equipe multiprofissional em saúde adotada por diversos autores como Wise, Rubin e Beckard (1974); Weel (1994) e Grumbach e Bodenheimer (2004).

Nessa direção, as condições para que o trabalho em equipe se desenvolva podendo ser sumarizadas nos seguintes aspectos: a) estabelecimento de objetivos comuns claros e mensuráveis; b) sistemas clínicos e administrativos que favoreçam o compartilhamento das ações; c) divisão do trabalho de forma que haja favorecimento da interlocução entre os profissionais das equipes; d) formação profissional que estimule a ação coordenada e colaborativa (WEEL, 1994; PEDUZZI, 2001; BOWER *et al.*, 2003; GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004; SALTMAN *et al.*, 2007).

Importa destacar que nas reuniões de equipe, sessões de discussão em que cada membro da equipe oferece sua perspectiva sobre um caso, possuem um papel central na efetivação do compartilhamento e coordenação das ações de uma equipe multiprofissional (DORMAN; SMITH; KIRKHAM, 2010). Nessa perspectiva O’Neill e Allen (2012) chamam atenção para o fato de que as reuniões de equipe são o maior veículo para interação entre profissionais de diferentes especialidades, pois propicia espaço para o desenvolvimento de componentes essenciais à *performance* do trabalho em equipe, tais como: troca de informações, tomada de decisão, coordenação, planejamento e monitoramento do processo de trabalho.

Contudo, também é preciso assinalar que o trabalho em equipe multiprofissional apresenta desafios para sua efetivação. Nessa direção, o estudo de Grumbach e Bodenheimer, (2004) aponta a questão do risco de compor equipes com integrantes que exercem papéis

negativos perseguindo colegas ou sabotando as ações coletivas. Peduzzi (2001), por sua vez trata da questão do estabelecimento de relações assimétricas entre os diferentes profissionais de saúde a partir de uma hierarquização de saberes que focaliza o saber e as ações baseados no modelo biomédico e lega, a segundo plano, outras dimensões do cuidado.

Wise, Rubin e Beckard (1974), por sua vez, apontam que a necessidade de articular diferenças de conhecimento, atitudes e treinamento pode ser a maior potência ou a maior fonte de dificuldade no trabalho coletivo. Esses autores reforçam também que a interdependência dos atores traz consigo uma nova complexidade ao trabalho com problemas que lhes são próprios.

Outro empecilho para o planejamento e cooperação de uma equipe é o volume de casos atendidos, porque o excesso de demanda deixa os profissionais imersos na esteira de atendimentos dificultando o delineamento de um tempo separado para desenvolver o compartilhamento dos casos atendidos e colaborar nas implementações de ações de cuidado (GRUMBACH; BODENHEIMER, 2004).

A presente seção apresentou um panorama sobre o trabalho em equipe multiprofissional em saúde evidenciando suas características, condições para sua efetivação e principais limites apontados na literatura.

A seção seguinte toma esse panorama como base e faz um paralelo entre o trabalho em equipe multiprofissional em saúde e os processos de concepção enfatizando o trabalho no contexto da ESF que se desenvolve norteado pelas premissas da Clínica Ampliada e dos PTS.

4.2 SEMELHANÇAS ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E OS PROCESSOS DE CONCEPÇÃO

As características do trabalho em equipe multiprofissional em saúde, demonstradas na seção anterior deste capítulo, permitem a apreensão do trabalho em saúde como a atividade de concepção⁵.

Isso porque trabalhadores que atuam nesse contexto precisam elaborar planos de ação para responder os problemas de saúde de um indivíduo ou de uma população. A elaboração desses planos requer realização de diagnósticos acurados, que servirão de base

⁵ A atividade de concepção é definida por Terssac (2008) como atividade de cunho coletivo que se constrói a partir de uma prescrição recíproca que ao mesmo tempo ordena o trabalho dos atores do projeto e se torna o fundamento do processo cooperativo, emergido dessa atividade.

para nortear a construção de soluções pertinentes, demandando em muitos casos a integração de profissionais de diferentes especialidades.

Especificamente na Estratégia Saúde da Família, que foi o campo em que esta pesquisa se desenvolveu, o trabalho em equipe interdisciplinar é preconizado e, conforme ratifica o texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), essa dimensão do trabalho não se traduz na sobreposição das ações dos profissionais que integram as equipes, mas demanda interlocução entre esses atores como destacado no excerto a seguir:

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012 p. 22).

A organização do trabalho na ESF prevê ainda que todos os integrantes das equipes de saúde da família participem de reuniões que são, por sua vez, o cerne do processo da concepção das suas práticas de cuidado. Pois, é por meio da reunião que os diferentes profissionais da ESF discutem o planejamento das ações da equipe, avaliam sistematicamente a implementação dessas ações e reorganizam o processo de trabalho mediante dados coletados no território sob sua responsabilidade (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012).

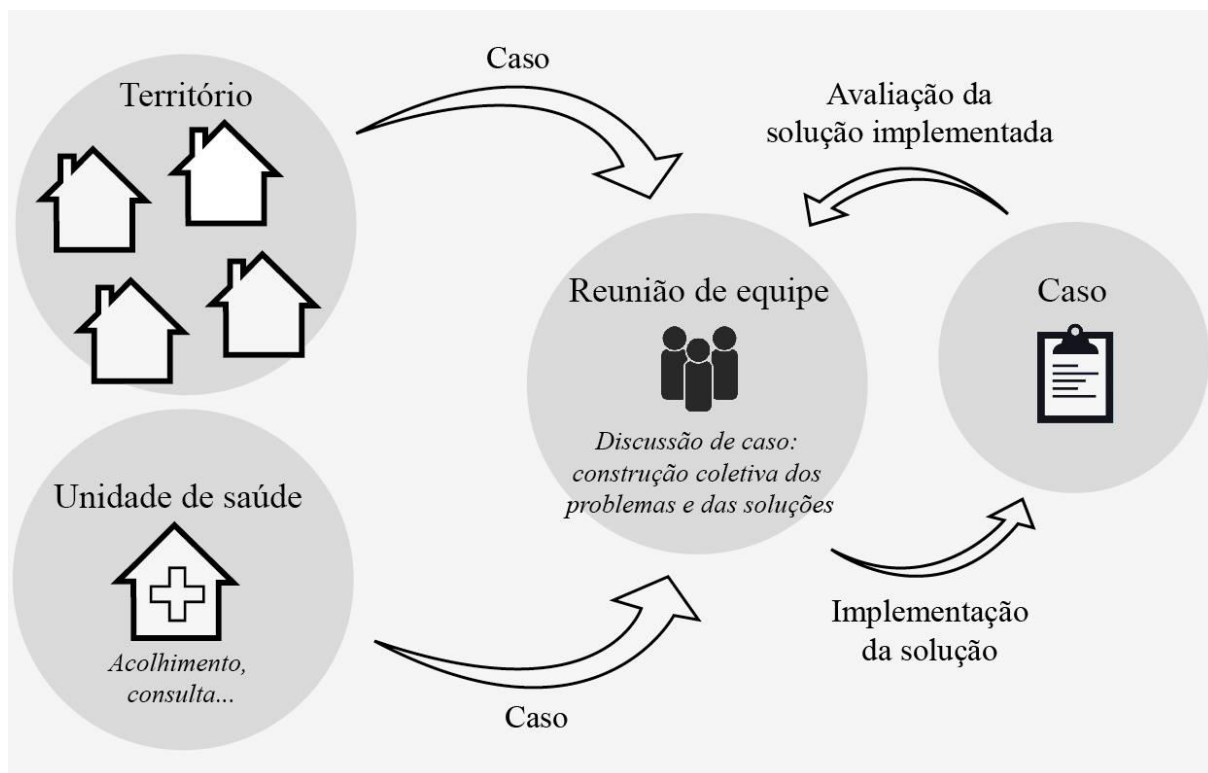
Destaca-se, ainda, que as equipes de saúde da Família incorporam em seu escopo de atuação elementos da história de vida e dados do contexto do indivíduo ou família no intuito de mapear fatores de proteção e de risco a que estão expostos; ou seja, os profissionais da ESF trabalham com problemas que estão para além da semiologia biomédica convencional (HAHN, 2015; TRIANA, 1999).

Esse aumento da abrangência tanto dos problemas quanto das soluções a serem desenvolvidas no âmbito da ESF reforça a necessidade do trabalho coletivo, já explicitado nas prescrições que orientam o trabalho nesse cenário, indo ao encontro das ideias de Béguin (2010 p. 55), que destaca a natureza coletiva de um processo de concepção tendo em vista que não importa o que será concebido: “este objeto é muito complexo para que uma pessoa sozinha disponha de uma representação de todos os problemas a serem resolvidos.”

O quadro, ora apresentado constitui-se, portanto, no pano de fundo que orienta o desenvolvimento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) cujos princípios e etapas foram

pormenorizados no primeiro capítulo desta tese. Destarte, com base nas informações retiradas dos documentos que norteiam as práticas na ESF, o fluxo de identificação e discussão dos problemas entre os profissionais das equipes e a formulação de proposições para o seu enfrentamento encontram-se ilustrados na figura 4.

Figura 4 – Fluxo de concepção da ESF baseado nos princípios dos PTS



Fonte: Elaborado pela autora.

O quadro apresentado demonstra as semelhanças com o trabalho de concepção de um lado, por sua natureza interdisciplinar, e de outro, porque se estrutura por meio da construção de PTS nas reuniões de equipe. Ou seja, o trabalho na ESF é um trabalho coletivo que se estrutura em espaços dialógicos por meio de prescrições recíprocas.

Contudo, convém ressaltar que os projetos tradicionais têm restrições temporais e são finalizados conforme apresentado nos capítulos precedentes. Porém, os PTS apresentam características peculiares em relação à dimensão do tempo visto que os ciclos de concepção não são necessariamente encerrados. Isso ocorre por conta do atributo da longitudinalidade, que vigora na ESF e que se traduz no acompanhamento dos casos ao longo do tempo sem adoção do princípio da alta que é o marco para o fim de um tratamento em saúde nos serviços tradicionais.

A questão da fluidez na limitação temporal presente na implementação de um PTS também pode ser referida ao atributo da coordenação do cuidado, pois mesmo que o usuário seja atendido em serviços de outro nível de complexidade caberá à equipe da ESF a função de integrar as ações de cuidado que aferem dos diferentes pontos da rede.

Logo, longitudinalidade e coordenação do cuidado têm como efeito a manutenção dos PTS por longos períodos tendo em vista que um usuário será de responsabilidade de uma equipe da ESF enquanto habitar o seu território adscrito.

Desse modo, mesmo que o usuário sofra de um agravo que requeira atendimento em um serviço especializado, como o hospital, por exemplo, ele permanece vinculado à equipe de saúde da família que deverá continuar a atender demandas relativas ao escopo da APS e, ainda, articular as ações de cuidado, referente aos outros níveis de complexidade da rede de saúde, relativas ao caso em questão.

Esses apontamentos sublinham as semelhanças e diferenças que existem entre o trabalho em saúde, em especial na ESF e o trabalho em situações de concepção.

4.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou as semelhanças existentes entre o trabalho em saúde e os processos de concepção com ênfase ao trabalho na ESF. Nesse sentido, foram observados os seguintes aspectos:

- a) A diversidade de atores que compõem as equipes da ESF e a natureza interdisciplinar que orienta o trabalho nesse contexto;
- b) O fluxo do processo de concepção dos PTS e as reuniões de equipe como cerne dos processos dialógicos das equipes da ESF;
- c) As características do PTS que singularizam o processo de concepção no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Destarte, foi demonstrado que o trabalho na ESF se constrói entre racionalidades heterogêneas que, por conseguinte, precisam ser integradas de modo coerente na construção e implementação dos PTS. Entretanto, faz-se necessário indicar quais são e como essas racionalidades incidem no trabalho dos ACS.

Para tanto, o capítulo seguinte apresenta as hipóteses que guiaram esta pesquisa e possibilitaram, não só apontar essas racionalidades heterogêneas, como, também, analisar a atuação dos ACS na concepção dos PTS e, ainda, produzir conhecimento relacionado ao mundo profissional desses trabalhadores

PARTE III – HIPÓTESES E MÉTODOS, RESULTADOS E APONTAMENTOS FINAIS

A terceira e última parte desta tese é composta de cinco capítulos que tratam da obtenção de dados e formulação de hipóteses da pesquisa realizada. Nessa direção, essa seção da tese se inicia com um capítulo que demonstra as três hipóteses que guiaram este estudo., o capítulo seguinte, por sua vez, descreve o universo e a estratégia metodológica da pesquisa – capítulo VI – e os capítulos VII, VIII e IX apresentam os resultados das análises dos dados colhidos em campo.

Sumariamente os três capítulos de resultados demonstrarão: (a) as diferentes lógicas presentes no trabalho do ACS, identificadas a partir da análise das tarefas desse profissional. (b) a lógica própria do trabalho do ACS emergida da análise do trabalho desses atores no acompanhamento de PTS e (c) como a lógica do trabalho do ACS se articula no âmbito coletivo das equipes de saúde da família.

O Capítulo X apresenta, a partir dos dados obtidos e dos resultados alcançados, a discussão sobre os aspectos observados e interpretados à luz da literatura científica e do quadro teórico que foram demonstrados nas duas primeiras partes da tese. Esse capítulo é encerrado por apontamentos finais que abordam os limites do estudo e as possibilidades de investigações futuras que podem ser desenvolvidas a partir desta tese.

CAPÍTULO V – HIPÓTESES DA PESQUISA

O capítulo I desta tese demonstrou que o trabalho em saúde no Brasil passou por intensas transformações em virtude da implementação do SUS exigindo remodelação das práticas dos profissionais de saúde. No que se refere a ESF, que é serviço alvo deste estudo, sua operação conjuga atributos e funções da APS - primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária - com características próprias do modelo proposto na PNAB como a adscrição da clientela, trabalho em equipe multiprofissional e a presença do ACS e do NASF. Além disso, a ESF também é permeável às propostas desenvolvidas no âmbito do SUS que visam qualificar o cuidado em saúde e entre as quais foram destacadas: acolhimento, vínculo, Clínica Ampliada e PTS.

Esse conjunto de premissas e tecnologias foram pensadas para aumentar a qualidade da atenção prestada a população no âmbito da APS e tem sido discutidas de forma pronunciada com relação ao resultados esperados conforme demonstrado na seção 1.2 desta tese. Entretanto, ainda há lacunas no que se refere a estudos que se voltam para compreender como essas ideias são efetivadas na realidade cotidiana dos serviços pelos trabalhadores.

A relevância em estudar o trabalho real relaciona-se ao fato de que serviços são concebidos numa esfera abstrata e o trabalho, nesse contexto, é pensado a partir de características genéricas. Até que o serviço entre em funcionamento, trabalhadores e usuários terão poucas oportunidades de se posicionarem sobre as regras e experimentarem o processo para verificar dificuldades ou problemas em sua operação (SILVA *et al.*, 2008)

No caso de serviços públicos de saúde, como os da ESF, essa situação é agravada pelo distanciamento entre a linha de frente e o órgão regulamentador das ações, trazendo dificuldade de identificação e entendimento de problemas que ocorrem na operação do serviço por quem poderia resolvê-los, ao mesmo tempo em que trabalhadores desconhecem a visão que gestores têm de seus desempenhos, resultando em incompreensão mútua e diminuindo chances de correções de eventuais falhas do projeto do serviço (DERANI, 2002; SILVA *et al.*, 2008).

Assim, pesquisas que exploraram o trabalho real dos profissionais de linha de frente, como os trabalhadores da ESF, são úteis à medida que dão visibilidade a problemas de inadequação do trabalho causados por projetos de sistemas de produção, processos, organização do trabalho e tarefas feitos a partir de estereótipos simplificadores (PIZO; MENEGON, 2010).

Nessa perspectiva, esta tese investigou a dimensão da integração dos profissionais no âmbito da ESF para concepção de PTS a partir do escrutínio da participação dos ACS nesses processos. Nesse enquadre adotou-se a premissa que o trabalho em saúde, especialmente no contexto da ESF, envolve a interdependência de atores heterogêneos que devem articular seus saberes e práticas para construção de um projeto de cuidado que abarca mais que a cura de doenças conforme apresentado no capítulo IV (BRASIL, 2012).

Assim reitera-se que esta tese é endereçada ao estudo da dimensão coletiva presente nas situações de projetos e cujas análises foram baseadas nos conceitos de Mundo Profissional e Mundo Comum (BÉGUIN, 2005, 2007, 2010) que servem para subsidiar a compreensão da integração da diversidade de atores, saberes e práticas num processo de concepção.

Portanto esta pesquisa tem duplo objetivo: produzir conhecimento relativo a um mundo profissional em construção num contexto de inovação social e, ainda, contribuir com a definição das dimensões relativas à gestão de projetos, integrando a fabricação do trabalho e a elaboração da experiência coletiva dos trabalhadores. Para tanto, foram formuladas três hipóteses que serão enunciadas nos tópicos a seguir.

5.1 PRIMEIRA HIPÓTESE:

“O trabalho dos ACS se situa na interface de lógicas⁶ diversas o que resulta em contradições e impedimentos que dificultam a construção do mundo profissional desses trabalhadores”

A demonstração dessas diferentes lógicas foi realizada mediante a análise das tarefas dos ACS que evidenciaram as diferentes racionalidades que regem o delineamento do seu trabalho e que acabam gerando contradições e impedimentos que dificultam a construção do mundo profissional desse trabalhador.

Frente a isso foi levantada a seguinte questão: qual a consequência de ter um ator da equipe de projeto cujo mundo profissional não está plenamente constituído?

⁶ Nesta tese, o termo lógica é definido como um conjunto de critérios que embasam a ação e compõem as características das atividades profissionais (CARBALLEDA, 1997). Tais critérios se relacionam aos objetos do mundo profissional, contudo não podem ser apreendidos de forma descolada dos movimentos e do sentido do trabalho.

Para responder a essa questão foram contruídas as duas outras hipóteses desta tese sendo uma voltada para análise da contribuição do ACS para concepção dos PTS lançando luz aos critérios que embasam suas ações e, assim, demonstrando a contribuição singular desse profissional para efetivar o cuidado no âmbito da ESF. E a outra voltada para análise de como essa contribuição singular do ACS ganham mais ou menos espaço nas reuniões de equipe que, por sua vez, são previstas como espaços dialógicos privilegiados para construção dos PTS.

5.2 SEGUNDA HIPÓTESE

“O trabalho do ACS tem uma lógica própria que resulta em ações que são realizadas exclusivamente por esse ator”

Essa hipótese foi demonstrada por meio da análise da atividade do ACS na concepção e implementação de PTS. Com isso foi possível lançar luz as ações de cuidado desempenhadas pelos ACS evidenciando a contribuição singular desse trabalhador para alcance de boa parte dos objetivos propostos para ESF.

5.3 TERCEIRA HIPÓTESE

“A contribuição singular do trabalho do ACS no seio coletivo não tem espaço garantido”

A terceira e última hipótese desta tese explora como a contribuição do ACS ganha mais ou menos espaço nos espaços coletivos de construção dos PTS. Para tanto explorou-se como ocorre a interlocução dos atores das equipes da ESF a partir de dois eixos. O primeiro deles que descreveu as reuniões acompanhadas evidenciando a composição das equipes, a organização das discussões e encaminhamento dos casos discutidos. E, o segundo eixo, que se fundamentou numa abordagem interpretativa do conteúdo das reuniões destacando situações que favorecem o diálogo e a construção dos PTS e situações que vão de encontro a esse objetivo.

5.4 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Esse capítulo apresentou as três hipóteses desta pesquisa seguidas de reflexões relativas as proposições que serão discutidas nesta tese e que estão dispostas conforme indica o quadro 3.

Quadro 3 –Hipóteses: enunciação, demonstração e localização no estudo

Identificação	Enunciação	Demonstração	Localização da demonstração
Hipótese 1	O trabalho do ACS é concebido em função de lógicas diversas	Por meio da análise das tarefas do ACS	Capítulo VII
Hipótese 2	O trabalho do ACS tem uma lógica própria não são realizadas por nenhum outro profissional	Por meio da análise da atividade do ACS no acompanhamento de PTS	Capítulo VIII
Hipótese 3	A lógica do trabalho do ACS no seio do coletivo tem pouco espaço	Por meio da análise das reuniões de equipe.	Capítulo IX

Fonte: elaborado pela autora

CAPÍTULO VI – MÉTODOS

Este capítulo trata do desenho do estudo, do universo pesquisado, da amostra e critérios de seleção desse universo, do procedimento de análise de dados, da descrição do período de realização da pesquisa e, ainda, dos aspectos éticos do estudo.

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo se inscreve no campo da pesquisa qualitativa e teve seus procedimentos baseados em princípios da abordagem metodológica da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) proposta por Guérin *et al.* (2001) sendo orientado por uma postura etnográfica.

Os sujeitos do estudo foram, prioritariamente, os ACS, havendo, contudo, a inclusão de outros atores das equipes de saúde da família e da gestão do serviço que foram identificados, no curso da pesquisa, como informantes-chave. Destaca-se que a inclusão dos ACS se baseou na disponibilidade e voluntariado desses trabalhadores buscando, sempre que possível, contemplar o acompanhamento de trabalhadores de todas as equipes de saúde da família que havia no serviço.

A pesquisa foi realizada entre janeiro de 2013 até abril de 2015 contando a realização de uma pesquisa bibliográfica, apresentada no item 6.4 deste capítulo, e com quatro fases da pesquisa de campo ora elencadas.

- a) Fase 1: aproximação com o campo de pesquisa e construção das condições para sua implementação;
- b) Fase 2: análise documental desvelando o trabalho prescrito dos ACS e o ambiente técnico e social do serviço;
- c) Fase 3: estudo das tarefas do ACS;
- d) Fase 4: análise das atividades do ACS.

Todos os procedimentos de coleta e tratamento de dados serão apresentados na seção 6.3

6.2 UNIVERSO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada numa unidade de saúde localizada na Ilha do Governador que integra a Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro⁷.

A referida unidade tem origem na assistência médica previdenciária que antecedeu a criação do SUS se constituindo, historicamente, como referência no atendimento materno infantil.

No início de 2009, momento em que ocorreu um movimento de reestruturação da APS no Rio de Janeiro, essa unidade de saúde participou das discussões sobre a expansão e implantação da ESF. Conseqüentemente, no ano seguinte ela se transformou em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, modelo de atenção B⁸, com permanência do atendimento ambulatorial⁹ e implantação de quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família que começaram a atuar em outubro de 2010.

Assim, parte do serviço passa operar segundo o modelo da ESF ofertando, no território de responsabilidade de cada equipe, acompanhamento das famílias por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os ciclos de vida.

A organização das agendas dos profissionais da ESF é feita de forma coordenada, intercalando consultas programadas e demanda espontânea, de acordo com a classificação de risco e vulnerabilidade. As demais atividades e atribuições das equipes são realizadas conforme preconizado na PNAB (BRASIL, 2012) e as determinações da Carteira de Serviços Prestados na Atenção Primária à Saúde que visa uniformizar a relação de serviços prestados pelas unidades da APS na cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2010).

⁷ CAP 3.1 (2014) Disponível em: <<http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

⁸ Para Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro as unidades de atenção primária à saúde são classificadas em: Tipo A, com operação exclusiva da ESF, e Tipo B, quando a operação é mista, ou seja: apresenta o modelo tradicional de operação e o modelo da ESF (RIO DE JANEIRO, 2010).

⁹ A integração do trabalho de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família com os profissionais do ambulatório se dá por meio da capacitação em serviço que se traduz em: reuniões para discussão de casos clínicos, leitura de manuais e protocolos. Nos atendimentos dos usuários a integração ocorre pela realização de interconsultas e ações conjuntas na comunidade como, por exemplo, campanhas de vacinação e ações de promoção da saúde. (Nota da autora).

Os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família, incluindo os ACS, são celetistas contratados por uma Organização Social de Saúde (OSS) que tem convênio com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

7.2.1 Composição das equipes de saúde da família

No momento de realização desta pesquisa o serviço estudado contava com quatro equipes de saúde da família; cada uma delas apresentando configuração conforme descrição a seguir.

Equipe A: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS, todos cumprindo um regime de quarenta horas semanais. Essa é a única equipe que conta, também, com uma dentista e um auxiliar em saúde bucal além de um agente de vigilância em saúde na sua composição.

Equipe B: dois médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS. Nessa equipe os médicos cumprem uma carga horária semanal de vinte horas enquanto os demais profissionais cumprem regime de quarenta horas semanais.

Equipe C: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, todos trabalhando em regime de quarenta horas semanais.

Equipe D: no momento do levantamento dos dados sobre o perfil dos trabalhadores essa equipe contava com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, todos trabalhando em regime de quarenta horas semanais. Não havia médico trabalhando nessa equipe.

7.2.2 A área adscrita das equipes de saúde da família

O serviço estudado contava na época da realização desta pesquisa com 12.277 usuários cadastrados distribuídos entre quatro equipes de saúde da família. A figura 5 ilustra a área de abrangência de cada equipe de saúde da família, distinguidas no mapa por diferentes cores. O território de cada equipe é subdividido em micro-áreas, cada uma delas fica sob a responsabilidade de um ACS.

Figura 5 – Delimitação território das equipes de saúde da família do serviço estudado

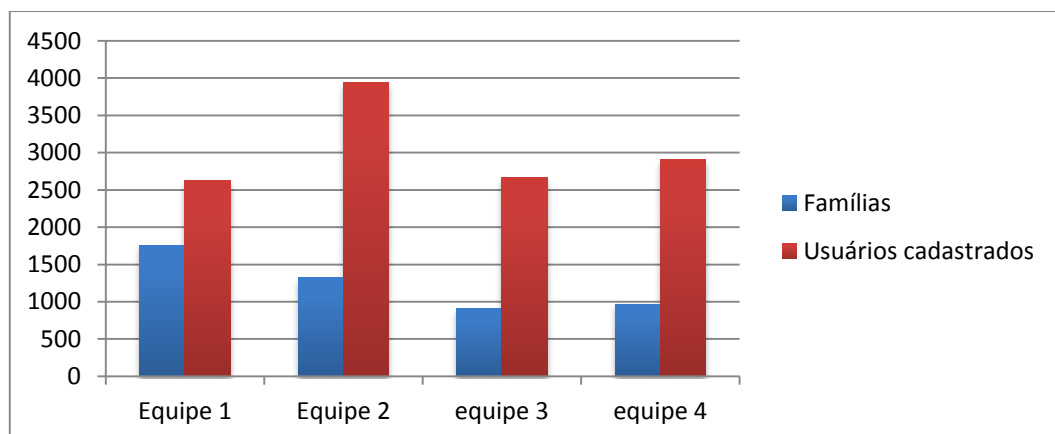


Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro (2006).

Os critérios estabelecidos pela PNAB (BRASIL, 2012) sugerem que cada equipe de saúde da família acompanhe no máximo quatro mil pessoas, sendo recomendado como ideal o acompanhamento de três mil pessoas, por equipe.

Nessa direção, o levantamento do número de pessoas acompanhadas por equipe de Saúde da Família, no serviço estudado, aponta que são respeitados os critérios da PNAB e apenas a Equipe 2 se aproxima do limite de 4.000 famílias como demonstrado no Gráfico 1.

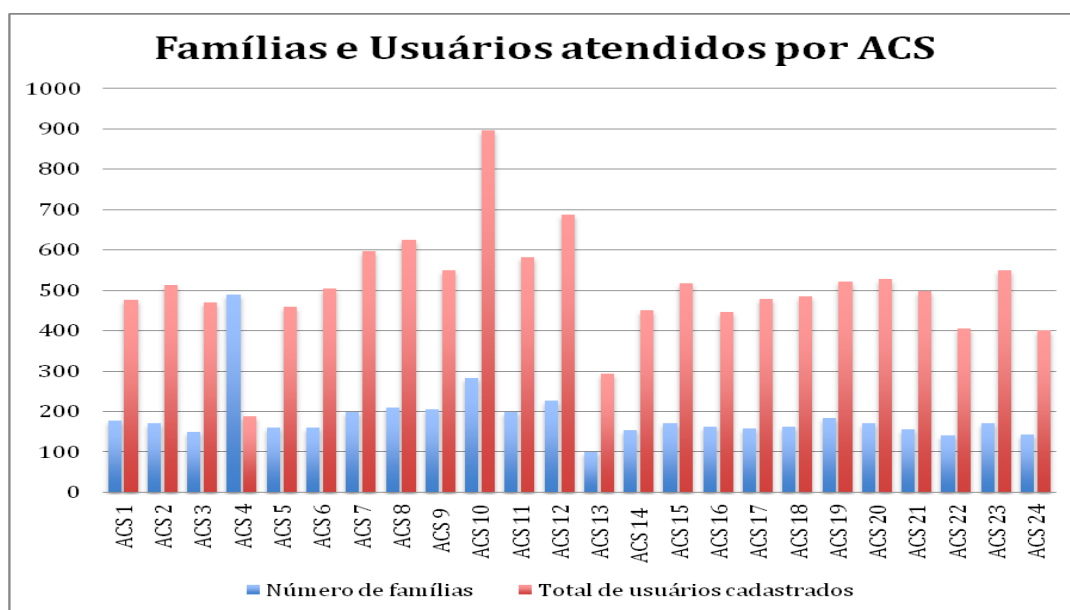
Gráfico 1 – Número de famílias e usuários atendidos por equipe de saúde da família



Fonte: elaborado pela autora com bases nos dados apurados em campo (2014).

No que tange especificamente à distribuição de pessoas acompanhadas por ACS o Gráfico 2 ilustra que com exceção de um ACS – ACS 10 – que atende 897 usuários, os demais trabalhadores atendem número menor do que o limite preconizado pela PNAB que é de 750 pessoas por ACS.

Gráfico 2 – detalhamento do número de famílias e usuários atendidos por ACS



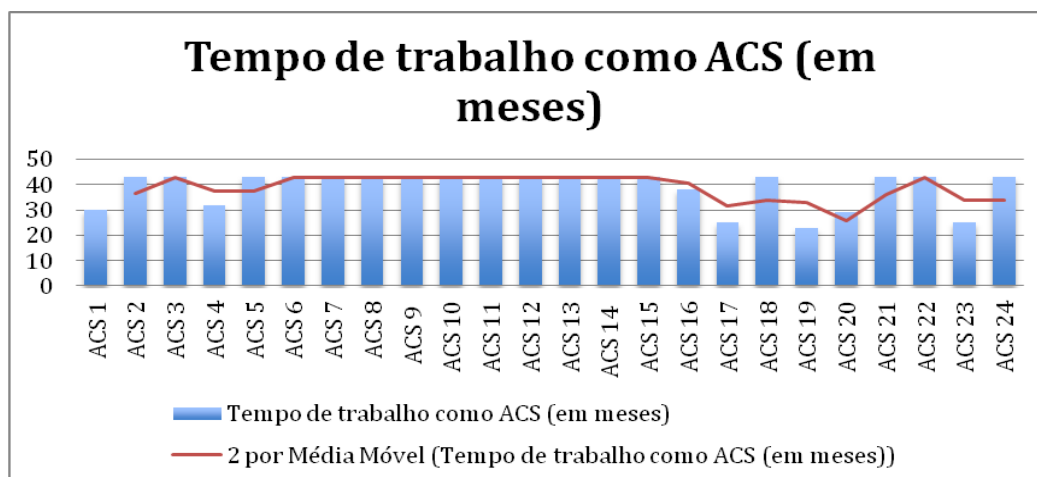
Fonte: elaborado pela autora com bases nos dados apurados em campo (2014).

7.2.3 Caracterização da população dos trabalhadores

Conforme explicitado anteriormente no momento da realização dessa pesquisa existiam 24 ACS trabalhando no serviço estudado, sendo dezoito mulheres e seis homens, cuja idade variava entre 22 a 45 anos.

O tempo de trabalho dos ACS no serviço estudado apresenta pequena variação visto que grande parte desses profissionais trabalhavam no serviço desde a implantação da Estratégia Saúde da Família, em outubro de 2010, e apenas três trabalhadores estavam vinculados a menos de 30 meses no serviço como demonstrado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Variação do tempo de trabalho dos ACS no serviço estudado



Fonte: elaborado pela autora com bases nos dados apurados em campo (2014).

6.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Esse item apresenta a descrição das cinco fases de realização da pesquisa de campo destacando os procedimentos de coleta e análise de dados utilizados.

6.3.1 Fase 1: aproximação do campo de pesquisa e construção das condições para sua implementação

Essa primeira fase foi realizada no período de janeiro a abril de 2013 e teve a finalidade de preparar, objetivamente, a realização da pesquisa.

Para tanto, foram encaminhados e-mails, com resumo do projeto de pesquisa anexado, à gestão local do serviço e aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde que cuidavam do convênio que estava sendo firmado entre a UFRJ e a CAP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Após a anuência desses gestores foi agendada uma reunião de apresentação do projeto de pesquisa na unidade que sediou o estudo.

A partir dessa reunião foi constituído um grupo gestor da pesquisa composto pela pesquisadora, a gestora da unidade de saúde, além de dois ACS e uma enfermeira que se voluntariaram a participar da organização de uma enquete inicial.

Cinco encontros, com duração de duas horas cada um, foram realizados para a organização dessa enquete e neles houve a participação média de quatorze ACS visando: difundir os princípios e a abordagem da AET entre os trabalhadores, identificar os voluntários interessados em participar das demais etapas do estudo, mapear as possibilidades de

acompanhamento das atividades dos trabalhadores e levantar as primeiras demandas dos ACS.

Salienta-se que essas cinco reuniões de preparação da pesquisa foram gravadas, transcritas e, posteriormente, analisadas com base em princípios da análise de conteúdo proposta por Franco (2008) contando com três etapas: pré-análise, exploração do material, reordenamento e interpretação dos dados.

Em suma, essa primeira fase do estudo serviu a dois propósitos: criar condições concretas para realização da pesquisa; levantar algumas problemáticas trazidas pelos trabalhadores e por outros atores do serviço que auxiliaram a elaboração de hipóteses provisórias que foram exploradas durante as outras fases de intervenção.

6.3.2 Fase 2: Análise documental – desvelando o trabalho prescrito dos ACS e o ambiente técnico e social do serviço

Essa fase ocorreu no período de maio a agosto de 2013 e teve o intuito de analisar o trabalho prescrito do ACS e o ambiente técnico e social do serviço. Os procedimentos realizados foram: análise documental e levantamento e análise de dados do serviço.

6.3.2.1 Pesquisa documental

Segundo Gil (2006) a pesquisa documental tem como fonte documentos que não receberam tratamento analítico como: documentos institucionais, leis, regulamentos, catálogos, cartilhas, entre outros. Nesse sentido a pesquisa documental se diferencia da pesquisa bibliográfica que se desenvolve com base em material já elaborado como teses, livros e arquivos científicos.

Frente a isso esta seção descreve os procedimentos realizados na fase de pesquisa documental que teve como objetivo analisar as prescrições do trabalho do ACS. Nesse sentido, cabe destacar algumas considerações sobre a prescrição do trabalho antes de descrever os procedimentos utilizados para a seleção das fontes de informação e para a análise dos dados extraídos da pesquisa documental.

A prescrição do trabalho tem como marco o advento da Organização Científica do Trabalho (OCT), mais comumente chamada de Taylorismo, que separou drasticamente a concepção e a execução do trabalho. No modelo proposto pela OCT a cada posto de trabalho são designadas normas que detalham quantidade, qualidade e o tempo previsto para a

produção, bem como, os meios para realização da tarefa como, por exemplo, ferramentas, espaço de trabalho e maquinário (DANIELLOU, LAVILLE, TEIGER, 1989).

Nessa perspectiva o trabalho prescrito pode ser definido como “a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar” (DANIELLOU, LAVILLE, TEIGER, 1989, p. 1).

Em se tratando da Ergonomia da Atividade (EA) as prescrições do trabalho são um elemento central de estudo visto que as intervenções que se baseiam nessa abordagem metodológica analisam o trabalho prescrito e as situações reais de trabalho, mormente a defasagem entre esses dois polos da atividade (BRITO *et al.*, 2011; NOUROUDINE, 2011).

Assim, uma das contribuições dessa disciplina é colocar em evidência que trabalhar não é apenas executar prescrições, visto que o real do trabalho se apresenta impregnado de variabilidade relacionada tanto ao sujeito quanto à produção.

Por outro lado, como a EA entende que as prescrições são uma referência para guiar a ação, sua análise ajuda a identificar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para contornar problemas e alcançar os objetivos propostos.

Depreende-se, portanto, que a análise das prescrições, sob a perspectiva da EA, pode ser útil para fornecer informações sobre a organização e os objetivos do trabalho, bem como os meios disponibilizados para que esses objetivos sejam alcançados.

As proposições expostas direcionaram a análise do conteúdo das publicações institucionais, produzidas pelo MS, estabelecendo critérios que ajudaram a pôr em foco certos dados e ignorar outros, além de auxiliar a organização dos resultados da análise realizada, o que, segundo Patton (2005) e Merriam (2009), é uma estratégia comumente usada para interpretação de dados em pesquisas qualitativas.

A pesquisa documental teve como fonte de dados textos levantados a partir da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS), principal canal de divulgação e disponibilização de informação institucional produzida pelo Ministério¹⁰. Justifica-se o uso exclusivo das publicações do MS porque é da alçada desse órgão formular e implementar a política de atenção à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2013). Logo, depreende-se que as publicações do MS apresentam parte significativa dos aspectos relacionados ao trabalho prescrito em serviços públicos de saúde no Brasil.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca virtual em saúde. O que é a BVS/MS. 16 set. 2014. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

A busca pelos documentos foi realizada usando as palavras-chave: Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Atenção Básica e Agente Comunitário de Saúde. Os critérios de inclusão e exclusão empregados para selecionar as publicações estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Critérios de seleção dos documentos da BVS/MS para análise

Inclusão	Exclusão
Cartilhas, manuais, revistas, séries, políticas, programas nacionais e legislação, abrangência nacional, publicado pelo MS ou no Diário Oficial. Temática relacionada ao trabalhar na ESF.	Data de publicação anterior a 1994, folheto, cartazes, produção multimídia, livros repetidos, tema referente a uma região específica ou não diretamente relacionado ao objeto de estudo e resultado de avaliações .

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Utilizando a estratégia de busca, ora exposta, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados nove documentos conforme demonstra o Quadro 5.

Para apreensão e análise do trabalho prescrito dos ACS esses nove documentos foram organizados em dois grupos. O primeiro grupo se constituiu de documentos que tratam do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) cuja análise permitiu acessar informações sobre suas diretrizes operacionais, as propostas de reorganização das práticas de trabalho para equipes de saúde da família, bem como possibilitou mapear atribuições dos ACS que são compartilhadas com os demais membros das equipes de saúde da família.

O segundo grupo foi composto por documentos que tratam exclusivamente do trabalho dos ACS e a portaria que normatiza o exercício dessa profissão.

Em suma, a realização da pesquisa documental serviu para fundamentar aspectos sobre o contexto da tese, apresentado nos capítulos I e II, e ainda para levantar dados que complementaram as análises realizadas em outras fases da pesquisa.

Quadro 5– Documentos selecionados para análise do trabalho dos ACS

Título documento	Ano	Características
Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo Assistencial	1997	Expressa os princípios e as diretrizes operacionais utilizados no plano de ações e metas prioritárias das estratégias de saúde da família e ACS, como caminhos para a reorganização da Atenção Básica (AB).
Cadernos de Atenção Básica - Caderno1: a implantação da Unidade de Saúde da Família	2000	Reúne informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual.
O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	2000	Manual de apoio para capacitação dos ACS
Guia prático do Programa de Saúde da Família	2001	Guia de auxílio ao trabalho com a saúde da família contendo depoimentos de ACS, profissional essencial a esse trabalho.
Política Nacional de Atenção Básica	2006	Versão da PNAB editada em 2006.
Lei 11.350	2006	Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição que rege as atividades do ACS.
O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	2009	Informações gerais sobre o trabalho do ACS.
Guia Prático do Agente Comunitário de saúde	2009	Detalhamento de ações junto a família, criança, adolescente, adulto e idoso. Manejo em saúde mental, junto às pessoas com deficiências e doenças transmitidas por vetores.
Política Nacional de Atenção Básica	2012	Trata das últimas mudanças nos aspectos primordiais da Atenção Básica da Saúde incluindo as atribuições do ACS e demais profissionais da saúde.

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

6.3.3.2 Levantamento de dados sobre o serviço pesquisado

Nessa fase da pesquisa foi realizado levantamento de dados sobre:

- a) o processo técnico de trabalho;
- b) a organização do trabalho: divisões de tarefas, organização de equipes, organização temporal do trabalho, com observação no que diz respeito ao ritmo e horários;
- c) dados da produção: organização da produção e processos, exigências de resolutividade, variações da demanda, cenários futuros;
- d) estrutura organizacional: cargos e salários, organogramas;
- e) evolução da população de trabalhadores: dados como idade, sexo, tempo de trabalho no serviço, nível de escolaridade, treinamentos oferecidos, rotatividade.

As técnicas utilizadas para coleta de dados nessa etapa da pesquisa foram a análise dos documentos da unidade de saúde e entrevistas com gestor do serviço, que foram gravadas e, posteriormente, transcritas e submetidas à análise.

Os dados levantados permitiram conhecer aspectos a respeito do funcionamento da unidade de saúde de forma geral, e, ainda, verificar se havia discrepâncias na organização das equipes e na população de trabalhadores, que pudessem dar algum viés à pesquisa.

6.3.3 Fase 3: Estudo das tarefas do ACS

Essa fase da pesquisa teve como finalidade o estudo das tarefas dos ACS tendo em vista que essa dimensão do trabalho, segundo Guérin *et al.* (2001 p.25), diz respeito a “um conjunto de objetivos dado aos operadores, e a um conjunto de prescrições definidas externamente para atingir esses objetivos particulares.”

Frente a isso, essa fase da pesquisa analisou:

- a) a descrição dos papéis existentes conforme prescrições do MS;
- b) os fluxos de informações – sistemas de informação e registro de dados;
- c) as normas e procedimentos implantados;
- d) os meios de produção utilizados como as formas de atendimentos, consultas, grupos e ferramentas de registro utilizadas pelos ACS;
- e) o ambiente físico e o posto de trabalho – leiaute do serviço, arranjo físico dos setores, adequação do espaço para as atividades propostas, deslocamentos espaciais dentro e fora do serviço.

Para tanto foi realizada a análise documental que incluiu além dos dados examinados na etapa da análise das prescrições do trabalho do ACS, enumeradas anteriormente, as seguintes fontes de informação: agenda padrão de oito ACS do serviço, carteira de serviços da APS no Rio de Janeiro, documentos do município que norteiam o trabalho da ESF.

Outro procedimento de levantamento de dados utilizado nessa fase da pesquisa foram entrevistas realizadas com informantes-chave, a saber: enfermeiros das equipes de saúde da família, gestor do serviço e um ACS de cada equipe. O quadro 6 detalha os critérios de inclusão desses atores, objetivo da entrevista, número de entrevistas realizadas e tempo de empregado nessa ação.

Quadro 6 – Entrevistas com informantes-chaves

DADOS RELEVANTES DAS ENTREVISTAS COM INFORMANTES-CHAVES				
Entrevistado	CrITÉrios de inclusÃO	Objetivo da entrevista	Número de entrevistas	Tempo de registro
ACS	Que pertencessem a equipes distintas; Que houvesse pelo menos um ACS de cada equipe.	Averiguar as diferentes perspectivas de trabalho desses atores em relação às especificidades de cada equipe.	Quatro: uma por equipe.	4h30
Gestor	Porque compete ao gestor organizar e avaliar o trabalho dos profissionais da unidade.	Verificar aspectos da organização geral do serviço que influenciam o trabalho dos ACS.	Uma	1h52
Enfermeiros	Porque cabe aos enfermeiros, junto a outros membros das equipes de saúde da família, “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS” (BRASIL, 2012 p. 48).	Identificar como ocorre a organização do trabalho dos ACS segundo as singularidades de cada equipe.	Quatro: uma por equipe.	6h13

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Cabe apontar que as entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas sendo guiadas por roteiros (ANEXO 2), gravadas e, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo.

Nessa fase da pesquisa também foram iniciadas as observações dos trabalhadores no desenvolvimento das ações que tiveram como norte as tarefas estabelecidas na agenda padrão dos ACS. O quadro 7 apresenta as tarefas acompanhadas, o tempo total gasto na observação destas e o ACS acompanhado, descrito por um número que lhe foi atribuído visando preservar a identidade desse profissional.

Quadro 7 – Observação das ações desenvolvidas pelos ACS

Tarefa acompanhada	Sujeitos/equipes acompanhados	Tempo de observação
Acolhimento	ACS 1, 2, 3, 6	16h
Visitas Domiciliares	ACS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	36h
Reunião de equipe	Equipes A e C	2h30
Atividade de promoção da saúde	ACS 6 e 7	1h30

Fonte: Elaborado pela autora.

O período de realização dessa fase da pesquisa foi de agosto de 2013 a janeiro de 2014 e serviu para fornecer subsídios importantes na elaboração das hipóteses da pesquisa que nortearam as fases seguintes deste trabalho.

6.3.4 Fase 4 – Análise das atividades dos ACS

Os dados levantados nas fases anteriormente apresentadas fundamentaram a construção das hipóteses deste estudo apresentadas no capítulo VI. Tais hipótese orientaram a análise da atividade de trabalho dos ACS, especialmente no que tange à participação desses trabalhadores na concepção e efetivação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Para tanto, a pesquisadora dispôs cerca de 100h no acompanhamento das atividades dos ACS utilizando como procedimentos de pesquisa: entrevistas, observação participante e construção de caderno de campo. A seleção dos casos que foram analisados nesta pesquisa seguiu o critério de intensidade descrito por Patton (2003). Esse critério privilegia os casos comuns ricos em informação que permitem conhecer um determinado fenômeno em profundidade; ou seja, não se tratam de casos extremos com êxitos ou fracassos exemplares e sim de casos com inúmeros detalhes.

O quadro 8 demonstra as atividades acompanhadas nessa fase da pesquisa, os ACS observados e ainda o tempo dispendido nas observações.

Quadro 8– Descrição das atividades acompanhadas

Atividade observada	ACS acompanhados	Total de horas dispendidas
Visita domiciliar	ACS 1, 2, 6, 7	68h
Reunião de equipe	Equipes A, B, C, D	15h
Acolhimento	ACS 1, 3, 4, 6, 7	12h

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Além das observações das atividades, ora detalhadas, foram realizadas entrevistas com os ACS usando a técnica de instrução ao sócia. Essa técnica pressupõe que o pesquisador deverá ser o sócia de um trabalhador e o substituirá em sua atividade de trabalho. O sócia é “um interlocutor deliberadamente artificial que apresenta um defeito irremediável: não sabe, mas deve saber” (CLOT, 2007, p. 149).

Frente a isso o pesquisador então faz a seguinte consignaço ao trabalhador: “Suponha que eu seja seu sócia e que amanhã vou substituí-lo em seu local de trabalho. Quais instruções você deveria me transmitir para que ninguém perceba a substituição?” (CLOT, 2007, p. 144).

Diante dessa proposta, o trabalhador deve colocar-se na posição de instrutor e, assim, ajudar seu sócia “a se orientar em uma situação que ele não conhece, ao lhe indicar não só o que faz habitualmente, mas também aquilo que não faz nessa situação, aquilo que

deveria, sobretudo, não fazer ao substituí-lo, aquilo que ele poderia fazer, mas que não se faz etc.” (CLOT, 2007, p. 146).

O uso dessa técnica de entrevista com os ACS teve com objetivo acessar as percepções desses profissionais sobre o seu trabalho considerando que os interlocutores de uma entrevista de instrução ao sócia fazem uma reflexão sobre o fazer profissional que realizam e, nesse sentido, segundo Rodrigues, Santos e Assis (2010), há possibilidade dos trabalhadores construírem novos sentidos sobre sua atividade que podem levar ao desenvolvimento tanto da prática como dos sujeitos. “Esses novos sentidos são construídos na e pela (inter)-ação entre os participantes na e pela situação da coleta de dados” (RODRIGUES; SANTOS, ASSIS 2010 p. 57).

As entrevistas usando a técnica de instrução ao sócia foram realizadas com três ACS que contabilizaram 5h de registros, e o roteiro que guiou esse procedimento de pesquisa está no ANEXO 2.

Ressalta-se que essa fase da pesquisa foi realizada em dois períodos: o primeiro, de janeiro a maio de 2014, e o segundo, no mês abril de 2015.

6.3.5 Validação da pesquisa com os trabalhadores

Os relatórios resultantes das fases anteriores desta pesquisa foram restituídos aos trabalhadores em duas ocasiões por meio de grupos de discussão que visaram validar: as análises, os resultados e as conclusões da intervenção.

A primeira validação ocorreu ao final da coleta de dados da fase três, estudo da tarefa, com a apresentação do relatório parcial da pesquisa a um grupo heterogêneo constituído por ACS que foram acompanhados pela pesquisadora e de outros que não foram acompanhados. A apresentação junto a esse grupo teve duração de 2h38 e discutiu o conteúdo do relatório preliminar. Assim, por meio da validação ou refutação desses trabalhadores o relatório foi, então, reelaborado.

O segundo momento de validação foi realizado em abril de 2015, e ocorreu em três encontros com participação de doze ACS e com duração média de 3h cada um. Os procedimentos de condução desse grupo foram equivalentes àqueles descritos no parágrafo anterior e teve o mesmo objetivo: validar ou refutar o conteúdo das interpretações da pesquisadora para reelaboração do relatório de pesquisa.

Destaca-se que as discussões tecidas nos grupos de validação foram gravadas e transcritas para facilitar a análise do conteúdo e a reconstrução dos relatórios parciais e final da pesquisa.

6.3.6 Notas sobre outros procedimentos de coleta e análise de dados

Esta seção visa informar com mais detalhes procedimentos de coleta e análise de dados que perpassaram diferentes fases da pesquisa.

6.3.6.1 Autoconfrontação

Importa destacar que durante a realização das fases quatro e cinco desta pesquisa, em momentos pertinentes, foram aplicadas técnicas de autoconfrontação para melhor explicitação e compreensão das observações realizadas (RODRIGUES; SANTOS; ASSIS 2010; THEUREAU, 2010). Para autoconfrontação dos trabalhadores foram utilizados os seguintes recursos: fotografias tiradas durante o acompanhamento das atividades dos ACS; instrumentos de trabalho dos próprios profissionais, como fichas de registro, caderno de anotações dos ACS; e anotações dos diários de campo da pesquisadora.

6.3.6.2 Observações

As observações realizadas nesta pesquisa foram pautadas pelas orientações da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) propostas por Guérin *et al.* (2001) que leva em consideração que a apreensão da atividade de trabalho deve ultrapassar as representações parciais.

Nesse sentido cabe apontar que na fase de análise das tarefas executadas pelos ACS as observações realizadas foram do tipo livre. Posteriormente, os dados colhidos das diferentes fontes de informação que permitiram a construção das hipóteses da pesquisa, possibilitaram, também, o planejamento das observações sistemáticas realizadas.

No que se refere aos registros das observações sistemáticas foram criados roteiros para os acompanhamentos das visitas domiciliares e das reuniões de equipe (ANEXO 3) visando garantir a coerência lógica desses registros.

6.3.6.3 Análise de conteúdo

Os registros da análise documental, das entrevistas, das observações e dos grupos de validação foram submetidos à análise de conteúdo baseada nos preceitos de Franco (2008) e seguiram as seguintes etapas:

- a) pré-análise – leitura minuciosa do material visando a selecionar e organizar os conteúdos encontrados;
- b) exploração do material – busca ativa de conteúdos que respondessem aos objetivos estabelecidos, conduzindo à elaboração de categorias temáticas;
- c) tratamento dos resultados – reordenação dos dados obtidos nas etapas anteriores da análise;
- d) interpretação dos resultados de forma integrada ao quadro teórico desta tese e das evidências levantadas na literatura.

6.4 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Esta seção apresenta os procedimentos realizados na pesquisa bibliográfica a partir de duas perspectivas distintas. A primeira ocorreu ao longo de toda a realização dessa investigação e visou:

- a) fundamentar a elaboração do projeto de pesquisa que originou este estudo;
- b) aprofundar a reflexão a respeito dos eixos de contextualização da pesquisa;
- c) delimitar o quadro teórico;
- d) complementar a análise dos dados que foram originados da pesquisa empírica.

Para tanto foram realizadas pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), PUBMED, SCOPUS, OVID, EMERALD, Portal de periódicos e de teses e dissertações, ambos da CAPES.

Ainda foram levantados livros e outros documentos que abordavam temas relacionados ao objeto desta tese e que foram indicados pelos orientadores.

A segunda perspectiva tratou da realização de uma revisão sistemática da literatura, do tipo metassíntese¹¹ – sobre o trabalho dos ACS brasileiros – publicados entre 2004 e 2014 e realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME).

¹¹ A metassíntese é uma abordagem metodológica utilizada para o estudo rigoroso de conclusões

A questão norteadora dessa revisão foi: Quais são as evidências levantadas por estudos qualitativos sobre o trabalho dos ACS brasileiros que atuam na Estratégia Saúde da Família nos últimos dez anos? Para responder essa indagação foram elencados os descritores “Agente Comunitário de Saúde” e “Trabalho”. A estratégia de busca foi construída cruzando esses descritores utilizando o operador booleano AND e filtrando artigos de afiliação brasileira publicados no período de 2004 a 2014. Desse modo, foram recuperados 129 artigos sendo 124 indexados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e cinco na base *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

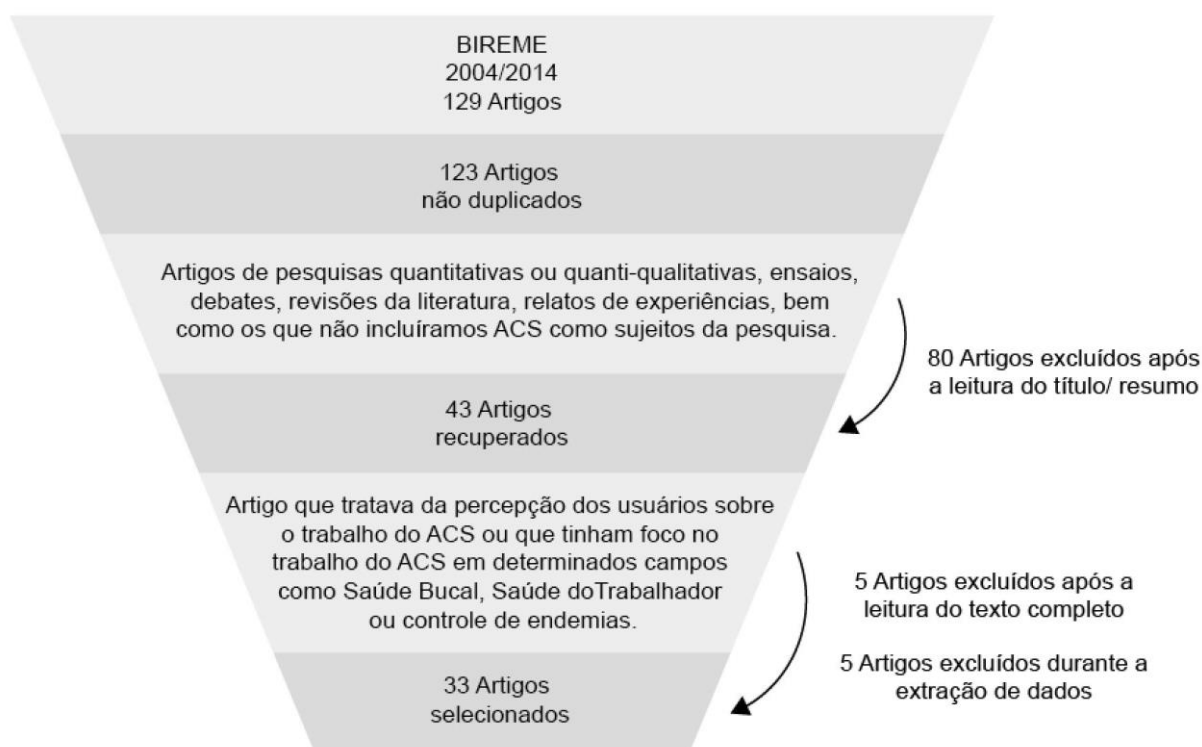
O resultado dessa busca foi exportado para o gerenciador de referências *Menderley* que detectou cinco documentos duplicados. A seguir iniciou-se o processo de rastreamento de artigos de pesquisas originais com cunho qualitativo e que tratassem especificamente do trabalho de Agentes Comunitários atuantes na Estratégia Saúde da Família.

Os critérios de exclusão se referiram ao tipo de abordagem metodológica utilizadas nas pesquisas e a categoria do artigo. Nessa direção, foram excluídos artigos oriundos de pesquisas quantitativas, quanti-qualitativas, ensaios, debates, revisões da literatura, análises documentais e relatos de experiências. Ainda foram excluídos artigos cujo tema não se relacionava diretamente com o objetivo desta revisão sendo retirados do estudo aqueles que tratavam da formação dos agentes comunitários ou que tinham como cerne das análises o trabalho do ACS em um foco específico como a saúde bucal ou o tratamento da dengue e tuberculose, por exemplo.

Obedecendo a esses critérios o processo de seleção dos artigos se deu em três etapas: análises dos títulos, resumos e textos completos, cujo processo encontra-se ilustrado na figura 6.

qualitativas, interpretando-as e redefinindo-as, resultando em (re)conceptualizações das conclusões originais (FINFGELD-CONNETT, 2003).

Figura 6 – Diagrama do processo de seleção dos artigos incluídos na metassíntese



Fonte: Elaborado pela autora

Destaca-se que o processo de seleção desse material foi realizado pela autora com a supervisão dos seus orientadores na busca de minimizar possíveis vieses na avaliação dos artigos.

Os artigos incluídos nessa revisão foram então examinados, detalhadamente, no intuito de identificar: a) temas comuns e diferenças entre os estudos; b) principais conclusões, divididas por áreas similares; c) relação dos conceitos chave; d) classificação de temas e subtemas; e) interpretação de conteúdo; f) consistências e incongruências. O resultado desse procedimento originou a seção 2.2 desta tese.

6.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

No que se refere aos procedimentos de ética em pesquisa destaca-se que o projeto do estudo para esta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ obtendo aprovação sob o parecer de número 42680415.5.0000.5257 (ANEXO 4).

Todos os procedimentos de coleta de dados se deram assinalando o caráter voluntário da participação dos sujeitos e também mediante leitura e assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 5). Os resultados foram validados primeiramente com os ACS e depois com os membros das equipes de saúde da família que integraram o estudo.

Para evitar constrangimentos dos usuários durante as visitas domiciliares, as interações não foram gravadas, sendo registradas, posteriormente, em diários de campo; nomes e outras informações, que de alguma forma, pudessem identificar usuários ou trabalhadores das equipes de saúde da família, foram omitidos.

6.6 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou o percurso metodológico realizado nesta pesquisa. Nesse sentido, teve início caracterizando o desenho do estudo e o universo da pesquisa. Em seguida descreveu procedimentos de coleta e análise de dados visto que cada fonte de informação recebeu um tratamento diferenciado com base no objetivo de sua utilização.

Assim, os dados apresentados nos capítulos seguintes foram oriundos de um diálogo entre os resultados dos diferentes procedimentos de coleta e da análise de dados, ora apresentada. Essa análise foi transversal e promoveu a apreensão global das problemáticas abordadas neste estudo.

Contudo, cabe destacar que o objetivo dessa leitura transversal foi de aprofundar o estudo das problemáticas relacionadas nas hipóteses desta tese sem a pretensão de tratar dados por adição. Isso se deve ao reconhecimento do limite em confrontar informações que foram coletadas e analisadas a partir de diferentes epistemês.

CAPÍTULO VII - AS TAREFAS DOS ACS

Este capítulo introduz a apresentação dos dados empíricos desta tese. Assim, demonstra os resultados da análise das tarefas do ACS no serviço estudado a fim de tecer um panorama a respeito do trabalho desse ator explicitando as lógicas nele presentes.

7.1 AS TAREFAS DOS ACS: BASES PARA COMPREENSÃO DAS LÓGICAS PRESENTES NO TRABALHO DESSE ATOR

A aproximação do campo de pesquisa se deu pela realização de um mapeamento das tarefas dos ACS. Assim este tópico apresenta a agenda típica dos ACS pesquisados, ilustrada no quadro 9. Esse mapeamento foi usado para categorizar as principais ações desses profissionais.

Quadro 9 – Agenda típica dos ACS pesquisados

Turnos	TAREFAS DIÁRIAS				
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	Acolhimento	Visita domiciliar	Acolhimento	Visita domiciliar	Acolhimento
Tarde	Visita domiciliar	Reunião de equipe	Visita domiciliar	•Visita domiciliar •Reunião do serviço*	Ação de promoção da saúde

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados apurados.

* frequência mensal

Com base nos dados dessa agenda verificou-se que o trabalho dos ACS no serviço acompanhado se organizava em torno de quatro categorias de ações divididas da seguinte maneira: quatro a cinco turnos de VD, três turnos de acolhimento, dois turnos de reunião, sendo a reunião de equipe semanal e a reunião do serviço mensal, e um turno de ação de promoção da saúde.

O passo seguinte foi identificar como cada uma dessas ações se desdobrava no cotidiano de trabalho dos ACS e o resultado dessa análise está sintetizado no quadro 10 que comporta além das tarefas apresentadas na agenda semanal dos ACS mais uma ação desenvolvida: a alimentação dos sistemas de informação identificada durante as observações do trabalho desses profissionais.

Quadro 10 - Relação das tarefas e categorias das ações dos ACS pesquisados

Categorias de ações elencadas na agenda padrão dos ACS	Tarefas relacionadas
Contato do ACS com a população Adscrita	Desenho do território e contagem dos domicílios Registro das condições de saúde da população Visitas Domiciliares
Ações de promoção da saúde	Participação em grupos de educação em saúde (frequência semanal) Ações relativas a campanhas temáticas (frequência sazonal)
Acolhimento	Recepção dos usuários
Manejo dos sistemas de registro na unidade	Alimentação e uso do GIL e da planilha SSA2
Reuniões	Reunião de equipe Reunião geral da unidade Reunião para planejamento de ações de promoção da saúde

Fonte: elaborado pela autora com base nos dados apurados

Assim, no intuito de apresentar de maneira mais detalhada o contexto do trabalho dos ACS no serviço estudado cada uma das categorias de ação elencadas no quadro 4 serão apresentadas no itens que se seguem neste capítulo.

Embora as ações dos ACS sejam apresentadas por meio de recortes, em categorias, deve-se ressaltar, contudo, que elas não são estanques, sendo intrínseca a sobreposição e a interdependência entre si.

7.1.1 Categoria 1 – Contato do ACS com a população adscrita

Nessa categoria foram agrupadas as ações que os ACS realizam no território em que atuam: desenho do território e cadastramento das famílias, registro das condições de saúde no território e Visitas Domiciliares.

Cabe destacar, no entanto, que a tarefa de desenho do território, ao contrário das demais ações apresentadas neste tópico, ocorre de forma mais expressiva no momento da implementação das equipes de saúde da família e, depois de finalizada, só volta a ocorrer em situações excepcionais.

Logo, na situação estudada, por se tratar de um serviço implantado no ano de 2010, não foi possível observar a ação de desenho do território¹² sendo essa a única tarefa que

¹² “Desenho do território ou territorialização é a atividade de caracterização das condições do cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS. Desse modo, desenhar o território é identificar uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma

não foi acompanhada por meio de observação e cujas fontes de informação foram o relato dos trabalhadores e documentos da SMSRJ.

7.1.1.1 Desenho do território

De acordo com os relatos dos ACS o desenho do território é a primeira tarefa dada aos profissionais que irão implantar um serviço de Atenção Primária à Saúde, nos moldes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que tal ação acontece em duas etapas: delimitação do espaço geográfico das áreas de abrangência das equipes e contagem dos domicílios.

A delimitação da área de abrangência é o recorte físico do território de atuação da equipe de saúde da família e consiste no mapeamento dos limites do território que deve considerar, além do espaço geográfico, outros fatores como: densidade demográfica, barreiras geográficas, vulnerabilidade social, dentre outros (RIO DE JANEIRO, 2011).

Depois dessa etapa, os ACS passam a fazer a contagem de domicílios e essa tarefa privilegia o número de famílias presentes numa determinada área que não é, necessariamente, equivalente ao número de casas existentes.

A esse respeito os ACS acompanhados informaram que no território onde atuam é comum encontrar diversas famílias dividindo o espaço físico em uma residência e, por isso, precisaram desenvolver estratégias para mapear as famílias conforme explicitado no excerto: “eu aprendi a contar pelos fogões, se tiver um fogão na casa é uma família, se houver dois fogões são duas e assim sucessivamente (ACS 1)”.

Tendo em vista que esses trabalhadores foram os primeiros a serem contratados para implementar a ESF no serviço estudado, ou seja, eles não contavam com a possibilidade de se apoiarem no conhecimento de trabalhadores mais experientes, a verbalização sobre a estratégia desenvolvida pelo ACS para contar as famílias de seu território coloca em evidência a contribuição desse trabalhador feita a partir do seu saber sobre a comunidade.

Assim, se por um lado o trabalho de desenhar o território permite ao ACS dar contorno à área de trabalho da sua equipe, esse contorno ganha sentido a partir de um conhecimento peculiar que este trabalhador agrega nesse processo. Isto tanto no que se refere a obter dados fidedignos, como, por exemplo, a quantidade de famílias disposta no território,

delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção” (GONDIM *et al.*, 2008 p. 237).

mas também no que tange a qualificação desses dados a partir do conhecimento dos ACS sobre as dimensões sociais, culturais e familiares que não são facilmente acessíveis numa perspectiva tradicional de atendimento em saúde.

7.1.1.2 Registro das condições de saúde da população

O cadastramento das famílias na ESF é feito para alimentar o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) que tem como objetivo: “conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos - e readequá-los, sempre que necessário - e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 2003 p. 5).

Os dados que alimentam o SIAB são recolhidos a partir do uso de fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias e posteriormente analisados por meio de relatórios de consolidação de dados (BRASIL, 2003). Cabe fazer uma distinção entre a tarefa de consolidação dos dados e de alimentação dos sistemas de informação que serão pormenorizadas adiante no item 8.2.4 e a tarefa de recolhimento das informações junto às famílias, tratada neste presente tópico.

Desse modo, apresenta-se, primeiramente, o elenco dos instrumentos que os ACS devem usar para cadastrar e acompanhar as famílias:

- a) cadastramento das famílias – Ficha A;
- b) acompanhamento de gestantes – Ficha B-GES;
- c) acompanhamento de hipertensos – Ficha B-HA;
- d) acompanhamento de diabéticos – Ficha B-DIA;
- e) acompanhamento de pacientes com tuberculose – Ficha B-TB;
- f) acompanhamento de pacientes com hanseníase – Ficha B-HAN;
- g) acompanhamento de crianças – Ficha C (Cartão da Criança);
- h) registro de atividades, procedimentos e notificações – Ficha D.

Sobre o preenchimento dessas fichas observou-se que ao contrário da tarefa de desenho do território, que é delimitada no tempo, a situação de cadastramento das famílias se dá de forma contínua, pois os ACS precisam manter atualizados os dados sobre sua área de abrangência e, por isso, respondem sobre o movimento das famílias, como mudanças e óbitos, por exemplo, bem como as demandas que surgem de outras esferas de gestão, conforme se verifica no excerto que segue: “Quando a estratégia começou aqui não precisava de

documento no cadastro, agora a prefeitura pediu CPF de todo mundo e a gente teve que ir atrás disso pra ontem, foi como refazer o cadastramento geral só pra pegar CPF” (ACS 1).

Por conseguinte, depois de feito o desenho do território os ACS iniciam o cadastramento das famílias que habitam em sua micro área visitando casa a casa para o preenchimento da FICHA A instrumento de registro que deve apresentar tanto informações referentes ao domicílio quanto aos indivíduos que compõem a família.

A primeira parte desse instrumento identifica a equipe responsável pela família; registra o endereço; quantas pessoas compõem a família; o tipo de domicílio, se de alvenaria, taipa, madeira, etc.; o número de cômodos; as condições de saneamento; se há fornecimento de energia elétrica, recolhimento do lixo, abastecimento e tratamento da água (BRASIL, 2003).

Entretanto, os ACS apontaram que as partes subsequentes da FICHA A podem ser fontes de maior dificuldade para seu preenchimento porque é necessário solicitar informações sobre a renda e as condições de saúde referidas como, por exemplo, uso de álcool e drogas, AIDS, violência doméstica e tentativa de suicídio. Para dar conta dos constrangimentos que podem surgir nesta tarefa, os ACS lançam mão de algumas estratégias que permitem coletar as informações necessárias, sem romper a relação com a população conforme ilustra as verbalizações a seguir.

Assim, eu espero pra ver se a pessoa vai ter mais confiança. Se perguntar logo se a pessoa tem AIDS ou se o marido bate nela aí pode ser que nunca mais essa pessoa abra a porta pra mim (ACS 1).
...antes eu ia perguntando tudo. Aí vi que as pessoas não me deixavam passar do portão. Essa casa aqui ó, a dona da casa nunca mais me deixou entrar. Agora eu vou com calma (ACS 4).

Outro aspecto que chama atenção na observação sobre o preenchimento dessa ficha se refere à abrangência dos dados de saúde que ela pretende identificar. Dados que vão desde as condições da saúde bucal, como dor, necessidade de prótese, condição da mucosa, até a identificação de condições específicas de saúde e risco como hipertensão, diabetes, hanseníase, desnutrição, aleitamento, tuberculose, dentre outras.

Ainda sobre o preenchimento da FICHA A, no que se refere às questões de saúde, cabe apontar que o manual do SIAB, que serve de guia para o preenchimento das fichas de registro, recomenda que para algumas doenças ou condições de saúde dos usuários os ACS não devem solicitar comprovação do diagnóstico como no caso de alcoolismo, chagas, diabetes, epilepsia, hanseníase, hipertensão arterial, malária, tuberculose. E há outros casos,

como gestação e deficiência, que podem ser constatados pelo ACS com ou sem referência do usuário (BRASIL, 2003).

A respeito desse quadro observou-se que os ACS têm dificuldade em dar conta do preenchimento dessa parte da ficha, quer seja pela quantidade de informações de saúde que devem ser colhidas; quer seja pela natureza distinta dessas informações ou, ainda, pela dificuldade em identificar que condições de saúde devem ser referidas e quais informações cabem aos ACS constatar. Esses três aspectos podem ser verificados, respectivamente, nas verbalizações destacadas a seguir.

É difícil você tem que saber tudo sobre mulheres em idade fértil, tabagista, gestante, hipertenso, diabético, menores de 2 anos (ACS 3).
...tem coisas que a gente sabe de ver, se a mulher tá grávida é fácil, obeso também. Mas é difícil saber da mucosa e se tá desnutrida a criança (ACS 2).
Se é caso de TB (tuberculose) que a gente já sabe é fácil, se a pessoa avisa que tem tudo bem. Se bem que TB eu já sei mais ou menos, fui aprendendo. Agora e as coisas da boca? (ACS 6).

Em suma, as observações sobre o preenchimento da FICHA A colocam em foco que esse instrumento de registro apresentam informações de naturezas distintas oscilando entre dados referentes a questões sociais e de saúde.

No que tange as questões relacionadas às condições sociais dos usuários, como escolaridade, emprego e situação familiar, os ACS se apoiam no conhecimento que dispõem sobre a dinâmica da comunidade por serem, muitas vezes, moradores do território onde atuam.

No entanto, para preencher os dados referentes às questões de saúde as dificuldades dos ACS são acentuadas por um lado pelo conhecimento restrito que têm no campo técnico da saúde e, de outro, pela gama extensa de questões de saúde que precisam levantar.

Tal quadro foi ratificado na observação do preenchimento dos outros instrumentos de registro como os diferentes modelos de FICHA B e cartão da criança. Tais instrumentos têm como finalidade registrar o acompanhamento de pessoas que pertencem a grupos prioritários para ESF, quais sejam: gestantes, crianças e pessoas com diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase.

O quadro 11 ilustra a variedade de informações relativas a diferentes condições de saúde que os ACS devem colher para cada uma das FICHAS B e, também da Ficha C.

Quadro 11 - Resumo das informações contidas nas fichas B e C

FICHA B GES	FICHA B HA	FICHA B DIA	FICHA B TB	FICHA B HAN	FICHA C
Data provável do parto	Fumante	Data da visita do ACS	Data da visita do ACS	Data da visita do ACS	Data de nascimento
Vacinas	Data da visita do ACS	Faz Dieta	Toma medicação diária	Toma medicação diária	Comprimento
Estado nutricional	Faz Dieta	Faz exercícios físicos	Reações indesejáveis	Data da última dose supervisionada	Peso em gramas
Data da consulta pre-natal	Medicação	Uso de insulina	Data da última consulta	Faz autocuidado (prevenção de incapacidades)	Perímetro cefálico
Data da visita do ACS	Faz exercícios físicos	Uso de hipoglicemiante ora	Exame de escarro	Data da última consulta	Apgar 5'
Fatores de risco	Pressão arterial	Data da última consulta	Comunicantes examinados	Comunicantes examinados	Tipo de parto
Resultado da gestação atual	Data da última consulta	Observações	Menor de 5 anos com BCG	Comunicantes que receberam BCG	Observações
Data da consulta de puerpério	Observações		Outras informações	Outras informações	Tipo de aleitamento

Fonte: elaborado pela autora com base em BRASIL (2003).

O quadro exposto lança luz ao fato de que o trabalho na interface entre a comunidade e o serviço de saúde demanda que os ACS mobilizem conhecimentos construídos no contato com as equipes, como os conhecimentos da área da saúde; e no contato com a população, como as estratégias para solicitar informações bem como, um cabedal que dispõem por fazerem parte da comunidade onde atuam.

Conforme disposto no início deste subtópico, no elenco dos instrumentos utilizados pelos ACS, encontra-se, também, a FICHA que registra a síntese das ações realizadas pelas equipes e tem dois campos que devem ser preenchidos pelos ACS: procedimentos e notificações.

No campo procedimentos os ACS devem registrar, na parte comum a todos os profissionais da equipe, o número de reuniões e visitas domiciliares realizadas no período de um mês. Convém destacar que o item reuniões, dessa ficha, refere-se às ações “realizadas pelo ACS, que contaram com a participação de 10 ou mais pessoas, com duração mínima de 30 minutos e com o objetivo de disseminar informações, discutir estratégias de superação de problemas de saúde ou de contribuir para a organização comunitária” (BRASIL, 2003 p. 41).

No campo notificações cabe ao ACS registrar o número de crianças menores de dois anos residentes em sua área de abrangência que tiveram: diarreia e realizaram Terapia de Reidratação Oral (TRO) ou infecção respiratória aguda (BRASIL, 2003).

Por fim, no que se refere ao preenchimento da FICHA D, todos os profissionais da equipe de saúde devem registrar o campo que trata da hospitalização ou de óbitos ao tomarem conhecimento de qualquer caso em sua área de abrangência, no mês de referência ou no mês anterior (BRASIL, 2003).

As observações sobre a tarefa de registro demonstram ainda que os ACS precisam estar constantemente em contato com a comunidade para identificar questões relacionadas às mudanças nas condições de saúde da população como uma nova gestante ou novos casos de doenças crônicas; situações de vulnerabilidade social como violência doméstica; desemprego; crianças ou idosos em situação de abandono; e, ainda, os movimentos que ocorrem no território como famílias que deixam ou chegam na área de abrangência do ACS.

Nessa direção, as ações realizadas fora da unidade de saúde na área de abrangência do ACS ganham uma dimensão diferenciada no trabalho desse ator especialmente no que se refere ao cumprimento do seu papel de interlocutor entre a comunidade e o serviço de saúde.

Nesse sentido o tópico a seguir explora a realização das visitas domiciliares que é, por sua vez, a tarefa que conjuga tanto as ações ligadas ao registro dos usuários, ora apresentadas, como também ações de vigilância em saúde e de apoio aos outros profissionais da ESF na entrada no território.

7.1.1.3 O trabalho do ACS no território adscrito: visitas domiciliares

Segundo a PNAB o ACS deverá acompanhar todas as famílias sob sua responsabilidade por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2012). A organização das visitas deve ocorrer respeitando a estratificação de risco descrita a seguir (RIO DE JANEIRO, 2011):

- a) Visitas diárias para acompanhamento de famílias que tenham pessoas com tuberculose ou hanseníase;
- b) Visitas mensais às famílias que tenham pessoas com hipertensão e diabetes severos, gestantes e crianças até um ano;
- c) Visitas trimestrais às famílias que tenham pessoas com hipertensão e diabetes leves, crianças maiores de dois anos e acamados.

Famílias que não se enquadram em nenhum desses grupos devem receber, no mínimo, uma visita anual do ACS.

Em relação à operacionalização das VD os ACS afirmaram que há situações no cotidiano do trabalho que dificultam o cumprimento dessas prescrições como exposto pela verbalização a seguir.

A gente não consegue fazer desse jeito, por exemplo, tuberculoso você não consegue visitar todo dia, você tem acolhimento, e você tem demandas totalmente diferentes. Se o meu trabalho fosse só fazer VD aí a gente conseguiria fazer isso aí (...) mas o programado nunca é o executado, sempre tem um impedimento uma reunião, um curso que aparece... (ACS 2).

De outro lado, os ACS também explicitam que a realidade no dia a dia também direciona a realização e a frequência das visitas que fazem conforme ilustram os excertos que se seguem.

Na minha área eu tenho quinze gestantes e nenhum tuberculoso, sendo que uma dessas gestantes é soropositiva (...). A área tem as suas prioridades (ACS 1).

Eu tenho gestantes que eu tenho que ir lá mais de uma vez por mês pra ver se elas foram na consulta, por exemplo uma que é obesa com princípio de crise hipertensiva e ela não fez consulta, nem papa, nem nada é em cima dela que eu fico (ACS 7).

Tinha uma senhora que eu precisava colher a urina no domicílio com sonda porque ela é acamada, e foi difícil conseguir ir lá com a técnica, mas eu fiz várias VDs lá porque era um caso que podia agravar, essa foi uma prioridade naquela semana (ACS 2).

Além das visitas que são de sua exclusiva alçada, conforme elenco anteriormente apresentado, os ACS devem, também, acompanhar as visitas domiciliares dos outros profissionais da equipe, especialmente médicos e enfermeiros. Nessa direção, cabe apontar que o enfermeiro deve fazer semanalmente dois turnos de VD e os médicos, um turno.

Frente a esse quadro, para organizar as VD realizadas semanalmente com outros profissionais da equipe da ESF foram identificados dois critérios de planejamento. O primeiro refere-se à necessidade dos casos e o segundo relaciona-se com a cobertura do território adscrito pelos profissionais de medicina e enfermagem.

Assim, no dia programado para realização da visita com outros profissionais os ACS se preparam coletando os prontuários dos casos que foram discutidos em reunião e, em sequência, junto à equipe, elaboram um roteiro. Esse roteiro prevê a realização de visitas domiciliares em todas as microáreas da equipe no período de um mês. No entanto, no

momento da ida ao território, o roteiro pode ser revisto em função da dinâmica dos casos, conforme se constata nas afirmações a seguir.

Vai pela prioridade, pega todos os prontuários e aí vê (...) os mais urgentes, porque os menos graves podem ser feitos em outro dia. Por exemplo enfermeira tem visita terça e sexta, na terça a gente escolhe aqueles que serão atendidos primeiro e os outros ficam pra sexta (ACS 7).

Hoje é dia da minha micro área que é a seis, tem um caso da cinco, que é uma área que a enfermeira já passou (...) está urgente então a enfermeira vai voltar lá. É sempre pela prioridade independente do programado (ACS 4).

Nesse sentido, vale salientar que os agentes de diferentes microáreas ou equipes colaboram entre si difundindo informações que julgam importantes para determinar as visitas prioritárias, conforme se observa nos excertos que seguem.

Eu moro no miolo do morro eu sei o que acontece, e então, se eu fico sabendo de alguma coisa eu aviso pra agente que cobre essa área e não tava sabendo... Olha fulana foi internada (ACS 5).

Importante que na minha equipe todo mundo conhece o caso de todo mundo. A gente funciona como equipe e vai passando as coisas que acontecem pra não deixar de atender quem tá precisando (ACS 3).

Eu estou vindo da facu ou do almoço eu vejo Dna fulana e pergunto: E aí tudo bem? Se a pessoa me responde que não está tudo bem, amanhã de manhã essa vai ser minha prioridade (ACS 4).

Ainda no que tange ao acompanhamento que os ACS fazem nas visitas em conjunto com os outros profissionais da ESF, foram observados entraves para realização dessas ações em demandas que impedem médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem a deixarem a unidade de saúde. Alguns ACS se expressaram a esse respeito, como se vê.

Tentativa de se organizar, mas às vezes não depende da gente. O médico não pode sair (...) A gente depende dos outros profissionais (ACS 4).

(...) se só tem uma enfermeira na unidade não dá pra cumprir a agenda, né? A unidade não pode ficar sem enfermeiro (ACS 1).

Com relação à realização das visitas domiciliares os dados apurados colocam em evidência que os ACS precisam integrar diferentes demandas para alcançar o cuidado da população sob sua responsabilidade.

Nesse sentido, destaca-se que esses atores precisam lidar com questões relativas ao gerenciamento dos casos recriando a estratificação de risco que se adéque à realidade do serviço, ora por conta da escassez de tempo em sua própria agenda, ora pelas dificuldades relativas à agenda dos diferentes atores da ESF.

7.1.2 Categoria 2 – Ações de promoção à saúde

A Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro preconiza que as ações de promoção da saúde contemplem tarefas educativas voltadas para os temas: alimentação saudável, promoção da prática de atividade física e controle do tabagismo (RIO DE JANEIRO, 2011).

Além disso, o referido documento indica que no âmbito das equipes de saúde da família devem ser fomentadas ações de promoção da saúde que estimulem a reflexão e a discussão incorporando as seguintes pautas:

Reconhecimento da identidade étnico-racial, Acolhimento e respeito à diversidade sexual e à diversidade religiosa, Instrumentos para a informação e a orientação ao usuário, Ações Inter setoriais que ampliem a rede de promoção da saúde e proteção social na comunidade, Estratégias que contribuam para a promoção da solidariedade e da cultura da paz, a prevenção de acidentes e violência, Atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários, Mobilização comunitária, Atividades que fortaleçam o protagonismo dos indivíduos e da comunidade (RIO DE JANEIRO, 2011 p. 81).

Com respeito às prescrições relativas à questão da promoção da saúde, cabe destacar, de antemão, que elas apresentam objetivos com espectro amplo que vão desde promoção de hábitos de vida saudáveis como, por exemplo, o combate ao tabagismo e a promoção da atividade física, até alcance de ideais relativos a uma sociedade mais inclusiva e solidária, com redução da violência e aumento da participação social.

Nesse sentido, embora o alcance de todos esses objetivos seja desejável, não fica claro como as equipes devem operar para atingi-los, tendo em vista que não há descrição dos recursos necessários para tanto.

Na realidade do serviço estudado, as ações de promoção realizadas contam com grupos de educação e promoção da saúde que abordam os seguintes temas: hipertensão e diabetes (HIPERDIA), gestante, criança (puericultura), aleitamento materno, adolescentes, Programa Saúde na Escola, grupo de combate ao tabagismo e grupo de incentivo à prática de atividade física. Esses grupos contam com a participação dos profissionais das equipes nucleares da ESF, das equipes de saúde bucal e do NASF que se revezam na coordenação das ações.

No que se refere à participação dos ACS nas práticas de promoção da saúde identificou-se, nesta pesquisa, que cabe a eles: articular espaços no território para realização das ações; divulgar e convocar o público-alvo; apoiar a organização dos grupos.

Além das práticas de promoção da saúde rotineiras, anteriormente apresentadas, também há a realização de ações sazonais de promoção da saúde que podem ser relacionadas em três categorias: campanhas, mutirões e comemorações.

As campanhas acontecem para enfrentamento de questões de saúde que se apresentam na realidade do serviço e podem ter origens em demandas da gestão municipal ou do MS. Toma-se como exemplos de campanhas: prevenção de dengue, vacinação como de pólio e gripe.

Os mutirões são realizados para enfrentamento de questões singulares como, por exemplo, mutirão para aumento da cobertura do exame preventivo de câncer de colo de útero. Por fim, verificou-se que em datas comemorativas também são realizadas ações de promoção da saúde como, por exemplo: Dia mundial do enfrentamento do Diabetes, Dia da luta antimanicomial, Dia do enfrentamento da Tuberculose.

7.1.3 Categoria 3 - Acolhimento

Conforme apresentado no primeiro capítulo desta tese o acolhimento trata-se de uma forma de manejar o acesso aos serviços de saúde no intuito garantir um atendimento mais efetivo aos usuários. No âmbito da ESF o acolhimento é atribuição de todos os profissionais das equipes de saúde da família e se configura como:

... escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo” (BRASIL, 2012 p. 44).

A SMSRJ, por sua vez, considera o acolhimento como uma diretriz clínica, que organiza o serviço e o processo de trabalho garantindo “acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado” (RIO DE JANEIRO, 2011 p. 15).

Desse modo, depreende-se que a organização dos serviços, pautada pelo acolhimento, deve permitir o fluxo estabelecido tanto para atendimento de demandas programadas quanto para as demandas espontâneas, o que corresponde à dimensão da

primeira avaliação e à identificação das necessidades dos usuários previstas pela PNAB (BRASIL, 2012).

Contudo, o modelo do acolhimento não se esgota nesse estabelecimento de fluxo dos usuários, pois prevê que sejam, também, estabelecidas novas formas de relacionamento entre a população e os profissionais de saúde. Assim, o acolhimento abarca também a pauta da responsabilização que se traduz no compromisso desses profissionais na busca de soluções para os problemas de saúde dos usuários no serviço ou em outros pontos da rede de atenção (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Diante disto, na realidade do serviço estudado buscou-se identificar o papel do ACS na realização do acolhimento aos usuários e, nesse sentido, observou-se que esses profissionais são a linha de frente do processo de acolhimento visto que ficam posicionados em baias localizadas na área de recepção da unidade de saúde na função de primeiro contato entre a população e os demais profissionais do serviço.

Operacionalmente verificou-se que a agenda dos ACS dispõe de dois a três períodos de quatro horas, semanalmente, para essa tarefa. O tempo atribuído para cada um dos ACS junto ao acolhimento é organizado por meio de uma escala construída pelo enfermeiro da equipe de saúde da família.

Assim, no período destinado ao acolhimento, o ACS toma lugar na baia da sua equipe e recebe os usuários que chegam para ser atendidos conforme ilustra o trecho a seguir.

E ficar ali na recepção pra os acolhimentos, hoje é dia de atendimento de gestante com a doutora. Então fico aguardando as gestantes agendadas, mas também chegam as demandas, gente com febre, vômito, diarreia ou alguma gestante com queixa que não tinha consulta no dia (ACS 2).

Cabe então distinguir os procedimentos usados pelos ACS para atender aos usuários que têm consulta marcada e aqueles que chegam espontaneamente. Os usuários com atendimento agendado são listados para atendimento com o médico ou com enfermeiro da equipe pelo sistema de prontuário eletrônico da unidade de saúde.

Nessa direção, o fluxo é receber o usuário e verificar se ele traz consigo o cartão do SUS, em que consta o número do prontuário registrado no Gerenciador de Informações Locais (GIL)¹³. Tendo em mãos o número do prontuário o ACS adota o seguinte

¹³ O Gerenciador de Informações Locais (GIL) destina-se à informatização da rede ambulatorial básica do Sistema Único de Saúde – SUS auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população atendida, subsidiando os gestores nas tomadas de decisões (GIL, 2016).

procedimento: "Peço pra pessoa aguardar, pego o prontuário e mando ela ir pra sala de espera do consultório" (ACS 2).

No entanto, se o usuário com atendimento agendado não apresenta o cartão do SUS o ACS precisa, primeiramente, solicitar algumas informações do usuário que permitam efetuar a busca do número do prontuário da pessoa no GIL e depois faz o mesmo encaminhamento citado no parágrafo anterior. "...pego nome e data de nascimento e jogo no GIL pra achar o número do prontuário" (ACS 2).

O termo demanda espontânea se refere ao usuário que busca atendimento na unidade sem agendamento. Nesse caso, o procedimento do ACS é receber o usuário, registrar o atendimento no sistema e encaminhá-lo para uma avaliação com o técnico de enfermagem. Contudo, convém destacar que os ACS fazem uma triagem dos casos que chegam verificando se, realmente, a demanda por atendimento é pertinente conforme ilustram os trechos a seguir.

Desde antigamente, desde antes de existir a estratégia, o usuário tem uma cultura que seja a hora que for ele chega no posto e tem que ser atendido. Às vezes é pra mostrar um exame, ele quer mostrar o exame e a gente tem que explicar que não é assim, que tem que esperar o agendamento da consulta, que vai abrir tal dia (ACS 3).

Gestante que chega com sangramento não pode atender aqui, essa tem que mandar pro PS, é emergência (ACS 1).

Durante o acompanhamento da tarefa de acolhimento verificou-se que os ACS conseguem antecipar a variação no fluxo de atendimento em função do perfil da agenda, horário ou dia da semana, como se verifica:

na minha equipe o pior dia de atendimento é quinta feira (ACS 2).

(...) dia de hipertenso e diabético é mais complicado, porque é dia de trocar receita dá muita gente (ACS 2).

Segunda cedo é ruim pra todo mundo, todas equipes, porque todos os problemas se resolvem na segunda. Ressaca, cara de pau. Segunda tem muita gente que vem pedir atestado" (ACS 3).

Entretanto, os ACS não possuem margem de manobra suficiente para regular a fila de acordo com seu conhecimento. Aliado a esse quadro verificou-se, também, que existe aumento do tempo de atendimento quando os ACS precisam preencher alguns formulários como, por exemplo, a Guia Rosa usada para registro da coleta do exame de preventivo de

câncer de colo de útero; a condicionalidade do bolsa família¹⁴ e a marcação de consultas de pré-natal.

Assim, nos dias em que houve mais usuários que demandavam o preenchimento dos formulários ora citados o tempo gasto no acolhimento foi significativamente maior se comparado aos outros dias. Questionado a respeito desta situação o ACS assim se expressou: “Olha aí uma coleta (papanicolau), um bolsa família, uma coleta, um bolsa família. Se chega uma marcação de pré-natal a fila não diminui nunca mais.” (ACS 2).

Na perspectiva dos ACS o preenchimento desses formulários, a recepção de usuários para mero registro do atendimento e a marcação de consultas, que é outra atividade que eles realizam enquanto estão na baia da recepção, descaracterizam seu trabalho no acolhimento conforme ilustram as verbalizações colhidas em diferentes momentos da observação.

Isso aqui é trabalho do ACS? Colher dados do território é trabalho do ACS?
Mas bolsa família não é coisa para assistente social? E recepção não é coisa pro administrativo? (ACS 2).

... o acolhimento vira trabalho de recepção...(ACS 2).

Ficar na baia pra marcar consulta é trabalho de recepcionista (ACS 2).

...pra mim, o acolhimento é receber as pessoas que chegam como se você fosse recepcionista (ACS 6).

O acompanhamento dos ACS durante o acolhimento permitiu identificar o seu papel de linha de frente dentro do serviço, visto que eles são os primeiros a receber os usuários e, nesse sentido, eles realizam seleção dos casos em que:

- a) precisam ser acolhidos pelas equipes de saúde da família;
- b) podem ser atendidos por meio de agendamento;
- c) devem ser encaminhados a outros serviços.

Além disso, as observações do trabalho dos ACS no acolhimento permitiram demonstrar que esses profissionais têm conhecimento de fatores que determinam o aumento do tempo gasto pelos usuários relacionados com a natureza dos atendimentos previstos na agenda ou com o tipo de procedimento que devem realizar.

Tal quadro evidencia que a atribuição do acolhimento agrega outras tarefas como o preenchimento de formulários e a realização da condicionalidade do bolsa família que,

¹⁴ O acompanhamento das condicionalidades na área da saúde para o Bolsa Família é de responsabilidade do Ministério da Saúde/MS e se configura em uma atribuição dos ACS. Para manter o benefício a família deve estar em dia com calendário vacinal, e fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos, bem como, de gestantes e nutrízes.

apesar de estarem na pauta do trabalho do ACS, implicam na mobilização de conhecimentos e ferramentas que não são, necessariamente, as mesmas usadas no acolhimento.

Finalmente, cabe destacar a percepção que os ACS têm em relação a alguns aspectos do trabalho nas baias de acolhimento ao comparar essa tarefa ao trabalho administrativo ou de recepcionista que descaracteriza o seu papel dentro da ESF.

7.1.4 Categoria 4 – Manejo no sistema de informação

O acompanhamento do trabalho dos ACS permitiu identificar que parte das ações desses profissionais, dentro da unidade de saúde, refere-se à alimentação e uso de dados dos sistemas de informação nas seguintes situações:

a) No acolhimento – os ACS usam os sistemas de informação para acessar o número de prontuários e agendas dos outros profissionais da equipe, bem como, atualizar o cadastro dos usuários e efetuar os registros dos atendimentos.

b) No fechamento dos relatórios consolidados – os ACS fazem a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde

Tendo em vista que alguns aspectos do manejo dos sistemas de informação no acolhimento já foram abordados no tópico anterior esta seção trata, especificamente, da tarefa de inclusão do relatório SSA 2 no GIL. Justifica-se que a escolha em aprofundar o estudo dessa tarefa foi guiada pelos dados apurados em campo, validados pelos trabalhadores, que apontam sua significância entre as demais tarefas de manejo de sistemas de informação.

7.1.4.1 Inclusão do relatório SSA2 no GIL

O GIL tem a finalidade de integrar os diversos sistemas da Atenção Básica unificando a entrada de dados sobre a morbidade da população para monitoramento e planejamento contínuo do sistema de saúde no Município (BRASIL, 2009).

Os trabalhadores afirmaram que esse sistema está em uso há mais tempo na unidade e é utilizado pelos ACS, predominantemente, em dois momentos: no acolhimento e para registro e atualizações da planilha SSA2.

Cabe apresentar algumas características do SSA2 que é um relatório cujo objetivo é sintetizar informações recolhidas ESF, por meio das fichas A, B, C e D conforme ilustra a figura 7.

Para organizar os dados que entram no relatório consolidado os ACS preparam as informações fazendo anotações em cadernos ao longo do mês. Isso, de acordo com trabalhadores acompanhados, facilita a realização da tarefa. “O macete é você deixar tudo organizado, ter o número de hipertensos, número disso e daquilo e você deixa tudo anotado, só vai atualizando mês a mês. As coisas não mudam tanto, acho que só as VDs que mudam muito” (ACS 4).

O registro do relatório SSA2 acontece em dias definidos pelo nível central de gestão, ou seja, há datas em que todos os ACS precisam, imperativamente, alimentar o sistema. Nesse sentido, observaram-se limitações concretas para realização dessa tarefa em decorrência do número insuficiente de máquinas para a quantidade de ACS, conforme relato: “24 ACS e 4 máquinas: não tem computador suficiente” (ACS 3).

Figura 7 - dados consolidados no relatório SSA2

FICHA A -
Famílias cadastradas
FICHA B - GES -
Nascidos vivos
Gestantes cadastradas
Gestantes < 20 anos cadastradas
Gestantes acompanhadas
Gestantes com vacina em dia
Gestantes com consulta de pré-natal no mês
Gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre
FICHA B - DIA -
Diabéticos cadastrados
Diabéticos acompanhados
FICHA B - HA -
Hipertensos cadastrados
Hipertensos acompanhados
FICHA B - TB -
Pessoas com Tuberculose cadastradas
Pessoas com Tuberculose acompanhadas
FICHA B - HAN -
Pessoas com Hanseníase cadastradas
Pessoas com Hanseníase acompanhadas
FICHA C -
Nascidos vivos pesados ao nascer
Nascidos vivos pesados ao nascer, com peso menor de 2.500 gramas
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento misto
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com as vacinas em dia
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas
Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com as vacinas em dia
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas
FICHA D -
Visitas domiciliares
Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia
Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO
Crianças menores de 2 anos que tiveram IRA
Hospitalizações ocorridas no mês
Óbitos ocorridos no mês

Fonte: Brasil (2003).

Além do número restrito de computadores na unidade investigada alguns desses aparelhos têm uso destinado para o acolhimento dos usuários na unidade. Essa questão impacta a tarefa de alimentação do sistema, tanto porque o acolhimento ocupa máquinas, quanto pelo fato de que os agentes escalados para essa função não têm disponibilidade para lançar os dados, o que é ratificado pelas verbalizações a seguir: “Quem fica no acolhimento é só acolhimento não dá pra usar as máquinas para outra coisa no acolhimento” (ACS 3). “Não dá pra ficar no acolhimento e alimentar o sistema” (ACS 2).

A precariedade da manutenção das máquinas e da conexão é outra questão que se coloca como uma dificuldade para a tarefa de alimentação dos sistemas conforme expressam os ACS a seguir.

O computador da baia desliga de dois em dois minutos (ACS 2).
... SSA 2 junta esses dados e coloca mais apetrechos. A gente é cobrado no sistema, quando o sistema funciona. Falta máquina, falta internet (...) esse tantinho de computador é pra quatro equipes completas (ACS 2).

Em face à limitação imposta pela falta dos computadores e a fim de responder à tarefa de alimentação do sistema na data esperada os agentes desenvolveram algumas estratégias.

A primeira estratégia identificada conta com a cooperação da equipe que reúne os dados a serem atualizados no sistema e passa para a enfermeira que se encarrega de digitalizá-los, visto que os consultórios dispõem de computadores para uso dos médicos e enfermeiros. “a enfermeira pode lançar se for tudo já organizadinho” (ACS 4).

A outra estratégia é a organização de um rodízio entre os ACS para uso dos computadores que, diante da necessidade, utilizam, inclusive, máquinas da unidade que não são a eles destinadas. Sobre o desenvolvimento dessa estratégia, alguns agentes assim se expressaram. “Os ACS fazem uma fila com hora marcada para usar o computador. Mas tem dia que não dá pra conciliar. A gente usa inclusive o computador do auditório, da enfermeira, o que der pra usar” (ACS 1).

O acompanhamento do manejo do sistema de informação lança luz ao fato de que embora sejam os ACS responsáveis pela inclusão dos relatórios SSA2 no sistema, e dessa tarefa ter prazo determinado para seu cumprimento, não há um período na agenda dos profissionais destinado a esse fim. Conseqüentemente, o registro dos dados no sistema ocorre em detrimento de outras ações do ACS conforme explicita um dos trabalhadores

acompanhados: “A gente larga visita, larga tudo que tiver que fazer pra lançar SSA. Só não larga acolhimento porque não tem jeito” (ACS 2).

Soma-se a isso a falta de equipamentos disponíveis para a quantidade de agentes e a precariedade do sistema e da rede de *internet* que dificultam ainda mais a realização do registro dos dados no GIL. Para enfrentamento dessa situação os ACS contam com algumas estratégias: registro e contabilização dos dados com antecedência; organização de fila para uso dos equipamentos da unidade, sejam destinados ou não ao uso dos ACS; e apoio de outros profissionais da equipe para lançamento dos dados.

Finalmente, evidencia-se que as ações empreendidas pelo ACS para a alimentação do sistema de informação demanda a mobilização do conhecimento que esses trabalhadores têm sobre a saúde da população reduzindo-o a dados quantitativos e administrando a escassez de tempo e a precariedade dos recursos necessários para alcançar os objetivos relativos a essa tarefa.

7.1.5 Categoria 5 – Reuniões

Durante a realização desta pesquisa foi possível acompanhar a participação dos ACS em três tipos de reuniões, que tiveram suas características sumarizadas no Quadro 12.

Quadro 12 – Caracterização das reuniões do serviço acompanhado

	Reunião de Equipe	Reunião do Colegiado	Reunião ação de promoção da saúde
Frequência	Semanal	Mensal	Sazonal
Participantes	Todos profissionais da equipe de saúde da família; Representantes do NASF; Representantes da equipe de saúde bucal.	Todos os profissionais que trabalham na unidade que estejam presentes no momento da reunião	Profissionais envolvidos na organização da tarefa.
Natureza dos temas discutidos	Casos dos usuários; Processos de trabalho das equipes; Informes diversos.	Organização do trabalho na unidade de saúde; Informes oriundos de outros níveis de gestão.	Planejamento de ação específica; Levantamento de recursos; Divisão de tarefas.

Fonte: elaborado pela autora.

Os dados relativos ao acompanhamento da participação dos ACS nas reuniões de equipe são explorados de forma detalhada no capítulo X desta tese. Portanto, este tópico aborda apenas o papel desse ator nas reuniões de colegiado e de planejamento de ações de promoção da saúde.

A participação dos ACS na reunião de colegiado é compatível com a participação dos demais profissionais tendo em vista que foi observado que esses trabalhadores colocaram suas questões, com relação às pautas discutidas, com igual interesse e colaboração que os demais participantes se posicionaram.

No que tange ao acompanhamento do ACS nas reuniões direcionadas às ações de promoção à saúde, verificou-se a importância desse trabalhador como mediador entre equipes de saúde e a comunidade, como conhecedor da população adscrita e, sobretudo, como apoiador das ações planejadas.

7.2 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

O presente capítulo analisou as tarefas do ACS e demonstrou que o trabalho desses profissionais é concebido por meio das lógicas diversas que se dão a partir da apreensão das seguintes questões:

a) O trabalho de desenho do território não se resume em contar famílias que habitam na área de abrangência da equipe da ESF tendo em vista que o diagnóstico a ser feito não é meramente quantitativo. Logo, cabe ao ACS a primeira qualificação dos dados que emergem do território. Qualificação calcada no conhecimento desse trabalhador sobre a comunidade da qual ele, também, faz parte. Nesse sentido o trabalho do ACS é fundamental para integrar as dimensões sociais e culturais da comunidade no processo de concepção dos PTS.

b) A tarefa do ACS no cadastramento das famílias, por meio do uso de instrumentos de registo, trouxe à tona a diversidade de informações que esses trabalhadores precisam manipular, pois além de identificarem as famílias e cadastrar todos os seus membros têm que informar a situação de moradia e outras questões adicionais que permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas pelas quais são responsáveis.

Todavia, o preenchimento das fichas também abarca o registro de dados referentes a diferentes condições de saúde como: gestação, doenças infectocontagiosas e crônicas, acompanhamento do desenvolvimento infantil. E ainda sobre questões socioeconômicas e de organização familiar como: renda, escolaridade, violência, destino do lixo, condições de saneamento, rede de suporte social das famílias.

c) No que diz respeito às VD, além das ações de cuidado relacionadas a essa tarefa, os ACS realizam a regulação dos casos a serem atendidos tendo em vista tanto as

necessidades de saúde da população que não são estanques como, também, a disponibilidade de outros profissionais da equipe.

d) Sobre o trabalho nas ações de promoção da saúde as análises realizadas permitiram identificar que essa tarefa apresenta objetivos muito amplos e com pouca definição de como efetivá-los. Nesse contexto, o ACS toma parte dos trabalhos que acontecem nas equipes como um apoiador tanto das ações rotineiras, como grupos de combate à hipertensão, diabetes e de puericultura, como também das ações sazonais como mutirões e campanhas de vacinação.

e) Quanto ao trabalho no acolhimento, fica patente a primordialidade do ACS na linha de frente do serviço o que mais uma vez revela o seu papel na regulação dos atendimentos. Além disso, a análise dessa dimensão do trabalho do ACS desvelou a questão da incorporação de tarefas que, na percepção dos trabalhadores acompanhados, são atribuições burocráticas que descaracterizam o seu trabalho na ESF.

f) A tarefa de manejo dos sistemas de informação evidenciou que os ACS precisam de um lado, transformar o conhecimento que têm sobre as condições de saúde, em dados quantitativos; e de outro lado, precisam gerenciar a escassez de tempo e de recursos materiais para lançar os dados no sistema.

Os pontos destacados lançam luz para o fato de que a heterogeneidade presente no trabalho do ACS não diz respeito somente à questão do trabalho interdisciplinar, mas também está presente, de forma acentuada, na conformação das tarefas legadas a esse trabalhador.

Assim, nessa perspectiva, observou-se a existência de uma heterogeneidade extrínseca no trabalho dos ACS, que é relativa à interdisciplinaridade preconizada para o trabalho na ESF. Mas também há uma heterogeneidade intrínseca que se refere às diferentes racionalidades presentes nas tarefas desses atores.

Em suma este capítulo apresentou as tarefas do ACS e analisou de forma panorâmica seu trabalho o que foi útil para demonstrar as lógicas que se apresentam na conformação das tarefas desse trabalhador. Os capítulos seguintes abordam o papel do ACS na construção e efetivação dos PTS avançando, assim, na documentação e discussão das hipóteses que nortearam esta tese.

CAPÍTULO VII - O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA EXECUÇÃO DOS PTS

Este capítulo faz uma análise da atividade dos ACS na execução dos PTS com o objetivo de explorar suas contribuições e os constrangimentos¹⁵ enfrentados no intuito de alcançar o objetivo do seu trabalho.

Assim, os dados que aqui se apresentam focam a diligência do ACS para integrar no atendimento das necessidades de saúde da população as múltiplas dimensões presentes nas suas atividades. Isto se presta a documentar os argumentos que sustentam que o trabalho do ACS tem uma lógica própria conforme explicitado na segunda hipótese desta tese.

Para tanto, são apresentados a seguir quatro casos eleitos de acordo com o critério de intensidade. Segundo Patton (2005) esse critério privilegia os casos comuns ricos em informação que permitem conhecer um determinado fenômeno em profundidade; ou seja, não se tratam de casos extremos com êxitos ou fracassos exemplares e sim de casos que puderam ser acompanhados minuciosamente permitindo uma análise criteriosa dos dados colhidos. Frente a isso a apresentação desses casos aborda três eixos:

- a) demanda – exposição da solicitação e do contexto do caso;
- b) ações empreendidas – descrição do que fez o ACS para atender a demanda;
- c) análise do caso – observações a respeito da lógica do trabalho do ACS no caso

ilustrado.

8.1 A USUÁRIA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

8.1.1 Demanda

Usuária idosa da ESF que vinha perdendo a visão e que fora atendida recentemente em um serviço especializado. O referido caso foi discutido em reunião de equipe e pactuou-se que a usuária deveria ser contemplada na agenda de VD da enfermeira, naquela semana. A VD planejada tinha como objetivo saber o que havia ocorrido no serviço

¹⁵ Nota da autora com adaptação de Guérin *et al.* (2001) e do dicionário Priberam: Em português a palavra constrangimento tem significado de acanhamento e embaraço, mas também é o ato de constranger. Logo, ressalta-se que o uso dessa palavra em Ergonomia está ligado mais fortemente ao ato de constranger e seus sinônimos como, por exemplo, impedir o movimento de, forçar, obrigar; do que ao significado de embaraço.

de maior complexidade, bem como, coletar mais dados a respeito das condições de saúde dessa usuária visando a reelaboração do seu PTS.

8.1.2 Ações empreendidas

Inicialmente é importante reiterar que, conforme apresentado no capítulo anterior, a VD com o acompanhamento da enfermeira da equipe contempla diferentes micros áreas; ou seja, essa profissional atende usuários sob a responsabilidade de diferentes ACS. Assim, antes da saída para realização das visitas foi realizado um *briefing* que serviu para mapear os casos a serem atendidos naquele dia.

Desse modo, destaca-se que chegando ao território, enquanto a enfermeira foi atender casos com outro ACS, o profissional acompanhado por esta pesquisa realizou uma série de ações descritas, em momento oportuno, neste capítulo.

Assim, quando o ACS encontrou-se com a enfermeira da equipe eles prosseguiram para realizar a VD programada. No entanto, ao chegar ao domicílio da usuária com deficiência visual os profissionais constataram que os documentos relativos à consulta realizada em outro serviço, assim como as prescrições de medicamentos, estavam na casa da filha da usuária.

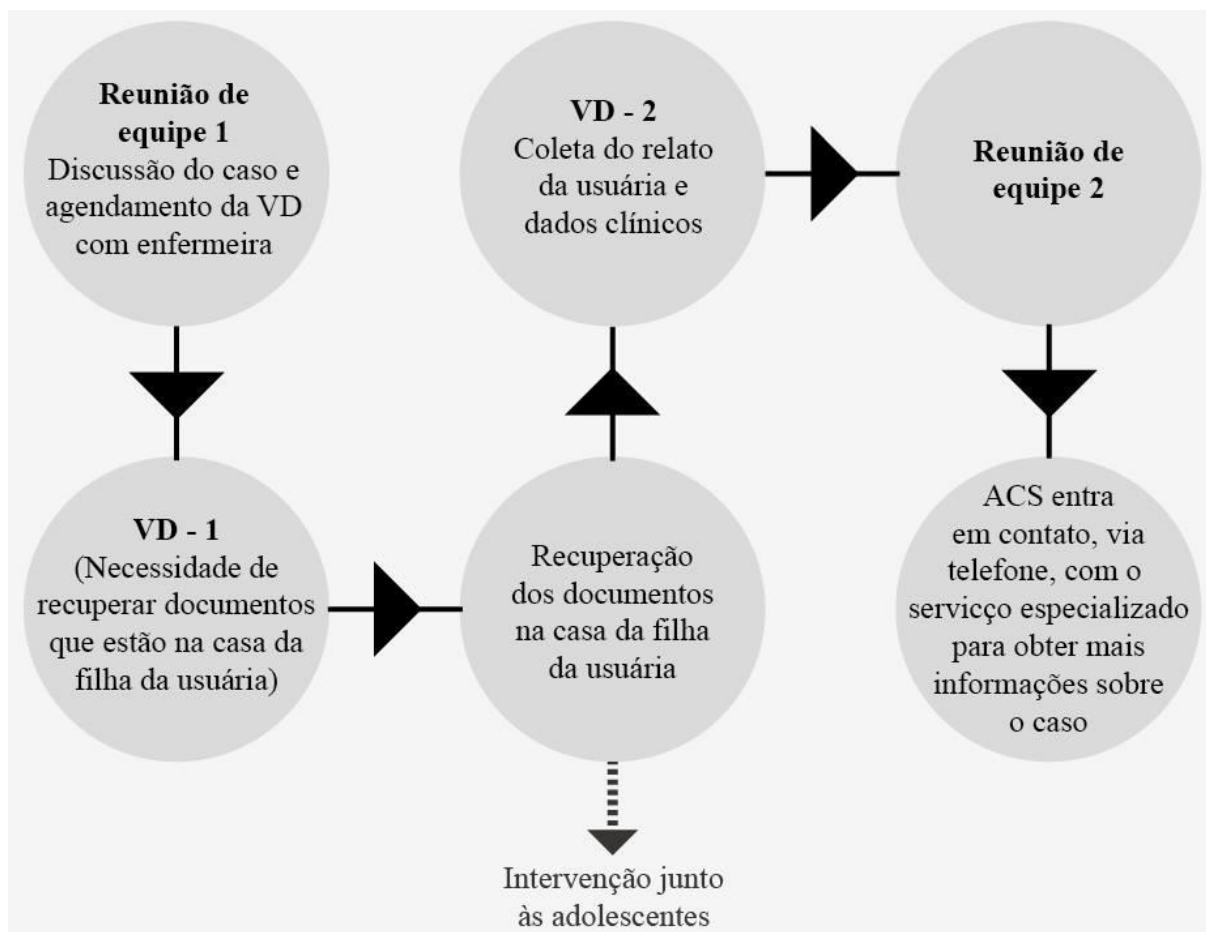
Para atender ao objetivo da visita a enfermeira prosseguiu com o atendimento de outros usuários e coube ao ACS buscar os documentos e receitas na casa da filha da usuária. Entretanto, ao chegar à casa da filha da usuária o ACS encontrou três adolescentes que deveriam estar na escola. À vista disso, o trabalhador solicitou os documentos que foi buscar e aproveitou a oportunidade para conversar com as adolescentes abordando a importância da escolarização. Além dessa conversa, o ACS se ofereceu para escutar as demandas dessas adolescentes em outro momento e as convidou para o grupo de adolescentes, que a equipe estava implementando.

Em seguida o ACS encontrou a enfermeira e retornaram à casa da usuária onde colheram o relato sobre o atendimento no serviço especializado; a enfermeira aferiu pressão e fez exame clínico na usuária.

Por conseguinte, as informações recolhidas por meio do relato da usuária, dos registros no documento do outro serviço e da coleta de dados clínicos foram levadas para discussão em uma segunda reunião de equipe para reconfigurar o PTS dessa usuária. Nessa reunião foi levantada a necessidade de dirimir dúvidas relacionadas ao prognóstico do tratamento da usuária cabendo ao ACS a função de ligar no serviço especializado.

O conjunto das ações realizadas em decorrência da VD junto à usuária com deficiência visual pode ser observadas na figura 8 a seguir.

Figura 8 – Sequência de ações decorrentes da realização da VD à usuária com deficiência visual



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados apurados.

O fluxo previsto para o ciclo de alimentação desse PTS era: a discussão em reunião de equipe, uma visita domiciliar e a rediscussão do caso na reunião seguinte. Contudo, conforme a figura 8 evidencia, as decisões tomadas na construção de um PTS se desdobram na realidade do trabalho dos ACS. Nessa direção, tal figura demonstra as ações do ACS para preencher o hiato entre o que foi prescrito: colher mais dados sobre a condição de saúde da idosa, e o real: colher documentos e prescrições, que se encontravam em outro endereço, a fim de verificar informações importantes sobre a paciente.

Outro dado apresentado nessa ilustração refere-se à realização de uma ação que não estava prevista nem se relacionava com o PTS em questão, mas que o ACS identificou como essencial ao seu trabalho: a conversa com as adolescentes que se configurou como uma ação de promoção da saúde.

Essa ação demonstrou que o ACS identificou a situação de vulnerabilidade em que adolescentes se encontravam e então, por meio de uma conversa, esse ator abriu espaço para a construção de um vínculo com essas usuárias. Nesse contexto, o encontro entre o ACS e as adolescentes registrou uma situação em que o ACS atuou como representante do serviço de saúde junto à comunidade.

8.1.3 Análise do caso

A análise do caso apresentado focaliza o trabalho de interlocutor do ACS em duas situações. Uma delas refere-se ao trabalho que mobiliza o conhecimento sobre a comunidade para alimentar um PTS; a outra e diz respeito às suas ações na comunidade como representante do serviço quando mobiliza outro quadro de conhecimento para embasar essas ações.

Nessa perspectiva, a ida do ACS no território, com a enfermeira, para buscar mais informações sobre o caso da usuária que vinha perdendo a visão permitiu identificar o trabalho desse ator na interface entre a comunidade e o serviço.

Tal atividade ainda coloca em evidência que o trabalho do ACS forneceu subsídios para que a coordenação do cuidado se efetivasse em dois momentos. O primeiro foi quando o ACS se esforçou para buscar documentos que tinham o registro do atendimento da usuária, em outro serviço; o segundo se refere ao contato com o serviço realizado por esse trabalhador, após a discussão do caso, na segunda reunião de equipe.

Na direção oposta, a atividade de promoção de saúde realizada junto às adolescentes demonstrou o papel do ACS como um representante do serviço de saúde na comunidade. Essa atividade também deu visibilidade ao trabalho do ACS pautado pela lógica do acolhimento e da construção de vínculo.

8.2 CASOS QUE EMERGIRAM DO CONTATO DO ACS COM O TERRITÓRIO

8.2.1 Demanda

Esta seção não trata de um caso específico, mas das ações que ocorreram à margem do atendimento da usuária com deficiência visual relatado anteriormente.

8.2.2 Ações empreendidas

Assim que o trabalhador chegou ao território a primeira ação foi procurar a associação de moradores do bairro visando o agenciamento de espaço para realização de um grupo de promoção da saúde a ser implementado cuja organização vinha sendo discutida por meio das reuniões de equipe. Dessa forma, o trabalhador entrou em contato com a pessoa responsável pela associação e negociou as possibilidades do uso do espaço para a realização do grupo.

Contudo, dentro da associação de moradores, antes que o ACS conseguisse terminar o agenciamento do espaço, o profissional foi interpelado por uma usuária que solicitou informações sobre o agendamento de consultas. Nesse momento o ACS interrompeu a ação que estava desenvolvendo e prestou devidos esclarecimentos.

Esse encontro com a usuária na associação de moradores trata-se de uma situação exemplar que se repetiu durante a jornada acompanhada porque a partir do momento que o ACS entra em cena no seu território de atuação é abordado pelos usuários com demandas diversas que vão, desde pedidos de esclarecimento sobre agendamento de uma consulta até o recebimento de informações relevantes sobre a dinâmica do território e da saúde da população.

A respeito desses encontros observou-se que eles ocorreram tanto pela procura dos usuários pelo ACS como o contrário. Visando explorar mais profundamente as ações que emergiram desses encontros fez-se necessário agrupá-las em categorias, conforme se segue, a fim de analisá-las.

a) Orientação e agendamentos de consultas: se constituíram na ação realizada em maior número e a maioria foi resolvida pelo ACS, quer seja pela efetivação do agendamento no momento do encontro, quer seja pela oferta de informação de como realizar o atendimento na Unidade de saúde.

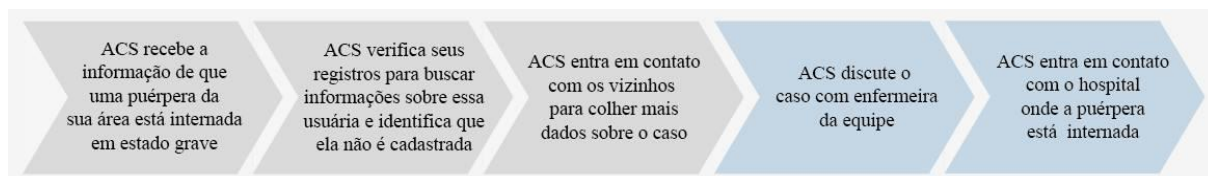
b) Agenciamento de espaço na comunidade para realização do grupo de adolescentes pela equipe de saúde da família: conforme tratado nesta seção, essa ação se referiu à demanda da equipe para realização de uma ação de promoção da saúde no território.

c) Identificação de gestante não cadastrada: o ACS identificou uma gestante na rua e a abordou para saber se estava fazendo o pré-natal e, nesse encontro, descobriu que a gestante havia se mudado recentemente para sua área, surgindo, então, a necessidade de fazer o seu cadastro.

d) Recebimento de informação sobre puérpera internada em estado grave: esse caso destacou-se por conta de seus desdobramentos que serão relatados a seguir. O ACS é contactado por um vizinho de uma puérpera que tinha se mudado recentemente para o território e que estava internada em estado grave por complicações decorrentes do parto. Logo, frente à relevância dessa informação a primeira atitude do ACS foi verificar se essa usuária já estava cadastrada no serviço.

Em seguida, como se tratava de um caso novo, o ACS conversou com os vizinhos da referida usuária para tentar obter mais informações sobre o caso para, também, ver se conseguia contato com a família. A figura 9 ilustra a sequência de ações que foram desdobradas a partir desse encontro.

Figura 9 – Ações decorrentes da informação sobre internação de uma puérpera em estado grave



Fonte: elaborado pela autora

Obs.: As ações em cinza ocorreram no território no momento da observação e as em azul são desdobramentos desta ação que ocorreram fora do território

Essa figura demonstra que para atender a demanda do caso da puérpera o ACS realizou várias ações sendo que algumas foram feitas no território e outras foram tratadas com outros profissionais da equipe na unidade de saúde e, ainda, por meio de contato com outros serviços da rede.

8.2.3 Análise das situações acompanhadas

O acompanhamento das situações relatadas colocou em evidência alguns aspectos sobre o trabalho do ACS que serão listados a seguir.

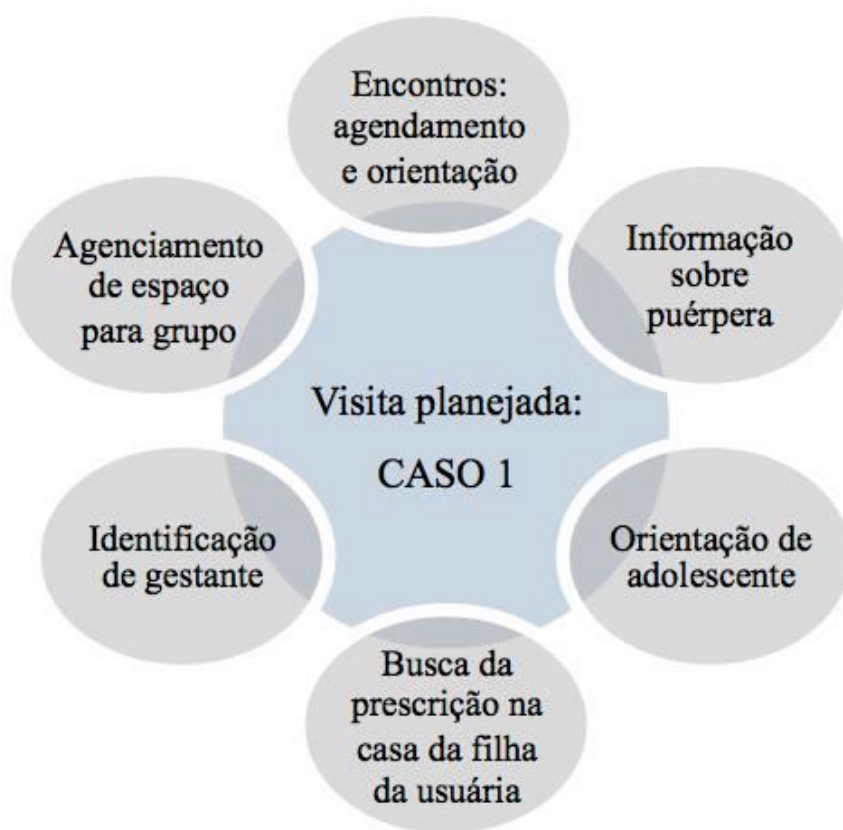
a) As demandas que chegam para o ACS têm natureza muito variada, sendo umas corriqueiras e que são resolvidas com a oferta de uma informação, enquanto outras são urgentes e demanda tomada de ação imediata, como no caso da usuária internada por conta de complicações no parto. Nessa mesma direção observou-se que algumas demandas se

controem a partir da lógica da prevenção e da promoção da saúde que são características da ESF enquanto são urgências e que precisam ser resolvidas de forma imediata.

b) Algumas dessas atividades são iniciadas e terminadas no momento do encontro dos ACS com os usuários, como no caso do agendamento de consultas. No entanto, há situações em que uma demanda se desdobra em outras ações, como ilustrado no caso da puérpera internada em estado grave ou mesmo da visita planejada como ilustraram as figuras 8 e 9.

A figura 10 apresenta a atividade central pela qual a ida ao território foi planejada e as ações não planejadas que se desenvolveram no decorrer da jornada de trabalho deste profissional

Figura 10 – Ações realizadas pelo ACS durante o acompanhamento de uma VD planejada



Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados colhidos em campo

Esta figura oferece uma visão geral do acompanhamento da jornada do ACS no território em que tinha, como objeto central do atendimento, uma demanda gerada em reunião de equipe, mas que não se efetivou de forma isolada.

Logo, foram observadas atividades imprevistas que se desdobraram a partir da demanda da VD programada como a busca dos documentos na casa da filha da usuária, além de outras que, embora não programadas, são abarcadas no dia a dia do trabalho do ACS em decorrência do seu contato com a comunidade que atende. Esse fato demonstra a natureza da atividade de interface desse trabalhador.

Desse modo, tais observações evidenciam que é o contato desse trabalhador com a população atendida, e sua imersão na comunidade de uma forma mais fluida que permite recolher dados importantes para alimentar a construção dos PTS.

Nessa direção destaca-se o caso em que o ACS foi informado por um morador a respeito da puérpera que havia sido internada. Tendo em vista que essa usuária tinha se mudado recentemente para área o ACS procurou mais informações sobre o caso: onde ela estava internada? Ela tinha familiares que moravam na área e que poderiam fornecer mais dados sobre o caso? Ela e o bebe tinham uma rede de suporte social?

Ora, são tais informações que permitem colocar em pauta um PTS para essa usuária; pois sem o trabalho do ACS a identificação do caso não seria possível ou pelo menos não teria ocorrido com a presteza que foi verificada. E, além disso, ao descobrir onde a usuária estava internada o ACS forneceu um dado que possibilitou à equipe fazer a coordenação do cuidado recolhendo informações sobre o quadro de saúde da usuária no contato com o hospital.

Todavia, o trabalho do ACS não se esgotou aí visto que procurou saber das condições de moradia da usuária e, ainda, se ela e o recém-nascido contavam com o apoio da família ou da comunidade, evidenciando a efetivação da clínica ampliada, visto que a inclusão dessas informações, na pauta do cuidado, amplia o atendimento das necessidades de saúde para além da dimensão biomédica estrita resultando no enriquecimento dos PTS.

O quadro apresentado fornece elementos para compreender alguns aspectos a respeito da lógica própria do trabalho do ACS que não se circunscreve rigidamente no universo tradicional da área da saúde e que se desenvolve, sobretudo, no contato desses trabalhadores com a população da sua área de abrangência e do conhecimento que se constrói nessa relação.

Esse conhecimento foi comprovado quando o ACS identificou situações que demandavam ações imediatas, como no caso das adolescentes fora da escola ou da gestante que não estava em acompanhamento pré-natal.

8.3 O CASO DO CASAL DE IDOSOS

8.3.1 Demanda

Trata-se do PTS construído para um casal de idosos, que aqui serão chamados de C. e J. *A priori* foi definido como parte do PTS desses usuários o acompanhamento semanal do ACS tendo em vista que a Sra. J., é acamada e depende do marido para realização de suas atividades de vida diária como deambulação, alimentação e higiene.

No entanto, durante uma visita domiciliar programada, o ACS percebeu que o Sr. C. não estava se alimentando adequadamente e por isso avaliou que esse usuário precisava de acompanhamento imediato dos profissionais de saúde da equipe. A identificação dessa necessidade marca a reconfiguração do PTS que acabou se desdobrando num fluxo intenso de ações que serão descritas a seguir

8.3.2 Ações empreendidas

A primeira ação do ACS, após a identificação do risco a que o usuário estaria exposto, foi entrar em contato com o médico da equipe para solicitar uma visita emergencial. Porém, por conta das atividades no serviço o médico não pôde atender à demanda do ACS.

Frente a isso, o ACS retorna à unidade de saúde e solicita o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que concordam em ir ao território para ajudar nas ações de cuidado do casal e, em especial, do Sr. C. Mediante a gravidade do caso os profissionais do NASF e o ACS resolvem repetir a solicitação de ajuda para os profissionais da equipe nuclear e, para isso, retornam ao serviço de saúde e discutem o caso com o médico da equipe.

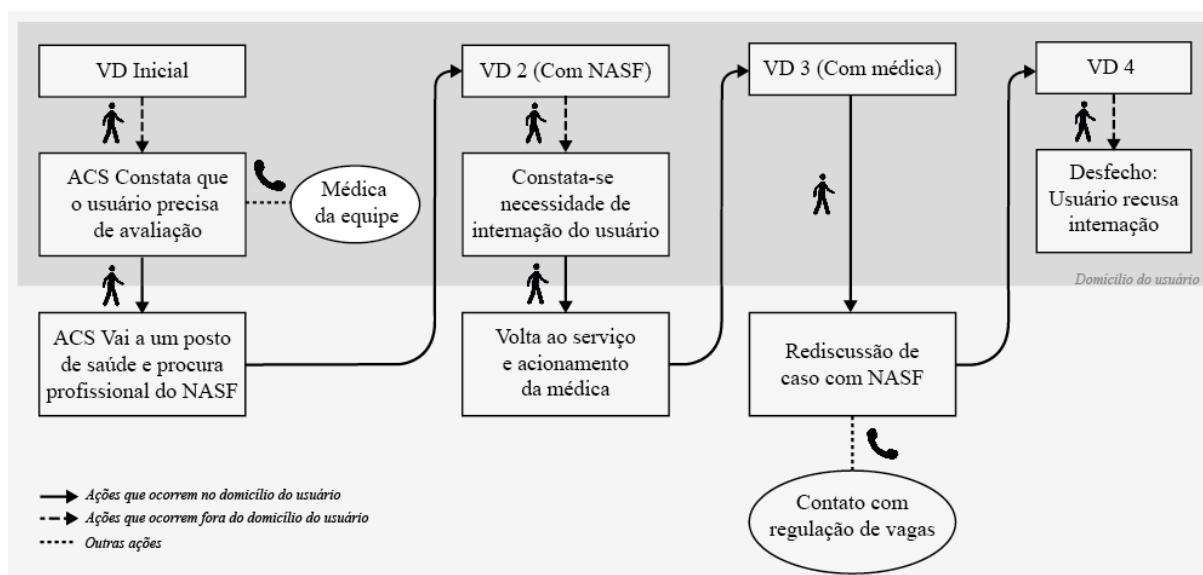
Então o ACS realiza a terceira VD a esses usuários, agora com o acompanhamento do médico que indica ao Sr. C. a internação. Para tanto, os profissionais da ESF retornam ao serviço de saúde, rediscutem o caso com o NASF porque havia uma preocupação com a recusa do usuário em ser internado que demandaria o suporte de profissionais de saúde mental.

Paralelamente, outra ação foi realizada durante esse período em que os profissionais voltaram para o serviço: o contato feito pelo ACS com a central de regulação de vagas para obtenção de uma vaga para internar o usuário. O ACS teve sucesso e, assim, com o médico da equipe e a psicóloga do NASF retornam em mais uma VD. Porém, o usuário

recusou-se a ser internado. Diante da complexidade da situação do casal, ficou pactuado entre os profissionais que estavam na VD que o ACS deveria acompanhar esse caso diariamente.

A figura 11 demonstra, sumariamente, as ações desenvolvidas durante o primeiro dia de acompanhamento desse caso e expõe que durante a jornada de trabalho o ACS se debruça na busca de soluções para as questões que emergem do caso apresentado.

Figura 11 – Sequências de ações desenvolvidas pelo ACS no 1º dia de acompanhamento do casal de idosos



Fonte: Elaborado pela autora.

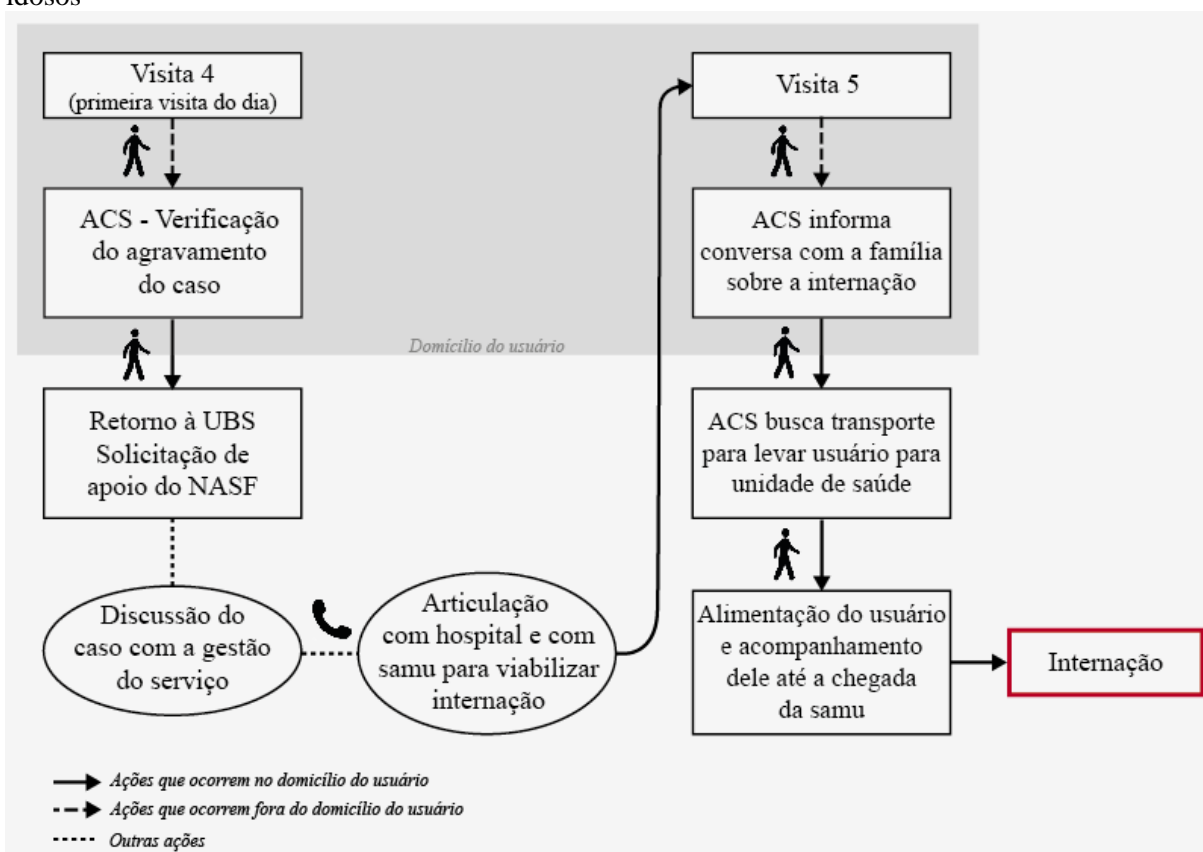
Depois desse primeiro dia o ACS passou a visitar o casal diariamente e foi assim que dois dias depois, das visitas relatadas, constatou o agravamento do caso do Sr. C. Frente a isso o ACS retornou ao serviço de saúde e discutiu a situação que havia encontrado com os profissionais do NASF que ratificam a necessidade de internação. Contudo, foi necessário retomar a solicitação de vaga para internação junto a outras instâncias da gestão de saúde do município. Para tanto, o ACS procurou o gestor do serviço que o instruiu como solicitar a vaga prioritária no hospital e, também, a ambulância para remoção do usuário.

O ACS, com ajuda do setor administrativo da unidade de saúde, conseguiu a vaga no hospital, mas foi informado que a ambulância não podia ir até à casa do usuário por conta da localização ser em uma área de risco. Dessa maneira, o ACS retorna ao domicílio do paciente com duas missões: informar ao casal da necessidade de internação e conseguir um morador da sua área que se dispusesse a levar o Sr. C de carro até à unidade de saúde, local de onde a ambulância iria buscá-lo.

O ACS conseguiu o transporte do usuário, de seu domicílio para o serviço de saúde, e o acompanhou por um período de aproximadamente duas horas até a chegada da ambulância tendo, inclusive, alimentado o usuário durante esse tempo de espera.

A sequência do acompanhamento do ACS em relação ao segundo dia de visitas ao casal pode ser observada na figura 12 a seguir.

Figura 12 – Sequência de ações desenvolvidas pelo ACS no 2º dia de acompanhamento do casal de idosos



Fonte: elaborado pela autora.

Após a internação do Sr. C. o ACS continuou a visitar diariamente a Sra. J. e, em função da necessidade dessa usuária, esse trabalhador passou a cuidar de parte de suas atividades de vida diária. Assim, observou-se em uma VD posterior à internação do Sr. C. que o ACS deu banho e ajudou a trocar a roupa da usuária, higienizou o leito e trocou as roupas de cama e ofereceu o café da manhã.

O ACS informou que estava fazendo o possível para ajudar nos cuidados da usuária, mas como a usuária não tinha familiares ele buscou ajuda na comunidade, com vizinhos e amigos do casal. Ressalta-se que o ACS informou, também, que estava fazendo o acompanhamento da Sra. J inclusive em fins de semana e feriados.

8.3.3 Análise do caso

O acompanhamento desse caso demonstra que embora a construção do PTS não tenha se dado da forma como preconizado, ou seja, por meio da discussão prospectiva do caso em uma reunião de equipe, foram identificados diversos espaços informais de diálogo em que houve a construção coletiva de soluções.

Nessa direção observou-se que o ACS pôde discutir as necessidades do caso com integrantes da equipe nuclear e do NASF e também com o gestor do serviço. Contudo, esses encontros ocorreram em momentos distintos, sendo que o ACS foi o único ator que esteve presente em todas as atividades dispensadas ao casal atendido o que lhe conferiu a responsabilidade pela articulação das informações entre os diferentes interlocutores que compuseram o trabalho de concepção e implementação do PTS em questão.

Outro aspecto importante em relação ao trabalho do ACS refere-se ao seu protagonismo nas articulações realizadas para obtenção da vaga no hospital – negociada, como se viu, pela gestão da unidade de saúde a pedido do ACS – do transporte do usuário do domicílio para unidade de saúde e, ainda, no acompanhamento durante a espera da ambulância visando garantir que Sr. C. não desistisse da internação.

Importa ainda ressaltar que o ACS se responsabilizou por parte do cuidado da usuária acamada na ausência do marido, mesmo fora de seu horário de trabalho e buscou ajuda da comunidade para dar conta dessa questão.

Esse cenário desvela que no papel de interlocutor entre o serviço e a comunidade esse trabalhador mobiliza conhecimento e ferramentas distintos para tratar situações que emergem em sua área de abrangência. Nesse sentido, verificou-se que o ACS promoveu a articulação entre os profissionais de saúde da equipe nuclear, do NASF, e da gestão, como observado durante a construção das ações que levaram a internação do Sr. C..

De outro lado, o ACS também articulou a ajuda de membros da comunidade para solucionar problemas, como no caso do transporte do Srs C até à unidade de saúde e no apoio no cuidado da Sra. J.

Todavia, o fato do ACS passar a cuidar de parte das AVDs da Sra. J, inclusive fora do seu horário de trabalho, mostrou que seu trabalho pode se tornar sem limites. Nessa direção cabe questionar por que o ACS incorpora essas atribuições.

As análises realizadas nesta tese até agora permitiram identificar que a fluidez presente no trabalho do ACS que é fonte de grande parte da contribuição desse ator no cuidado da população. Contudo essa fluidez é, ao mesmo tempo, fonte de fragilidade porque

expõe o ACS a situações de um trabalho sem fim, sem limites como as observadas no caso relatado nesta seção.

8.4 CASOS QUE CHEGAM DURANTE O ACOLHIMENTO

Esta seção trata de dois casos que chegaram para o ACS durante o período em que estava no acolhimento.

8.4.1 Caso 1

O ACS foi procurado pela irmã de um usuário com tetraplegia que foi à unidade de saúde buscar a prescrição de medicação ansiolítica para ele. Nesse momento a irmã relata que o usuário não toma banho e se alimenta com dificuldade há pelo menos uma semana.

8.4.2 Ações empreendidas

Assim que o ACS recebe a informação da situação do usuário tenta entrar em contato com ele por meio de um aplicativo de mensagens. O ACS toma essa atitude para avaliar a situação tendo em vista que, como estaria o dia todo na unidade por conta do acolhimento e da reunião de equipe, não poderia fazer uma VD.

O ACS justifica que deu seu número de telefone pessoal por conta da condição de saúde do usuário, conforme demonstra o trecho a seguir: “Eu dei meu *whatsapp*® pra ele. Eu não costumo dar meu celular pra usuário, mas ele é uma exceção, se ele precisa de uma receita. Muitas vezes ele já passou mal e chamou a ambulância sozinho” (ACS 4).

Na manhã do dia seguinte o ACS foi até a casa do usuário e ficou durante mais de duas horas escutando-o relatar suas dificuldades cotidianas. Ao terminar de realizar as demais VDs que estavam programadas para aquela jornada o ACS retorna à unidade de saúde e procura ajuda do médico e da enfermeira da equipe para tratar o caso do usuário tetraplégico, pois acreditava que ele realmente estivesse em depressão. Depois da apresentação do caso definiu-se que o ACS deveria continuar monitorando a situação e que o caso fosse discutido, prioritariamente, na reunião de equipe seguinte.

8.4.3 Caso 2

Trata-se do caso de um usuário que sofreu acidente e amputou uma perna. No momento do acompanhamento do trabalho do ACS esse usuário estava, também, sendo acompanhado em um serviço especializado de reabilitação para protetização. E, em decorrência desse acompanhamento, o usuário precisava obter benefício que o isentasse de pagar transporte público e, por isso, a esposa do paciente procurou o serviço de saúde e relatou essa questão para o ACS que estava no acolhimento.

8.4.4 Ações empreendidas

No momento em que a esposa do usuário apresentou a demanda ao ACS este passa a procurar informações sobre como obter o benefício pleiteado e verifica que seria necessário um laudo médico. Para tanto, o ACS agendou uma consulta para esse usuário para dali a dois dias.

Contudo, na data agendada o usuário faltou na consulta. Frente a isso, no dia de VD o ACS resolveu passar na casa desse usuário para saber o que houve e a esposa relatou que estava se sentindo sobrecarregada com a situação do marido, que precisava de ajuda e, por isso, não havia conseguido levar o marido na consulta.

O ACS, preocupado com a situação dessa família, levou o caso para ser discutido em reunião de equipe, apresentando a necessidade de dar prosseguimento ao pedido de benefício do usuário com deficiência, e ainda pautando a questão do cuidado com sua esposa.

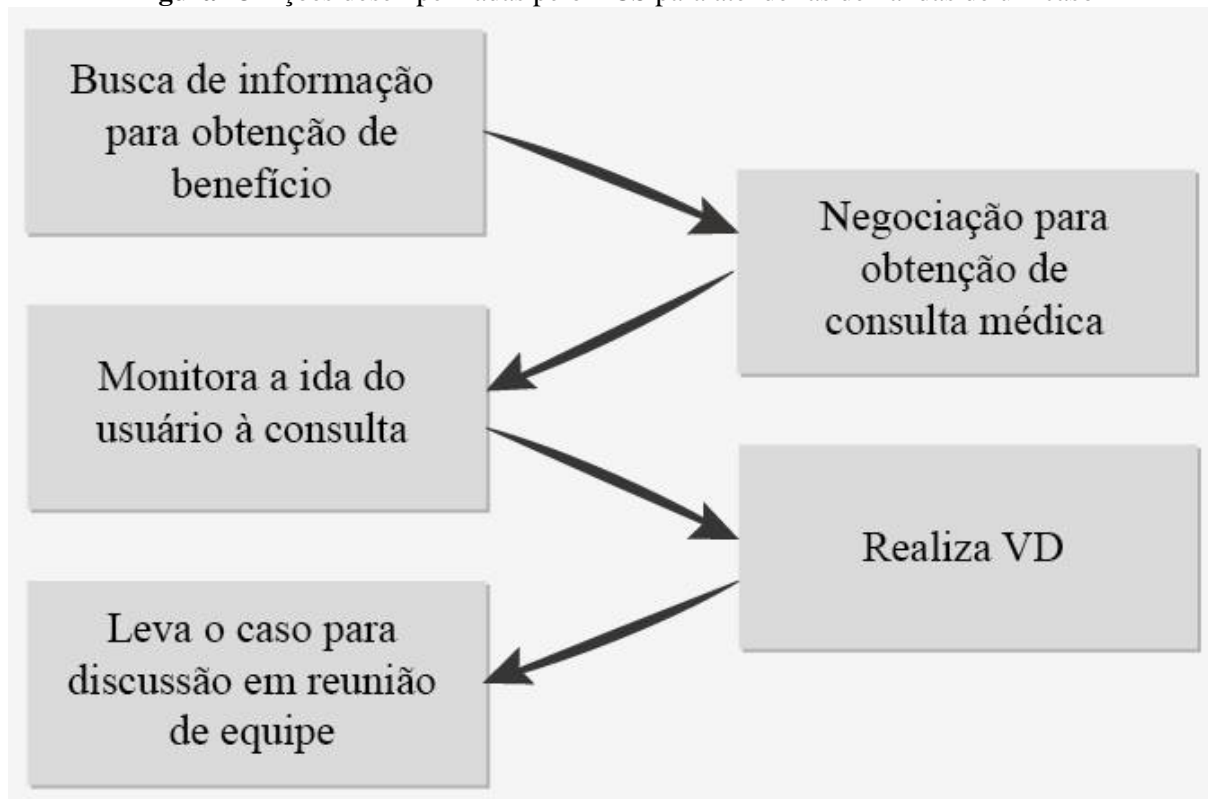
8.4.5 Análise dos casos

Os casos apresentados têm em comum o fato de que as demandas chegam no momento em que o ACS está no acolhimento. Isso demonstra que não é somente no território que os usuários procuram os ACS para solicitar ajuda.

O primeiro caso evidencia que o ACS lançou mão de estratégias para acompanhar, de mais perto, por meio do aplicativo de mensagens, porque julgou haver necessidade. Se, por um lado, essa situação demonstra a existência de vínculo entre o trabalhador e o usuário, por outro lado, a disponibilização do telefone pessoal para um usuário reforça a ideia de que não há limites para o trabalho desse ator.

Já o segundo caso demonstra que o ACS precisou gerenciar situações de naturezas marcadamente distintas conforme ilustra a figura 13.

Figura 13 Ações desempenhadas pelo ACS para atender as demandas de um caso



Fonte: Elaborado pela autora

O conteúdo dessa figura demonstra que para atender ao pedido de ajuda do usuário – a obtenção de um benefício – o ACS acabou desenvolvendo uma série de ações ao longo do tempo, em cenários distintos e com interlocutores diferentes. Nessa direção, conforme observado também em outros casos apresentados, coube ao ACS integrar as diferentes dimensões que emergiram dessa demanda.

8.5 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo apresentou o papel dos ACS na execução dos PTS e possibilitou apreender, de forma mais efetiva, contornos da lógica própria do trabalho desse ator. Assim, a análise dos casos permitiu identificar maneiras de agir, formas de pensar, competências e valores associados ao trabalho dos ACSs junto à comunidade onde atua.

Nesse sentido foi possível observar que a lógica do trabalho do ACS não se inscreve rigidamente no universo tradicional da área da saúde visto que suas ações se

desenvolvem, sobretudo, no contato com a população e no conhecimento a partir dessa relação.

Além disso, tornou-se evidente como os valores e as ferramentas preconizados para o trabalho na ESF, tais como a clínica ampliada, a coordenação do cuidado, acolhimento e vínculo, operam no trabalho dos ACS.

De outro lado, as análises realizadas permitiram também esclarecer aspectos do desenvolvimento dos PTS verificando como os trabalhadores fazem para efetivá-los frente à complexidade dos casos e à insuficiência de recursos humanos e materiais, disponíveis para sua implementação.

Por fim, ressalta-se que a análise dos casos apresentados confirma a segunda hipótese construída nesta tese, pois foi possível identificar a lógica própria do trabalho ACS ao demonstrar que, além de exercerem um papel de intermediário entre a comunidade e a equipe de saúde, esses atores vivem uma realidade imprevisível, heterogênea e diversa àquelas ditadas pelas normas que regem essa profissão.

Destarte, o capítulo seguinte aborda de forma mais detalhada o papel dos ACS nos espaços dialógicos de construção dos PTS.

CAPÍTULO IX – ANÁLISE DAS REUNIÕES DE EQUIPE: O PAPEL DO ACS NOS ESPAÇOS DIALÓGICOS DE CONCEPÇÃO DOS PTS

O presente capítulo apresenta o resultado da análise das reuniões de equipe que foram identificadas como espaço de construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) nos processos de trabalho dos profissionais da ESF. Tais análises tiveram por objetivos investigar como ocorre a integração dos diferentes profissionais que compõem as equipes da ESF bem como identificar o que favoreceria a construção de um Mundo Comum nas reuniões de equipe.

Diante disto, cabe reiterar alguns conceitos apresentados no capítulo IV desta tese que guiaram a seleção e interpretação dos dados visando propor explicações sobre as causas subjacentes ou influências dos fenômenos observados.

Primeiramente retoma-se a ideia de que o desenvolvimento de um projeto ocorre no *locus* de interface entre diferentes mundos. Em seguida evoca-se o conceito de Mundo Comum que, segundo Béguin (2010), é o espaço em que ocorre a coordenação dos mundos profissionais numa cartografia que situa as posições relativas e influências recíprocas entre os atores de um projeto.

No âmbito desta pesquisa as reuniões de equipe foram identificadas por suas características como *locus* de interface entre os diferentes mundos dos profissionais que se articulam na construção dos PTS. Isto porque, nesse encontro, diferentes pontos de vista podem ser colocados em busca de entender as necessidades de cuidado em saúde de um sujeito ou de um grupo com vistas a edificar um plano de ação compartilhado para atendimento dessas necessidades (BRASIL, 2009; CUNHA, 2009; PINTO *et al.*, 2011).

Portanto, nas reuniões de equipe os problemas e suas soluções são construídos coletivamente o que denota a possibilidade de instituir, nesses espaços, uma situação de aprendizagem mútua já que o dialogismo envolvido na construção dos PTS pode conduzir as expertises de alguns profissionais ao terreno de outros (BÉGUIN, 2010).

Com base nessas premissas, buscou-se examinar como ocorre a interlocução entre os atores das equipes da ESF, durante as reuniões de equipe, dando especial atenção ao papel do ACS nesse contexto considerando as peculiaridades do seu trabalho, abordadas nos capítulos VII e VIII desta tese.

À vista disso o resultado das análises dos registros do acompanhamento das reuniões de equipe será apresentado a partir de dois eixos. O primeiro trata-se de uma descrição das reuniões acompanhadas evidenciando a composição das equipes, a organização

das discussões e as formas de encaminhamento dos casos discutidos. E o segundo eixo se fundamenta numa abordagem interpretativa do conteúdo das reuniões que se deu a partir das categorias elencadas a seguir.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE

As diretrizes que orientam a realização da reunião de equipe no âmbito da ESF podem ser sumarizadas em dois pontos: a presença obrigatória de todos os integrantes da equipe; o planejamento e avaliação das ações para o enfrentamento dos problemas de saúde da população adscrita (BRASIL, 2012; RIO DE JANEIRO, 2011).

Não obstante, tais recomendações deixam em aberto questões relativas à operacionalização dessas reuniões tais como: a periodicidade, o tempo destinado a essa tarefa, a organização da pauta e as formas de registrar os encaminhamentos que foram acordados no encontro. Frente a isso, a análise das reuniões de equipe partiu da busca pelo delineamento de contornos mais definidos da operacionalização dessa atividade no cotidiano do serviço estudado.

Nesse sentido, apurou-se que cada uma das quatro equipes realiza um encontro semanal, fixado previamente, a fim de evitar reuniões simultâneas o que diminui o impacto da retirada de profissionais junto ao atendimento da população que procura o serviço de saúde. Assim, enquanto uma equipe se reúne, outras três se responsabilizam pelo atendimento dos usuários da área que fica sem profissionais de referência.

O tempo médio de realização das reuniões acompanhadas por esta pesquisa foi de três horas e elas ocorreram fora dos consultórios, tendo em vista que esses espaços não abarcam a presença de todos os integrantes das equipes da ESF. Quanto ao registro das reuniões observou-se que as equipes possuem caderno de ata e coube às enfermeiras a realização desse registro.

Em relação à organização das discussões observou-se que há equipes que dividem a reunião em dois momentos distintos: um destinado à passagem dos informes e outro à discussão de casos. No entanto, outras equipes debatem os casos e passam informações à medida que temas emergem ao longo da reunião.

O quadro 13 ilustra as diferenças encontradas nessas duas dinâmicas de organização das reuniões de equipe.

Quadro 13- Dinâmica de organização das reuniões de duas equipes

Itens comparados	Equipe A	Equipe B
Duração da reunião	2h40	2h33
Número de casos discutidos	15	4
Natureza dos temas tratados na reunião	<ul style="list-style-type: none">• Questões de saúde• Informes sobre a organização do trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Questões de saúde• Avaliação e planejamento de grupo de promoção de saúde• Informes sobre organização do trabalho da equipe

Fonte: elaborado pela autora.

No que tange as diferenças encontradas na dinâmica de organização das reuniões observou-se nesta pesquisa que nas equipes cuja pauta era mais linear, com momentos de discussão definidos e pautas pré-estabelecidas, foram analisados mais casos; todavia, o teor do debate em torno dos PTS direcionou-se, predominantemente, por questões biomédicas.

Em relação ao segundo modelo de organização das discussões, observou-se que, embora os casos a serem tratados não tenham sido elencados com antecedência, houve uma participação maior dos diferentes atores da equipe, bem como uma abrangência maior da natureza do que era debatido em torno dos PTS.

Tais diferenças encontradas na organização das reuniões de equipe foram abordadas nesta seção a partir de um enfoque descritivo. Na seção a seguir esse tema será retomado a partir de uma análise interpretativa que se baseou no conteúdo dos diálogos tecidos no seio das reuniões acompanhadas.

9.2 ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS REUNIÕES DE EQUIPE

Esta seção analisa a realização das reuniões de equipe partindo de um enfoque interpretativo. Destarte, a análise temática do conteúdo dos registros das reuniões elencou duas modalidades de interação desenvolvidas: diálogos informativos e discussão de casos.

9.2.1 Diálogos informativos

O acompanhamento das reuniões permitiu identificar que a realização desses encontros é perpassada pela troca de informações entre os atores da equipe. Observou-se que o conteúdo desses informes pode tratar do processo de trabalho conforme ilustra o trecho que

se segue em que uma enfermeira fala como seria sua dinâmica de realização de Visitas Domiciliares (VD).

Enf.: Minha VD voltou tá? A gente tá retornando pra terça feira de manhã. Então quando nascer uma e a gente souber a gente vai passar lá e fazer a VD nas duas primeiras semanas (...)

ACS 3: A VD agora é as terças?

Enf.: Aí eu vou pedir pra quando a gente for e um ACS me solicitar numa VD eu vou só com ele (...) pra gente ficar só em uma área e não ficar se dividindo entre duas, três áreas. Semana que vem é feriado, mas na outra semana (...)

O diálogo apresentado demonstra um tipo de interação entre os membros da equipe que visa uniformizar o entendimento dos seus diferentes atores sobre a organização do trabalho.

Contudo, identificaram-se circunstâncias que denotam outro tipo de interação como no caso em que um integrante da equipe busca informações sobre um determinado usuário como ilustra o diálogo a seguir.

ACS 1: Ela veio marcar a consulta dela da bebe? A A.?

ACS 2: Comigo não

Médico: Essa usuária é de quem? Estava marcada pra hoje.

ACS 2: Não, ela não veio

Esse trecho trata da situação de um ACS que estava fora da unidade de saúde e que precisava saber se um usuário tinha comparecido a consulta para tanto ele usa o momento da reunião para pedir a informação que precisa para os outros profissionais da sua equipe.

Esses dois primeiros exemplos demonstraram trocas de informações sem que houvesse uma discussão a respeito do assunto abordado, houve somente a entrega ou a coleta de uma informação.

No entanto, além dessas situações de troca de informação foi observado outro tipo de interação na equipe em que os atores também fazem complementação dos dados de forma coletiva como demonstra o trecho a seguir.

ACS 3 - Queria saber de um caso antigo que foi quando eu sai de férias. Eu ganhei um agregado numa casa, uma criança. Não sei se vc conhece o caso. É o caso de uma moça que tá com um bebê (...)

Enf.: - (...) Onde ACS 3? Ela tá com o bebê da F. ?

ACS 3 - (...) ela está com o bebe e independente se é certo ou não precisa de um acompanhamento, né?

Médico: De quantos meses?

ACS 2 - Qual? É o filho da L.? três anos

Enf.: Então ele entra nesse esquema que eu já vou marcar. Vou ver as vagas que eu vou atender a tarde tá?

O excerto apresentado ilustra uma situação em que o ACS começou solicitando uma informação que disparou uma ação da equipe como a marcação de uma consulta com a enfermeira. Entretanto, não houve um aprofundamento da discussão do caso abordado.

Em suma, os exemplos levantados nesta parte do texto demonstraram que os diálogos informativos permitem uma uniformização do conhecimento da equipe a respeito da sua organização e do andamento dos casos. Contudo, tais diálogos carecem da discussão mais detalhada das situações que devem ser geridas pela equipe. Logo, nesse tipo de interação não há necessariamente a construção de problemas e soluções a serem implementados e dificilmente essa interação conduz a uma situação de aprendizagem mútua.

Diante de tal quadro, constata-se que os diálogos informativos são suportes frágeis para construção dos PTS, embora as informações trocadas possam servir de base para ações relacionadas a esses projetos.

9.2.2 Discussão dos casos: situações dialógicas favoráveis à concepção dos PTS

Esta seção apresenta o resultado do acompanhamento das reuniões de equipe tendo como foco as discussões de casos apresentados. Nesse sentido, salienta-se que o acompanhamento das reuniões, bem como a análise do conteúdo dos registros realizados, permitiram selecionar discussões significativas para demonstrar a troca entre os profissionais, as divergências, conflitos e situações de aprendizagem mútua que são fatores que indicam a existência de uma situação dialógica que favorece o desenvolvimento de processos de concepção.

9.2.2.1 Caso da usuária que precisa de laqueadura

A discussão desse caso foi iniciada pela enfermeira da equipe que solicitou informação sobre uma usuária que tinha a sua cirurgia de laqueadura agendada. O ACS responsável pelo caso apresentou então a sua percepção sobre a situação dessa usuária e, ao mesmo tempo, expôs seu receio de ser responsabilizado caso a usuária faltasse à consulta no hospital e, conseqüentemente, perdesse sua vaga para a referida cirurgia.

As verbalizações entre enfermeira e ACS estão ilustradas no Quadro 14.

Quadro 14 – Conteúdo da discussão sobre o caso da usuária que precisa de laqueadura

VERBALIZAÇÕES
<p>Enf.: Gente. M? M não tá com a laqueadura marcada para semana que vem. Ah a N me encontrou no grupo de adolescentes me pediu pra pegar o preventivo, falei pra ela vir, mas ela não veio ainda.</p> <p>ACS 1: Eu já fui lá tem testemunhas a meu favor, olha só você acabou de parir agora, você está limpinha por dentro. Se você marcar, você vai engravidar outra vez. Quem sou eu? Não vem buscar o preventivo. Se der algum problema não dá tempo de tratar e simplesmente ela vai perder a consulta dela de maio.</p> <p>Enf.: Não eu acho que ela já que perder porque ela disse assim: com quem eu vou deixar meu nenê, não tem com quem deixar ele. Se pode me colocar de novo se eu perder?</p> <p>ACS 1: Eu não quero ser culpada</p> <p>Enf.: Porque ela quer a laqueadura, ela vai operar...</p> <p>ACS 1: Ela vai pra consulta? Dia 28 de maio é a primeira consulta</p> <p>Enf.: Eu falei pra ela que é consulta que ela vai levar tudo. É complicado porque ela muito difícil</p> <p>ACS 1: O que que acontece aí a ACS que é responsável?</p>

Fonte: registros das reuniões da equipe A.

Esse caso ilustra que, embora a discussão em questão tenha sido marcada pela troca de informações entre os membros da equipe, sem que houvesse a construção de soluções conjuntas para evitar a perda da vaga da usuária na realização da laqueadura, existiu um diálogo. Ou seja, nesse caso não há apenas um emissor e um receptor das informações, como demonstrado nos excertos que ilustram a seção anterior desse capítulo, mas há alguma troca de opiniões entre os trabalhadores.

9.2.2.2 Discussão a respeito da medicação do usuário com deficiência

Este caso trata de uma demanda, identificada pelo ACS, com relação à medicação de um usuário com deficiência que estava acabando antes do tempo previsto, gerando uma discussão cujo registro encontra-se descrito no quadro 15.

Quadro 15 – Conteúdo da discussão sobre a medicação do usuário com deficiência

VERBALIZAÇÕES
<p>ACS 1: O remédio dele está acabando muito rápido</p> <p>Enf.: Será que tem alguém pegando?</p> <p>ACS 2: Olha a receita está ficando com a L (irmã do usuário)</p> <p>Médico: Eu conversei com ela ontem, ela falou que tava pegando o remédio</p> <p>ACS 2: Disse que o remédio ia acabar hoje que só tinha dois comprimidos aí eu gritei a irmã dele</p> <p>ACS 1: Então o médico vai fazer a receita agora pra mim poder levar pra ele, ué?</p> <p>Médico: Eu conversei com ela ontem, eu consultei ela ontem. A receita dele tá com ela.</p> <p>ACS 1: Ele não pode ficar sem remédio.</p> <p>ACS 2: Ela tá com a receita.</p> <p>ACS 1: Mas eu tô indo pra área agora depois que acabar a reunião. Poderia muito bem levar o remédio pra ele. Sem receita eu não posso, porque eu não posso ir lá na área pegar a receita voltar aqui no posto pegar e levar. A receita do J. ou ela pega a receita e vem pegar o remédio, que ela não</p>

vem, quem leva o remédio dele sou eu. Porque a receita fica com ela?

ACS 2: Fica na mão dela

ACS 1: Pelo menos se ficasse com ele a gente passava lá e pegava com ele. Pra vc ver que é má vontade ela veio cuidar dela. Mostrar a chapa da cabeça.

Fonte: Registros da reunião de equipe A

O conteúdo do diálogo apresentado demonstra que o ACS levou um dado importante para equipe considerar no planejamento da dispensação da medicação do usuário. Isso fez com que o grupo examinasse o caso mais detalhadamente e provocou o questionamento da enfermeira sobre a possibilidade de outras pessoas estarem usando a medicação de J.

A discussão avançou com a informação do médico sobre o atendimento recente da irmã do usuário e que, naquela oportunidade entregou a ela a prescrição da medicação. Contudo, outro ACS reforça a informação de que a referida medicação estava realmente acabando. Diante disso, o primeiro ACS reafirmou a necessidade do usuário e propôs outra forma de entregar a medicação para o usuário em questão.

Depreende-se do exposto que os ACS colocaram em pauta, nessa discussão:

- a) a necessidade do usuário que não podia ficar sem medicação;
- b) seu conhecimento a respeito da dinâmica familiar do usuário;
- c) suas possibilidades para solucionar o caso – levar a medicação na casa do usuário.

Embora na discussão apresentada ainda haja predominância da troca de informações de forma semelhante aos casos apresentados na seção anterior, a discussão aqui avança e desvela a possibilidade de conflito entre as percepções do médico, que entende que a entrega da prescrição seja suficiente para que a medicação chegue ao usuário, e do ACS que aborda o risco desse usuário ficar sem a medicação tendo em vista questões relacionadas a dinâmica familiar.

9.2.2.3 Organização do grupo de adolescentes: um exemplo de discussão que expõe a ressonância entre pontos de vista heterogêneos

Neste item foram abordadas as discussões tecidas em reunião de equipe que visavam à implementação de um grupo de adolescentes que pudesse ser útil para enfrentamento de várias questões vivenciadas por eles como: o uso de drogas, a pobreza, a falta de apoio das famílias, dentre outras.

Primeiramente, a enfermeira convocou os integrantes da equipe para a reunião de planejamento da ação que iria acontecer em outro horário e com profissionais que não faziam parte da equipe nuclear como professores universitários e integrantes do NASF.

A discussão sobre a criação do grupo de adolescente está registrada no Quadro 16.

Quadro 16 – Discussão sobre implementação do grupo de adolescentes

VERBALIZAÇÕES
<p>Enf.: Amanhã R. se você puder participar com C. às 8h30 nós que estivemos fazendo a ação dos adolescentes</p> <p>ACS 1: Eu não posso</p> <p>Enf.: A gente vai se reunir às 8h30 pra discutir algumas propostas. Daqui pro segundo encontro o que vai rolar. Se você S. puder passar somente pra dar a sua opinião. A gente vai discutir como foi o encontro. O professor R., R., C. quem puder. Aqui mesmo. Quem quiser passar lá deixar sua opinião</p> <p>ACS 1: Quando a gente foi pro grupo na semana passada a ideia era não era pegar quem passasse, mas a ideia era cada ACS captasse adolescentes na sua micro área. Foi o que nós fizemos. A gente captou muito adolescente e um daqueles a gente marcou que viesse aqui. Deu certo, ele veio ontem falou com a M. do NASF e ela achou que tem algo mais ali e vai marcar uma VD pra ir na casa dele pra tá conversando já porque...</p> <p>Enf.: Então R., mas a gente ficou lá em cima porque a gente não sabia o local onde a gente ia entrar...</p> <p>ACS 2: Sim, mas a ideia de sentar lá, desculpa é a minha visão</p> <p>Enf.: (...) nós chegamos na área não tinha lugar. Como a gente viu que não estávamos focados nos adolescentes da nossa área então eu falei com o professor R. e a gente desceu e ficamos lá embaixo. Foi então que a gente começou captar mais adolescentes da nossa área.</p> <p>ACS 3: O horário que a gente estava ali as pessoas estavam na escola. Depois que vocês realmente desceram que o pessoal tava voltando da escola R.</p> <p>Enf.: E eu falei ali seria muito melhor</p> <p>ACS 3: Aquele horário o pessoal tava dormindo</p> <p>Enf.: Ali a gente colocou a barraca no meio</p> <p>Enf.: Não tem problema. A R estagiária já está com mais de 30 telefones de adolescentes. Mesmo assim nós vamos marcar e muitos deles vão faltar. Mas S. o que você achou do grupo? Achou que eles se interessaram?</p> <p>ACS 4: Eu penso como a R meu modo de ver de manhã foi como a R. E a tarde, falando eu, fui na área do I. e na minha. E aí eu tentei lá embaixo. Eles perguntaram: é sobre o quê? Sobre isso, vocês vão tirar perguntas sobre sexo, como fazer, como não fazer, tá na hora de fazer? E fui falando tipo: transei não tava usando camisinha posso tomar a pílula do dia seguinte? O que é a pílula do dia seguinte? Eu já fui falando pra eles qual seria o assunto lá embaixo. Não vai falar só sobre sexualidade vai ter enfermeiro, médico, psicólogo e aí fui chamando e uns coleguinhas foram chamando outros à medida que a gente descia. Pra mim a convocação tem que ser assim e realmente ficaram muitos adolescentes lá. Passou na rua as pessoas perguntavam: o que é aquilo ali e eu chamava. Quando diziam: eu já sei tudo eu respondia: Eu não sei tudo como você sabe? E aí teve pergunta de dia seguinte. Teve de outra que com 17 se perdeu com cara de 50, mas o cara não quer mais. Aí ela falou que ela quer fazer, mas ela já e mulher e tem medo de sair com outro cara. Tem duvidas, muitas querem perguntar, mas têm vergonha. Mas a colega vai e a outra acaba acompanhando. Gostei sim e acho que vamos investir.</p> <p>Achei que as meninas que estavam lá duas sem sabe... Estavam por estar. Eu chamei a estagiária pra dar atenção pra uma menina, mas ela ficou de braços cruzados e ficou.</p> <p>Eu sou muito explosiva, esses dias eu encontrei uma menina grávida que disse que não queria o bebê e eu fiz a VD na casa dela e eu disse você deu porque quis e não vai tirar, a responsabilidade é sua... Hoje ela é minha amiga. O bebê conhece até minha voz. E a menina me disse depois:</p>

Graças a você o bebê está aqui. O adolescente tem que ter confiança no que você fala.

Enf.: hoje eu pude observar uma adolescente de quatorze anos acordando. Os jovens estão soltos sem orientação. Hoje eu tenho um *trailer* na comunidade e semana passada vi três crianças que perguntaram se eu vendo seda. Seda é papel pra fumar maconha. Aí eu falei pra elas, três meninas: você tem quantos anos? 9 e você? 10 e falei: seda não é vendido pra criança. Aí a outra disse, mas eu tenho 13; falei você ainda também é criança. E a menina me respondeu: ali vende.

ACS 1: A gente deveria fazer parceria com a escola

Médico: Comunidade só tem bar e drogas. O problema social. Doenças que são sociais: tráfico, droga, a escola não funciona como deveria. O único suporte que a comunidade tem é passar aqui. Estamos aqui pra ajudar, mas tem muito paciente que vem e volta e não melhora.

Enf.: Tem uma adolescente que disse que queria muito engravidar com 14 anos.

ACS 4: O namorado não se dá com a família dela e ela quer engravidar-la pra que ela saia de casa o médico e ficamos conversando com eles mais de duas horas e...

Enf.: eles foram no grupo no dia e eu perguntei se eles estava gostando e eles disseram que não, mas depois eles voltaram aqui e me procuraram. Então eles querem participar do grupo, a gente orientou ela pra continuar estudando. Eu vi que eles têm confiança na equipe.

ACS 4: você não tem que esconder, você tem que mostrar as opções. Na comunidade é assim... Problemas de drogas com adolescentes tira o menino da rua: tem que colocar as crianças em uma escolinha. Atividade

Enf.: Na nossa área não tem atividade, não tem um lazer. É pra gente pensar porque um grupo pode ser um suporte que a gente tá trazendo pra eles.

ACS 5: Uma dúvida sobre esse grupo de jovem: se eu tenho uma adolescente de 14 anos que já iniciou a vida sexual. Ela me procura que quer se cuidar, mas ela não quer que a mãe saiba. Por lei eu posso acolher essa menina sem o consentimento da família?

Médico: lembra que eu já perguntei isso aqui? Para vir na consulta tem que vir com o responsável, pai, mãe, tia. É delicado porque legalmente aí não sei. Alguém tem que saber em casa. Eu não vou consultar ninguém sem ter um responsável. Eu preciso saber na próxima reunião o que é...

Enf.: O grupo é para adolescentes. O que foi discutido ali vai ficar ali.

Médico: Uma coisa é grupo, outro é consulta. Reunião de equipe deveria ser pra discutir casos e o que vamos fazer. Porque se tem... na comunidade, escola não dá suporte que deveria dar e a gente está aqui pra ajudar, a reunião de equipe deveria ser pra trazer casos. Aquele caso num quadro: o que vamos fazer? O que você acha fulano? O que você acha? E o que vamos fazer, fazer ações e melhorar. Aquela menina C. tem treze anos e já vem tomar injeção anticoncepcional. Ela vive na rua, só no telefone.

ACS 1: Ela chegou de moto quatro horas da manhã

Médico: O que vamos fazer? Ela pode contrair uma doença sexualmente transmissível. O que vamos fazer?

Enf.: Marca o preventivo comigo.

ACS 2: Ela terminou com o namorado e ia se cortar. Eu peguei ela na rua e perguntei está se cortando por quê? A onda é essa, agora adolescente no sol quente de blusa de manga comprida é que ela está se cortando.

Médico: parece que precisamos mesmo fazer esse grupo

Fonte: registros reunião A

Os diálogos apresentados no quadro acima demonstram a evolução da discussão em torno dos problemas dos adolescentes atendidos pela equipe. Desse modo, verificou-se o alargamento do tema em discussão que passou da ação pontual – realização de um grupo de adolescentes – para um diagnóstico amplo da situação dos adolescentes naquele território.

Diante disso, depreende-se que os diálogos engendrados pela equipe foram desenvolvidos em torno de três eixos:

- a) avaliação sobre o grupo de adolescentes que fora realizado anteriormente e elaboração de estratégias para realização de ações futuras;
- b) discussão de casos de adolescentes que a equipe estava atendendo;
- c) diagnóstico da situação dos adolescentes em relação ao território.

Contudo, esses temas não foram tratados de forma linear visto que emergiam e eram discutidos de forma imbricada desvelando discordâncias e diferentes posições dos atores da equipe com relação à pauta em discussão.

Nessa direção, convém destacar que a contribuição dos ACS nesse cenário foi evidenciada por meio do conhecimento que têm sobre o horário e o local mais adequado para realização do grupo; a forma mais adequada de convidar os adolescentes e, também, quando colocam em perspectiva a realidade do território, explicitando a falta de espaço de lazer, a presença do tráfico de drogas e a baixa qualidade da escola, por exemplo.

Outra observação sobre o tipo de troca realizada entre os profissionais durante essa reunião refere-se ao espaço aberto para que quaisquer dúvidas, em como atender as demandas dos adolescentes, fossem colocadas em discussão, conforme ocorreu no caso em que o ACS questionou se podia atender ao pedido de um adolescente sem o conhecimento da família.

Por fim, embora tenha havido uma troca fecunda entre os profissionais no que se refere, especificamente, ao encaminhamento de soluções para enfrentamento dos problemas a designação do que caberia a cada profissional, não se deu de forma clara. Tal fato aparece na fala do médico da equipe que fez o seguinte questionamento: “Reunião de equipe deveria ser para discutir casos e o que vamos fazer... a reunião de equipe deveria ser pra trazer casos. Aquele caso num quadro: o que vamos fazer? O que você acha fulano? O que você acha? E o que vamos fazer.”

Em suma a análise da discussão apresentada colocou em evidência que a quantidade e a natureza das informações tratadas na reunião de equipe foram diversas, tendo em vista que a discussão realizada permitiu que a equipe aumentasse seu conhecimento sobre as necessidades dos adolescentes e, assim, aprimorasse a concepção das ações de promoção da saúde mesmo que tenha ocorrido de forma pouco clara.

Esses achados lançam luz a uma dimensão do trabalho de concepção dos PTS que se refere ao fato de que as reuniões de equipe se aproximam dos modelos de abordagem operativa dos projetos. Isto porque as discussões apresentadas colocaram em ressonância diferentes pontos de vista sobre um objeto: a organização do grupo de adolescentes.

Tal ressonância acabou reconfigurando o objeto da discussão, que passou a ser muito mais amplo que a organização de um grupo, e abarcou a problemática dessa população na realidade do território, o que, por sua vez, deu início à construção de um projeto terapêutico amplo para enfrentamento das questões relacionadas não só aos adolescentes da área como, também, aos vários PTS voltados para casos específicos tratados ao longo da reunião.

9.2.2.4 Casos discutidos a partir do viés biomédico

A discussão que aqui se apresenta ilustra uma forma de implementação de diálogos na reunião de equipe que se baseia, sobretudo, no domínio biomédico. Nesse sentido, o tipo de interação entre os profissionais da equipe se aproxima das discussões de caso clínico tradicionais da área da saúde, conforme expressam as verbalizações dispostas no quadro 17.

Quadro 17 – Discussão a partir do viés biomédico

VERBALIZAÇÕES
<p>Médico: posso passar pra outro caso? O meu caso é pra fisio. Sr. G foi internado ano passado com quadro agudo de dor lombar. No relato da internação era uma pneumonia que entrou em sepse ai foi pro CTI e teve um AVC na internação que eu vi pela TC a família não foi avisada. Ele não tava respondendo aos antibióticos e fizeram todas as linhas possíveis de antibioticoterapia. A questão da dor lombar era um abscesso na região sacral e aí na verdade virou várias lesões na coluna dele (...) e ele evoluiu, evoluiu e deram alta. E aí ele está acompanhando com a gente (...) no local do abscesso abriu uma úlcera importante.</p> <p>NASF: Você sabe por que abriu essa úlcera? Se é úlcera de decúbito?</p> <p>Médico: (...) a queixa inicial era a dor no local da úlcera (...) agora desde a semana passada a família disse que ele não está dormindo porque ele sente dor na perna que ele tem a parestesia. Ele está tomando sertralina, clonazepan, tramadol e não tá dormindo e eu encaminhei ele para o polo de TB e para o ortopedista.</p> <p>NASF: mas tem o diagnóstico fechado de TB óssea?</p> <p>Médico: Eu mantive o tratamento que ele teria no polo e a filha dele buscou os encaminhamentos.</p> <p>ACS 12: ele não dorme de noite e dorme muito de dia. Não sei que negócio é esse da dor de madrugada</p> <p>NASF: ele tá acamado? será que a questão do posicionamento dele no leito (...)</p> <p>Médica: deixei pra passar o caso essa semana porque eles são super orientados</p> <p>ACS 12: tem que ver os dias que a filha dele vem, porque ela não mora por aqui</p> <p>NASF: na outra semana eu vou sem falta</p>

Fonte: registros reunião C

O conteúdo dos diálogos demonstram que o objeto das trocas estava fixado nos sintomas de um paciente com base em vocabulário técnico da área da saúde. Desse modo, mesmo entre o médico e o profissional do NASF, profissionais da saúde com especialidades distintas, não se verifica a interlocução entre os campos de conhecimento. Além disso

observou-se que as informações, trazidas pelo ACS, referentes à questão familiar ou à história colhida junto ao usuário em VD, não foram incorporadas na discussão do caso.

Assim, coloca-se em evidência o fato de que o caso começa e se encerra a partir da representação de um mundo profissional, que nesse caso é o mundo profissional do médico orientado pelo modelo biomédico, sem que haja, de fato, um aprofundamento da interlocução entre os atores da equipe. Esse quadro acaba restringindo a participação do ACS visto que a contribuição desse profissional é exatamente aquela que opera para além do mundo técnico da saúde.

No intuito de reforçar esses achados outra discussão realizada nessa mesma reunião de equipe é apresentada no quadro 18. Trata-se de uma criança que apresentou falta de ar e que a mãe afirma ser ansiedade e por isso pede ajuda do ACS de referência.

Quadro 18 – Discussão sobre o caso de criança com falta de ar

VERBALIZAÇÕES
<p>ACS 1: O meu caso é da criança que procurou a equipe porque estava com falta de ar e foi prescrito antibiótico. Mas a mãe dele acha que é ansiedade, que ele está muito ansioso.</p> <p>NASF1: mãe acha? Ele tem que idade?</p> <p>ACS 2: Seis, ele tem a idade da minha filha</p> <p>ACS 1: Ele sempre foi assim, agitado.</p> <p>Casos parecidos que foram conversados S. T. A gente foi lá com o profissional do NASF fez a VD e marcou o atendimento que seria hoje, mas a profissional teve que ir ao CAPS então ela vai remarcar e nos dar o retorno.</p>

Fonte: registros da reunião C

Os casos foram apresentados na mesma sequência das discussões realizadas na reunião de equipe acompanhada. Isso foi feito a fim de dar visibilidade ao modelo linear em que ocorre a discussão dos casos, deixando pouco espaço para o desenvolvimento da concepção dos PTS se comparado às outras reuniões que compuseram o *corpus* de dados desta pesquisa.

9.3 FECHAMENTO DO CAPÍTULO

Este capítulo examinou como ocorre a interlocução entre os atores da ESF durante as reuniões de equipe, dando especial atenção ao papel do ACS e considerando as peculiaridades do seu trabalho, bem como, limites e possibilidades da sua contribuição na construção coletiva dos PTS.

Para tanto, primeiramente foi feita uma caracterização dessas reuniões no contexto do serviço que serviu de campo para esta pesquisa. Nesse sentido, foram identificados dois modelos de organização das discussões. O primeiro modelo é linear, mais diretivo e tem como norte das discussões questões técnicas da área de saúde.

O segundo modelo é mais flexível com relação à organização dos temas a serem debatidos pela equipe deixando os diálogos mais permeáveis a contribuição dos diferentes atores das equipes o que, por sua vez, amplia a possibilidade de troca entre eles favorecendo a participação do ACS na construção dos PTS.

A respeito da análise interpretativa do conteúdo das reuniões os achados desta pesquisa indicaram a existência de duas categorias de diálogos tecidos nos seios das reuniões: diálogos informativos e discussões de casos.

Os diálogos informativos se caracterizam pela troca de informação entre um emissor e os receptores de forma passiva. Ou seja, nesse tipo de interação não há intenção de construir problemas e soluções coletivamente e, por isso, não é dada continuidade na discussão das situações em questão.

No que tange aos diálogos pautados pela discussão dos casos esta pesquisa identificou diferentes possibilidades de interação entre os profissionais da ESF que tem potência para colocar em ressonância diferentes pontos de vista sobre os problemas e soluções identificados contribuindo assim para evolução dos PTS.

Este capítulo encerra a apresentação dos dados coletados em campo que serviram para documentar a terceira hipótese desta pesquisa que trata do papel do ACS na interface entre os outros profissionais da equipe de saúde, demonstrando que a lógica do trabalho do ACS encontra dificuldades para ser legitimada no seio dos espaços dialógicos das suas equipes.

CAPÍTULO X – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresenta a discussão produzida a partir da interpretação dos resultados obtidos sobre o trabalho do ACS na concepção dos PTS, à luz do quadro teórico apresentado. Finalizando o capítulo serão apresentadas as considerações finais desta tese por meio da sumarização das principais contribuições do estudo realizado, seus limites e perspectivas para pesquisas futuras.

10.1 ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE O CONTEXTO DESTA Tese SEUS OBJETIVOS E HIPÓTESES

Como apresentado no primeiro capítulo desta tese a implementação do SUS demandou a transformação do trabalho em saúde pública no Brasil com objetivo de superar um modelo hospitalocentrado que operava com base no paradigma biomédico. No bojo desse processo foi implementada a ESF, modelo preferencial de organização da APS brasileira, que tem por objetivo contribuir com a “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde (...)” (BRASIL, 2011 p. 10).

O legado de ser um modelo assistencial inovador e, ao mesmo tempo, eixo para reorientação dos serviços do SUS imprime características singulares nos processos de trabalho da ESF, tendo em vista que os profissionais de seus serviços devem ser preparados para conhecer a realidade do seu território adscrito identificando problemas e formulando soluções que incorporam questões sociais, políticas, históricas e culturais além do diagnóstico clínico (CAPISTRANO- FILHO, 1999; SANTOS, 2001; CAPOZZOLO, 2003; GOLDBAUN *et al.* 2005; PERES *et al.*,2011)

Logo, é nesse cenário que emerge a figura do ACS, considerado ator-chave para organização da assistência proposta pelo SUS e ESF devido a capilaridade de suas ações que tem potência para detectar com acurácia necessidades de saúde da população atendida pelas equipes de saúde da família. Com relação a essa natureza capilar do trabalho do ACS, cabe apontar que, em função desse profissional habitar no mesmo território em que trabalha e, assim, compartilhar da mesma realidade das famílias atendidas ele consegue apreender nuances sobre questões de cunho social, cultural e familiar de maneira particular em

comparação com os demais membros da equipe de saúde como será demonstrado pormenorizadamente na seção 10.3 deste Capítulo.

Portanto, o trabalho do ACS fornece elementos importantes para aprimorar o planejamento e implementação das ações de saúde, tanto localmente, ao encaminhar as informações do seu território de abrangência para as equipes de saúde da família, quanto nacionalmente, compondo o mosaico de dados que alimentam os sistemas de informação do MS. Ressalta-se que, além de coletar as informações a respeito das necessidades de saúde da população, o trabalho do ACS opera também em outra direção mediando as relações entre os demais profissionais da equipe de saúde e a comunidade, entregando ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência de forma mais contextualizada a realidade das famílias e comunidade atendidas pela ESF (FERREIRA *et al.*, 2011; PERES *et al.*, 2011).

Diante do quadro exposto duas questões relativas a operação dos serviços da ESF são apreendidas: o aumento da abrangência do trabalho em saúde e a emergência da profissão do ACS. As implicações dessas duas questões na operação dos serviços da ESF são amplamente discutidas na literatura e, nesta tese, destaca-se a dimensão coletiva do trabalho nesse campo, visto que, a contribuição de cada um dos profissionais da equipe de saúde da família “é condição essencial na manutenção e qualificação da assistência prestada” (PERES *et al.*, 2011 p. 196).

Destarte ressalta-se que, conforme apresentado no Capítulo IV, o trabalho em equipe multidisciplinar em saúde se assemelha a um processo de concepção cabendo retomar brevemente aqui alguns pontos explicitados no quadro teórico desta tese os quais são: o que é um projeto; em que consiste a atividade de concepção e, finalmente, aspectos de favorecem a interlocução entre atores de um projeto.

Um projeto é uma organização de pessoas dedicadas a alcançar um propósito e que precisa ter objetivos bem definidos e recursos suficientes para o seu desenvolvimento (TUMAN, 1983). A atividade central de um projeto é a concepção caracterizada pelo trabalho coletivo que se constrói por meio da prescrição recíproca a qual, por sua vez, determina a interdependência entre a atividade dos atores de um projeto (BUCCIARELLI, 1998; TERSSAC, 2008).

A necessidade de haver múltiplos atores em um processo de concepção se deve ao fato dessa atividade demandar a integração de grande número de informações que dificilmente seriam apreendidas por apenas um indivíduo (BÉGUIN, 1997; BUCCIARELLI, 1998). Todavia, se, de um lado, a diversidade de atores facilita o tratamento da complexidade de um projeto, por outro lado, essa diversidade também introduz a necessidade de articular

pontos de vista, objetivos e modos trabalhar que são distintos e, por vezes, conflituosos (BÉGUIN, 2010; BITTENCOURT, 2014).

No intuito de analisar essa interlocução entre os atores de um projeto Béguin (2007; 2010) desenvolveu os conceitos de Mundos Profissionais e Mundo Comum. O primeiro desses voltado para designação do conjunto de princípios por meio do qual cada profissional interpreta e responde as demandas do projeto relativas ao seu trabalho. E, o segundo, mapeia as posições relativas dos atores de um projeto identificando as influências recíprocas que contribuem ou impedem a evolução do projeto.

O panorama, ora apresentado, se configura como pano de fundo que embasou a construção das três hipótese desta tese que, apesar de terem sido apresentadas separadamente, apresentam uma sinergia que corrobora para análise do trabalho de concepção dos PTS. Desse modo, as duas primeiras hipóteses focalizaram na produção de conhecimento a respeito de um Mundo Profissional em construção, ou seja, o Mundo Profissional do ACS. E a terceira hipótese lança luz sobre a aspectos da gestão de projeto abordando a fabricação da atividade de concepção dos PTS e a elaboração da experiência coletiva dos trabalhadores nesse processo.

Diante dessas considerações as próximas seções deste capítulo apresentarão alguns apontamentos frutos do diálogo tecido entre a análise dos dados coletados em campo e o quadro teórico apresentado nos Capítulos IV e V desta tese.

10.2 ACS: UM MUNDO PROFISSIONAL À GUIA DE CONSOLIDAÇÃO

“Et à cet titre, on peut définir un monde professionnel comme un ensemble d’implicites axiologiques, conceptuels et praxiques qui forment système avec l’objet de l’action.” (BÉGUIN, 2010 p. 87)

Primeiramente o estudo das tarefas dos ACS tinha como propósito colocar em evidência o Mundo Profissional desse trabalhador. Entretanto, o levantamento dos dados em campo e a análise documental, que embasaram essa parte da pesquisa, mostraram que o ACS não tem um conjunto de valores implícitos, conceituais e práticos que formam um sistema com o objeto da sua ação, ou seja, o Mundo Profissional do ACS não está plenamente estabilizado.

Isso foi demonstrado por meio da análise do grande número de funções legadas a esses profissionais que apresentam lógicas distintas que são, por vezes, contraditórias como por exemplo: o trabalho burocrático x o trabalho de cuidado; prevenção de doenças e promoção da saúde x o atendimento das emergências; demandas das equipes x demandas da comunidade; vigilância epidemiológica x singularidade dos casos; modelo biomédico x clínica ampliada, demandas dos casos x demandas da gestão.

A diversidade de lógicas e as contradições a elas relacionadas, ora mencionadas, estão presentes na realidade de todos os trabalhadores da ESF, entretanto a literatura aponta implicações particulares dessa questão no trabalho dos ACS justamente por conta da fragilidade do seu Mundo Profissional e que serão expostas a seguir.

Alguns estudos sinalizam que a diversidade de lógicas presente no trabalho do ACS dificulta a delimitação do campo de ação desse trabalhador, seja pela idealização do seu trabalho (ZANCHETTA *et al.*, 2005; MARTINES; CHAVES, 2007; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010, BARALHAS; PEREIRA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2012); pelo excesso de funções que lhes são atribuídas (NASCIMENTO; DAVID, 2008; CORIOLANO; LIMA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2011; LOPES *et al.*, 2012; ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012) ou, ainda, pela incorporação, ao rol de suas atribuições, de tarefas que não são necessariamente da sua alçada (ZANCHETTA, *et al.*, 2005; SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010; VILELLA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010; GOMES, *et al.*, 2011; QUEIRÓS; LIMA, 2012; SAKATA; MISHIMA, 2012;).

Ademais, os dados apurados nesta pesquisa demonstraram que grande parte das ações legadas aos ACS são determinadas pela necessidade das equipes ou dos diferentes níveis de gestão sem a consideração do que é central no seu trabalho. Tal questão gera constrangimentos para os ACS e, também, corrobora com a dificuldade de delimitação do escopo de ação desse trabalhador.

Logo, nesse cenário, o trabalho do ACS parece estar constantemente em mutação por conta de novas tarefas e demandas que são insidiosamente agregadas ao seu trabalho e, a este respeito, Ferraz e Aets (2005) chamam atenção para o fato de que por conta da fluidez na definição de suas atribuições o ACS, muitas vezes, desempenha um papel de “tapa-buraco” nos serviços da ESF.

Essa fluidez na definição das atribuições do ACS tem sido considerada por alguns pesquisadores da saúde coletiva como um aspecto positivo do trabalho do ACS, pois, conforme aponta Gomes (2009), isso permite que esse trabalhador construa suas práticas em consonância com as propostas inovadoras do SUS e da ESF. Entretanto, é importante marcar

que tal fluidez também tem efeitos negativos para o trabalho do ACS ao permitir que ele abarque um número grande e variado de tarefas tornando mais difícil a consolidação de saberes e práticas que fundamentariam o seu Mundo Profissional.

Mas qual a importância de definir o Mundo Profissional do ACS? Para responder essa pergunta é conveniente reiterar que o conceito de Mundo Profissional é um analisador que desvela características que orientam a compreensão da dimensão tangível da ação e, assim, subsidia a construção de interpretações singulares para alcance de um objetivo determinado (BÉGUIN, 2009). Nessa perspectiva, construir um Mundo Profissional é organizar um sistema usando habilidades, competências e estratégias para evitar ficar à margem dos eventos (BÉGUIN, 2010).

Nesse cenário, ser um trabalhador sem um Mundo Profissional consolidado significa que o ACS é um trabalhador à deriva tendo em vista que suas tarefas podem ser remodeladas a todo momento o que, por sua vez, acaba impedindo que esse profissional construa um patrimônio que possa embasar suas ações. Outra consequência decorrente desse quadro é o fato de que a legitimidade do trabalho do ACS fica constantemente em jogo visto que não há clareza daquilo que é central em seu trabalho. Frente a isso, uma das contribuições desta tese foi lançar luz a elementos que podem nortear a consolidação do Mundo Profissional desse trabalhador, tais como objeto, ferramentas e valores que sustentam interpretações que esses trabalhadores fazem da realidade para realização de suas tarefas.

Nesse sentido, primeiramente serão abordados como objeto, valores e ferramentas do trabalho do ACS estão expressos em documentos normativos e na literatura e, a seguir, esses dados serão confrontados com o resultado da análise dos dados desta tese.

Para embasar a definição do objeto do trabalho do ACS buscou-se as atribuições prescritas em documentos normativos que são sintetizadas na tríade: “identificar sinais e situações de riscos, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações de risco identificadas” (TOMAZ, 2002 p. 85). Logo, nessa perspectiva, o foco da atividade do ACS estaria na realização de visitas domiciliares e nas discussões dos casos com as equipes o que coaduna com os achados de diferentes estudos que investigaram o trabalho do ACS (TOMAZ, 2002; FERRAZ; AETS, 2005; SZNELWAR; SILVA; MASCIA, 2008; SILVA-ROOSLI; ATHAYDE, 2011; VIANNA, 2013).

No que se refere as ferramentas e valores do trabalho do ACS, verificou-se, com base na metassíntese realizada nesta pesquisa e em outros documentos examinados, que esses profissionais reconhecem como principais ferramentas da profissão as tecnologias leves de

cuidado (CORIOLANO; LIMA, 2010; SAKATA; MISHIMA, 2012; VIANNA, 2013) e tem no conhecimento obtido no contato com as famílias, por meio das VD, seu maior patrimônio (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; SZNELWAR; SILVA; MASCIA, 2008; FERREIRA *et al.*, 2009; BARALHAS; PEREIRA, 2011; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; CARLI *et al.*, 2014).

Não obstante, a análise das tarefas do ACS, apresentada na seção 8.1 desta tese, desvelou que entre a miríade de ações legadas ao ACS, embora algumas se relacionem com a tríade apontada por Tomaz (2002) e tenham como instrumentos as ferramentas supra citadas, muitas outras são determinadas por lógicas com naturezas diversas. Para ilustrar essa situação retoma-se o trabalho burocrático apreendido na alimentação dos sistemas de informação, a demanda pelo cadastramento dos CPFs dos usuários feita pela gestão municipal de saúde ou, ainda, a transformação do atendimento no acolhimento em um trabalho de recepcionista que pouco se relaciona com os princípios enunciados na literatura e nos documentos do MS.

A respeito dessa diversidade de ações e lógicas convém marcar que não se trata aqui de apontar a heterogeneidade típica da operação de serviços, mas de evidenciar a questão de que as tarefas do ACS são definidas a partir de critérios que tem origem em racionalidades diversas sendo, frequentemente, determinados de forma apartada daquilo que tem sido considerado central no trabalho desse profissional.

O quadro, ora apresentado, trata-se de um diagnóstico a respeito do trabalho do ACS que foi construído com base no cotejamento da análise das suas tarefas com a literatura apresentando a falta de sedimentação do Mundo Profissional do ACS e os efeitos disso para seu trabalho. Porém, para ir além desse diagnóstico esta tese também investigou a lógica própria do trabalho do ACS, que emergiu a partir do acompanhamento da sua atividade na concepção de PTS, sendo apresentada e discutida na próxima seção.

10.3 AS CONTRIBUIÇÕES PRÓPRIAS DO TRABALHO DO ACS NO ENGENDRAMENTO DOS PTS

A análise das atividades do ACS na concepção dos PTS, apresentada no Capítulo VIII, permitiu identificar aspectos da lógica própria do trabalho desse ator traduzidas em maneiras de agir, formas de pensar e valores que orientaram as ações desses profissionais. Nessa direção, com base nas análises tecidas, foram levantados dois pontos que serviram de norte para as reflexões tecidas nesse tópico. O primeiro ponto aborda as contribuições dos ACS

para o alcance dos objetivos propostos para o seu trabalho no âmbito da ESF¹⁶ e o segundo demonstra a singularidade dessas contribuições para concepção dos PTS.

No que tange as contribuições dos ACS para alcance dos objetivos propostos para ESF essa pesquisa demonstrou que suas atividades possibilitam:

- a) interlocução entre a comunidade e as equipes qualificando os dados necessários para efetivação do cuidado
- b) coordenação do cuidado
- c) acolhimento e construção de vínculo
- d) regulação das ações programadas e urgentes
- e) inserção de dados de ordem social, familiar e comunitária na pauta do cuidado

Para atender aos objetivos, ora elencados, verificou-se que os ACS realizaram um conjunto de ações customizadas e capilares que se contrapõem às formas de agir mais tradicionais da área da saúde que são, predominantemente, protocolares, centradas em aspectos biológicos e construídas a partir de uma perspectiva de imutabilidade dos sujeitos (CUNHA, 2004).

Assim, ao iluminar a atividade realizada pelos ACS no acompanhamento dos usuários sob sua responsabilidade foi possível mapear esforços mobilizados por esses trabalhadores para integração das demandas que emergem da realidade do território e das famílias atendidas o que, por sua vez, coaduna com as propostas de transformação do modelo de atenção em saúde. Nessa direção, os resultados desta pesquisa demonstraram que os ACS conseguem incorporar as necessidades dos sujeitos atendidos de uma forma particular se aproximando de um dos pontos cruciais da proposta da Clínica Ampliada que é ajudar pessoas para além de combater sintomas e doenças (CUNHA, 2009).

Do ponto de vista do referencial da gestão de projetos esses achados evidenciaram que os ACS podem integrar aos PTS elementos que são da dimensão do desejável, expressos nas prescrições para o trabalho no SUS e na ESF. Destarte, o ACS contribui trazendo para as equipes dados da realidade das famílias e do território que não seriam obtidos sem a sua atividade. Isso foi ilustrado por meio dos diferentes encontros do ACS com usuários em VD, na recepção da unidade ou mesmo ao acaso os quais possibilitaram que esses profissionais colhessem informações relativas a questões de saúde e, mormente, sociais, familiares e econômicas com potência para remodelar a pauta das demandas de cuidado.

¹⁶ Os objetivos propostos para o trabalho na ESF foram tratados nas seções 1.1 e 1.2 desta tese

Todavia, o redesenho das demandas de cuidado implicam na tessitura de respostas mais complexas envolvendo a mobilização de recursos, materiais, humanos e institucionais que, muitas vezes, não são disponibilizados para tanto. Assim, o trabalho do ACS também coloca a resistência do real em questão, expondo, por conseguinte, fragilidades das equipes e do sistema de saúde para efetivar o cuidado ampliado em saúde.

Essas fragilidades foram identificadas em algumas situações acompanhadas nessa pesquisa como, por exemplo: pela falta de disponibilidade dos outros profissionais das equipes para atendimento das demandas identificadas pelo ACS como urgentes ou, ainda, pela dificuldade do ACS no empreendimento de ações de cuidado que julgam necessárias por estarem capturados por tarefas de outras ordens, tais como, o acolhimento ou alimentação dos sistemas de informação.

Diante disso, fica patente que o trabalho do ACS também traz para a concepção dos PTS a dimensão do possível que se configura a partir da resistência do real observada nos entraves resultantes de problemas relacionados a organização do trabalho, insuficiência de recursos materiais e humanos ou mesmo da gravidade das situações, de ordem biológica ou social, que emergiram dos casos acompanhados.

Vale ressaltar, que para fazer face as esses entraves o ACS constroi estratégias conforme evidenciam as situações listadas a seguir:

- a) Mobilização de profissionais da equipe nuclear, do NASF ou da gestão do serviço para atender demandas que estavam fora da sua alçada, mas que precisavam de uma intervenção imediata.
- b) Mobilização de recursos institucionais para conseguir vaga no hospital para internação de um usuário.
- c) Desenvolvimento de estratégias informais para acompanhamento dos casos que pode ser exemplificados pelo contato com usuário via *whatsapp* ou pela convocação de um morador da comunidade para fazer o transporte de um usuário da comunidade até a unidade de saúde.

Logo, o quadro apresentado sobreleva o fato de que, embora o ACS não tenha um Mundo Profissional estabilizado e enfrente constrangimentos decorrentes dessa situação, sua atividade tem uma lógica própria. Tal lógica é centrada nas necessidades dos usuários sendo norteada por valores alinhados com as premissas para o trabalho no SUS e na ESF e, ainda, com que a literatura e os textos normativos apontam como suas atribuições centrais.

De forma sumária, essa seção demonstrou a lógica própria do trabalho do ACS e a sua importância para concepção dos PTS tendo em vista que a atividade desses atores fomenta

ações alinhadas com os princípios da Clínica Ampliada produzindo coordenação do cuidado, vínculo, longitudinalidade, universalidade e equidade, por exemplo. Além disso, o trabalho do ACS confronta as dimensões do que é desejável e possível nos PTS promovendo assim a evolução desse projeto.

Dando seguimento as reflexões trazidas no bojo desta tese a seção seguinte apresentará como a lógica própria do trabalho do ACS, identificada a partir da análise da atividade de concepção dos PTS, e os constrangimentos oriundos da falta de um mundo profissional, explicitados pela análise das tarefas desse trabalhador, se refletem no seio dos espaços dialógicos das equipes da ESF.

10.4 OS ESPAÇOS DIALÓGICOS DE CONCEPÇÃO: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA CONSTRUÇÃO DE UM MUNDO COMUM NO ÂMBITO DA ESF

O foco da discussão tecida nessa seção é o trabalho de concepção inerente aos PTS dando especial atenção as possibilidades e limites de integração da atividade do ACS no seio dos espaços de discussão coletiva das equipes da ESF. Nesse sentido, cabe reiterar que o PTS se configura como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, que são construídas coletivamente, visando responder demandas de um indivíduo ou de um grupo com base na perspectiva da Clínica Ampliada.

As discussões geradas na construção de um PTS são prospectivas o que as difere do modelo de discussão de caso mais usual na área de saúde que é, predominantemente, retrospectivo (BRASIL, 2009; PINTO *et al.*, 2011). Ademais, cabe frisar, que os PTS foram desenvolvidos visando potencializar a integração das equipe de saúde, bem como, o fomento da incorporação de outras dimensões do cuidado em saúde que vão para além do diagnóstico e da medicação (BOCCARDO, *et al.*, 2013).

Segundo Nunes (2007) a construção de um PTS se divide em quatro etapas, as quais são:

- a) Diagnóstico que é feito a partir do referencial da Clínica Ampliada observando aspectos orgânicos, subjetivos, sociais, bem como, o contexto singular do sujeito ou família atendidos.
- b) Definição dos objetivos visados colocando esses na linha do tempo de gestão da clínica incluindo a negociação das propostas de intervenção com o usuário.
- c) Pactuação das tarefas e responsabilidades de cada membro da equipe.

- d) Reavaliação etapa por meio da qual se concretiza a gestão do PTS que ocorre pela avaliação das ações empreendidas e correção das trajetórias.

Tal quadro evidencia que o PTS é um modelo ambicioso, pois visa integrar uma noção ampliada de saúde na qual a visão do ACS, e até mesmo do usuário do serviço, tem papéis significativos na tecitura de respostas as necessidades de saúde da população. Ao mesmo tempo, espera-se que o próprio trabalho de construção do PTS seja motor da integração entre os profissionais da equipe. No entanto, tanto na literatura científica e normativa, quanto no serviço estudado nesta tese, não foram encontrados dados que orientem mais efetivamente a concepção dos PTS para além da recomendação de que ele ocorra no espaço das reuniões de equipe (NUNES, 2007; BOCCARDO *et al.*, 2011; BARROS; MÂNGIA, 2014).

Diante disso, esta pesquisa adotou a reunião de equipe como um de seus focos de análise para conhecer o funcionamento dessas reuniões em situação dando especial atenção ao papel desempenhado pelo ACS. Nesse sentido, foi explorada a interlocução dos atores das equipes da ESF a partir de dois eixos. O primeiro deles descreveu as reuniões acompanhadas evidenciando a composição das equipes, a organização das discussões e encaminhamento dos casos discutidos. E, o segundo eixo, se fundamentou numa abordagem interpretativa do conteúdo das reuniões destacando situações que favorecem o diálogo e a construção dos PTS e situações que vão de encontro a esse objetivo.

No que se refere ao primeiro eixo de análise os dados apurados demonstraram que as equipes realizam um encontro semanal contando, preferencialmente, com a presença de todos os membros da equipe. Além disso, observou-se uma diferença entre o número de casos abordados entre as equipes. A este respeito ressalta-se que nas equipes onde o número de casos abordados foi expressivamente maior as discussões sobre cada caso foram mais breves e não conseguiram abarcar outros aspectos além daqueles pautados pela semiologia médica.

A diminuição do tempo dedicado a discussão dos casos atendidos por uma equipe, segundo Grumbach e Bodenheimer (2004), pode estar relacionada ao excesso de demanda que, por sua vez, levaria as equipes a diminuírem o tempo de discussão para aumentar o número de casos tratados. Contudo, este quadro suscita a necessidade de discutir a questão do número de casos tratados *versus* a qualidade das discussões realizadas.

Nesse sentido, é preciso considerar que a formulação dos PTS não pode ser reduzida a troca de informações sobre um caso e posterior divisão de tarefas entre os membros da equipe. Isto porque, a concepção de ações de cuidado alinhadas com as propostas do SUS, da ESF e pautadas pela metodologia dos PTS demanda a construção coletiva dos

problemas e das soluções o que requer aprofundamento das discussões a respeito das situações individuais ou coletivas que são acompanhadas pelas equipes. Portanto, nesse enquadre, as reuniões de equipe da ESF deveriam privilegiar a dimensão qualitativa na abordagem dos casos e se isso não for possível para todos os casos acompanhados faz-se necessário a construção de critérios claros para eleger as situações que precisam de uma discussão mais profunda.

Os resultados do eixo de análise que se fundamentou numa abordagem interpretativa do conteúdo das reuniões de equipe colocaram em evidência o contraste entre duas possibilidades de interação entre os profissionais da ESF que foram denominados de diálogos informativos e discussões de caso.

Os diálogos informativos são fundados num tipo de interação que se dá, predominantemente, de forma unidirecional havendo pouca ou nenhuma troca entre o emissor da mensagem e diferentes integrantes da equipe.

No que tange as interações tipo discussões de caso as análises realizadas permitiram identificar que as trocas entre os diferentes profissionais das equipes colocaram em ressonância os diferentes pontos de vista a respeito dos problemas que foram tratados. Destarte, nesse tipo de interação houve espaço para debate entre os profissionais da equipe que potencializou o aprendizado mútuo fazendo assim que os PTS evoluíssem.

No que se refere ao papel dos ACS nas reuniões de equipe foi verificado que a legitimidade de sua contribuição não é garantida. Isso porque nas equipes que trataram de um maior número de casos todas discussões foram sustentadas pelo modelo biomédico que ocorreram preponderantemente por meio de diálogos informativos. Logo, além do modelo de interação ser pouco propício para fecundar a troca entre os atores da equipe o direcionamento da discussão pelo viés biomédico *per se* já diminui o espaço da contribuição do ACS que, por sua vez, é dada pelas questões que estão relacionadas mais fortemente a dimensões sociais, comunitárias e culturais, por exemplo.

De outro lado, mesmo nas reuniões onde houve discussões de casos mais densas que favoreceram a evolução do PTS as contribuições do ACS não foram incorporadas com facilidade. Tal quadro pode ser explicado pelo fato de que, segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional muitas vezes é marcado pelo estabelecimento de relações assimétricas entre os diferentes profissionais de saúde por conta da hierarquização de saberes que privilegia o saber e as ações baseados no modelo biomédico e lega, a segundo plano, outras dimensões do cuidado.

Todavia, o acompanhamento da atividade do ACS apresentada no Capítulo VII desta tese demonstrou que a gestão dos PTS não se restringe as reuniões de equipe visto que as ações planejadas precisam ser adaptadas para responder a eventos, logo as ações concebidas nas reuniões são frequentemente transformadas por meio do trabalho do ACS.

Esse achado vai ao encontro da ideia de que a concepção continua no desenvolvimento das ações planejadas, porquanto uma ação nunca é a concretização direta de uma ideia. Para explicitar como essa questão incide nos projetos Schön (1983) criou a metáfora do diálogo com a situação na qual o ator de um projeto, focado no objetivo do seu trabalho, mobiliza seu conhecimento para pensar em soluções para um dado problema, contudo, o contexto real sobre o qual ele age responde e o surpreende criando novos problemas para os quais novas forma de ação serão necessárias (BÉGUIN, 2008; BITTENCOURT, 2014).

Nesse sentido, essa pesquisa desvelou que o ACS contribui de forma considerável para a concepção dos PTS, especialmente, em situações onde a lógica própria do seu trabalho opera. Contudo, é oportuno frisar que, em grande parte das situações acompanhadas, mesmo diante da complexidade das demandas dos casos, coube ao ACS sozinho levar as informações colhidas no território e realizar esforços para integrar outros membros da equipe na elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas identificados, pois não houve nenhuma reunião fora do previsto para deliberar respostas coletivas. Esses dados apontam, de um lado, para insuficiência das reuniões de equipe como espaços únicos para fabricação coletiva dos PTS e, de outro, demonstram que os ACS contribuem para superar essa deficiência visto que conseguem integrar as informações advindas da situação real, bem como, coordenar as ações que visam fazer face ao problemas identificados.

Essa seção encerra a parte desse capítulo que recapitulou os aspectos mais relevantes levantados na pesquisa de campo tecendo um diálogo entre eles e a literatura. A seção seguinte toma como base o que foi apresentado até aqui para sumarizar as contribuições desta tese.

10.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÕES, LIMITES E PERSPECTIVAS PARA PESQUISAS FUTURAS

Ao término desta tese cabe apresentar algumas das contribuições do estudo do trabalho do ACS na concepção dos PTS que foi realizado à luz do quadro da teórico da gestão de projetos e, mais especificamente, dos conceitos de Mundos Profissionais e Mundo

Comum. Tais contribuições foram sumarizadas em torno dos objetivos da pesquisa sendo apresentadas a seguir.

O primeiro objetivo desta tese foi produzir conhecimento a respeito do Mundo Profissional do ACS num contexto de inovação social o qual é pautado pela implementação do SUS e da ESF. A este respeito esta tese demonstrou que o ACS não tem um Mundo Profissional consolidado visto que suas tarefas são determinadas a partir de lógicas diversas com critérios definidos de forma apartada daquilo que, segundo os resultados apresentados, é considerado central no seu trabalho. A este respeito as contribuições desta tese foram colocar em evidência essa situação e identificar elementos que podem favorecer a emergência do seu Mundo Profissional, tais como objeto, valores e ferramentas do seu trabalho.

Ainda na direção de produzir conhecimento a respeito do trabalho do ACS a análise da atividade desses trabalhadores na implementação dos PTS permitiu identificar que há uma lógica própria do trabalho do ACS a qual é centrada nas necessidades dos usuários atendidos e norteada pelas premissas inovadoras do SUS e da ESF.

Ao produzir conhecimento sobre o trabalho dos ACS, sob a perspectiva do conceito de Mundos Profissionais, esta tese contribuiu para uma apreensão mais acurada da atividade desse trabalhador fornecendo subsídios que podem ajudar a definir seu escopo de ação possibilitando balizar adequações na organização do seu trabalho.

Para atender ao objetivo de contribuir com a definição das dimensões relativas a gestão dos PTS na ESF, integrando a fabricação do trabalho e a experiência dos trabalhadores esta pesquisa buscou apreender a gestão dos PTS como um diálogo entre Mundos Profissionais por meio do qual se contrói um Mundo Comum que é, por sua vez recurso para aprimoramento do desenvolvimento de um projeto.

A este respeito esta pesquisa demonstrou construção de um Mundo Comum no âmbito do serviço estudado ainda é incipiente visto que as reuniões de equipe contam com pouco suporte para fecundar a troca entre os trabalhadores. Tal quadro fragiliza a concepção dos PTS, sobretudo, quando as equipes operam fixadas no paradigma biomédico o que restringe a participação do ACS na concepção dos PTS uma vez que a sua contribuição se fundamenta nas dimensões do processo saúde-doença ultrapassam as questões fisiopatológicas.

De outro lado, os resultados desta tese também colocaram em evidência que reuniões de equipe semanais foram insuficientes para atender a necessidade dos casos que os ACS acompanharam.

Frente a esse quadro cabe apontar que para se estabelecer um processo cooperativo entre atores de diferentes especialidades na realização de um projeto não basta prescrever um espaço de encontro, é preciso instrumentalizar a interação (BÉGUIN, 2010). Nesse sentido, a gestão dos PTS pode se basear nas propostas que vem sendo desenvolvidas para fomentar os processos de concepção em especial àquelas que favorecem o desenvolvimento de aprendizagens mútuas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Patty Fidelis et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>. Acesso em: 21 mar. 2015.

ALONSO, Carolina Maria do Carmo. **O trabalho e o trabalhar de uma equipe de reabilitação do Programa de Saúde da Família do município de São Paulo**. 98f. 2009. Dissertação (Mestre em Ciências). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2009.

ALONSO, Carolina Maria do Carmo. **Análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde**: contribuições da ergonomia para aprimoramento da concepção de serviços públicos de saúde. Relatório de pesquisa apresentado para qualificação da tese de doutorado em Ciências pela COPPE. 2014. (Texto não publicado).

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jan. 2016.

ARRUDA, Carlos André Moura et al. O ACS ensina a gente a ter amor pela vida: percepções de usuários assistidos na Estratégia Saúde da Família no Ceará. **Revista Bahiana de Saúde Pública**. v. 34, n. 4, p. 935-950 out./dez. 2010.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; JACKSON FILHO, José Marçal. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (orgs.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 45-65.

BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 407-449.

BLACHMAN, Nina L.; BLAUM, Caroline S. Integrating Care Across Disciplines. **Clinics in geriatric medicine**, v. 32, n. 2, p. 373-383, 2016.

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 jan. 2016.

BARBOSA, Regina Helena Simões et al. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface. Comunicação Saúde e Educação**. Botucatu, v.16, n.42, p. 751-765. jul./set. 2012. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

BARROS, Juliana Oliveira; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. The Construction of Therapeutic Projects in the Mental Health Field: notes about new care technologies. **Work** (Reading, MA), v. 49, p. 567-575, 2014.

BAKHTIN, Mikhail Mikhaïlovich. **Esthétique de la création verbale**. Paris: Gallimard, 1984.

BECKER, Howard Saul. **Les mondes de l'art**. Paris: Flammarion, 1988.

BÉGUIN, Pascal. Argumentos para uma abordagem dialógica da inovação. **Laboreal**, v. 4, n. 2, p. 72-82, 2008.

BÉGUIN, Pascal. Concevoir pour les genèses professionnelles. In: Pierre RABARDEL, Pierre; PASTRÉ, Pierre (coords.), **Modèles du sujet pour la conception, dialectiques activités développements**. Toulouse: Octarès, 2005, p. 31-52.

BÉGUIN, Pascal. **Conduite de projet et fabrication collective du travail: une approche développementale**. Habilitation para dirigir pesquisas. Ecole Doctorale: Sciences Sociales. Universiade Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux: França. 2010.

BÉGUIN, Pascal. Le schème impossible, ou l'histoire d'une conception malheureuse. **Design Research**, v. 4, n. 10, p. 45-67, 1997.

BÉGUIN, Pascal. O ergonomista, ator da concepção. In: FALZON, Pierre (ed.), **Ergonomia**, São Paulo, Editora Blucher, 2007. cap. 22, p. 317-330.

BÉGUIN, Pascal. Simulation et participation. In.: PARTICIPATION, REPRÉSENTATION, DÉCISION DANS L'INTERVENTION ERGONOMIQUE, **Actes du Séminaire**, 1998.

BÉGUIN, Pascal; RABARDEL, Pierre. Concevoir pour les activités instrumentées. **Recherche en intelligence artificielle**. n. 14, p. 35-54, 2000.

BINDA, Josiana; BIANCO, Mônica de Fátima; SOUSA, Eloísio Moulin de. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 389-402, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a11.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

BITTENCOURT, João Marcos Vianna Quadros. **Expressão da experiência de trabalho em projeto**: argumentos para uma engenharia de objetos intermediários 313f. 2014. Tese (Doutorado em Engenharia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro. 2014.

BOCCARDO, Andréa Cristina S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. **Trab. educ. saúde**. v. 6, n. 3, p.457–480, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004>.
Acesso em: 1 jan. 2016.

BOWER, Paul *et al.* Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 4, p. 273-279, 2003.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Portaria GM 154/08, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 de janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v. 4).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da saúde, 2010. (série B. textos Básicos de saúde).

BREDA, Mércia Zeviani *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio/jun.2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021>. Acesso em: 21 mar. 2015.

BRITO, Jussara *et al.* O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fiocruz, 2011. p. 23-43.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BUCCIARELLI, Louis L. Reflective Practice in Engineering Design. **Design Studies**. v. 5, n. 3, p. 185-190, 1984.

BUCCIARELLI, Louis. L. An ethnographic perspective on engineering design. **Design Studies**, v. 9, n. 3, p. 159-168, jul. 1988. Disponível em:
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0142694X88900452>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 1 fev. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 de maio de 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29704>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CAP. 3.1. Blog da Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Território da AP 3.1** (2014). Disponível em: <<http://cap31.blogspot.com.br/p/demografia.html>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CAPISTRANO FILHO, David. O programa de saúde da Família em São Paulo. **Rev. Estud. Av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 89-100, jan./abr. 1999.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família.** 2003. 297f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas (SP), 2003.

CARBALLEDA, Gabriel. **La contribution des ergonomes à l'analyse et à la transformation de l'organisation du travail: l'exemple d'une intervention relative à la maintenance dans une industrie de processus continu.** Tese (Doutorado em Ergonomia). CNAM (Paris), 1997.

CARLI, Rafaela de *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00626.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

CARVALHO et al. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Arquivos de ciências da saúde**, v. 15, n. 2, p.93-95, abr./jun. 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1400-1410. set./out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20. mar. 2015.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho.** Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-16, 2008.

CORIOLO Maria Wanderleya de Lavor; LIMA Luciane Soares de. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev.**

enferm. UERJ v. 18, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a16.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

COSTA, Glauce Dias da et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2014.

COSTA, Marta Cocco da et al. Processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: possibilidades e limites. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 134-140, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000300018>. Acesso em: 1 jan. 2016.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 10 abr. 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 201f. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

CUNHA, Gustavo Tenório. **Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para co-gestão e a Clínica Ampliada na Atenção Básica**. 248f. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2009.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 dez 2016.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DANIELLOU, François. A ergonomia na condução de projetos de concepção de sistemas de trabalho. In: FALZON, Pierre. (ed.). **Ergonomia**. São Paulo: Editora Blucher, 2007. cap. 21, p. 303-330.

DANIELLOU, Francois; LAVILLE, Antoine; TEIGER, Catherine. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 17, n. 68, p. 7-13, 1989.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). **Os números**. 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>>. Acesso em: 13 out. 2013.

DORMAN, Susan Elizabeth; SMITH, Stanley V; KIRKHAM, Stephen R. The use of an electronic patient record to facilitate a specialist palliative care multidisciplinary team meeting. **Palliative Medicine**. v. 24, n. 2, p. 198-199, mar. 2010.

DUARTE, Francisco José de Castro Moura; BÉGUIN, Pascal Daniel. **Trabalho, inovação e desenvolvimento sustentável**. 39 f. 2010. (Projeto de cooperação internacional CAPES – COFECUB) Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. Disponível em:

<<http://www.pep.ufrj.br/documentos/Trabalho,%20Inovacao%20e%20DS.pdf>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

ELKINGTON, John. **Cannibals with Forks: the Triple Bottom Line of 21st Century Business**. Oxford: New Society Publishers, 1997.

ECO, Umberto. **Interpretação e superinterpretação**. São Paulo: Martins Fontes. 2005.

FEENBERG, Andrew. **(Re) penser la technique: vers une technologie démocratique**. La découverte, 2004.

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 1 jan. 2016.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, Botucatu, v. 9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008>. Acesso em: 1 jan. 2016.

FINFGELD-CONNETT D. Meta-synthesis: The state of the art - So far. **Qualitative Health Research**. v. 58, n. 6, p. 708-714, 2003.

FONSECA, Angélica Ferreira et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto contexto – enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, jul./set. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2016.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Brasília: Líber Livro, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2016.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 46, p. 575-586. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop2213.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

GERENCIADOR DE INFORMAÇÕES LOCAIS (GIL). 2016. Disponível em: <gil.datasus.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2015.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GOLDBAUM, Moisés et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

GOMES, André de Lima et al. O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 15, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10564/6816>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

GOMES, Anna Luiza Castro; SÁ, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/40367>>. Acesso em: 1 mar. 2016.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GOMES, Rafael da Silveira. **O trabalho no Programa Saúde da Família do ponto de vista da atividade**: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial. 2009. 171f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA Ary Carvalho de et al. (orgs.) **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GRUMBACH, Kevin; BODENHEIMER, Thomas. Can health care teams improve primary care practice? **Jama**, v. 291, n. 10, p. 1246-1251, 2004.

GUÉRIN, François. et al. **Comprender o trabalho para transformá-lo**. São Paulo: Blucher, 2001.

HAHN, Giselda Veronice. **Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose**. 207f. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2015.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 fev. 2016.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 331-336, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026>. Acesso em: 20 mar. 2015.

HOUAISS. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 3.0**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2009.

JARDIM, Tatiana de Andrade. **Morar e trabalhar na comunidade: a realidade dos agentes comunitários de saúde**. 108f. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências). São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2007.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface. Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100011>. Acesso em: 1 jan. 2016.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Community health agent: a literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2013.

LANCMAN, Selma; PEREIRA Lygia Maria de França. Introdução. In: LANCMAN, Selma (org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15; 2009. p. 9-28.

LANCMAN, Selma; PEREIRA, Lygia Maria de França. Introdução. In: LANCMAN, Selma (org.). **Transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no**

processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores. (Relatório final do projeto de pesquisa CNPQ n. 554503/2005-0) São Paulo: USP, 2008.

LARA, Maristela Oliveira; BRITO, Maria José Menezes; REZENDE, Lilian Cristina. Aspectos culturais das práticas dos Agentes Comunitários de Saúde em áreas rurais. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 46, n. 3, p. 673-680, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/20.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29723>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

LEPLAT, Jacques; MONTMOLLIN, Maurice de. As relações de vizinhança da ergonomia com outras disciplinas. In. FALZON, Pierre. (ed.). **Ergonomia**. São Paulo: Editora Blucher, 2007. cap. 3, p. 33-44.

LIMA, Aline Pinto de; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; OLIVEIRA, Quéli Cristina de. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 121-127, jan./fev./2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100018>. Acesso em: 1 jan. 2016.

LOCH-NECKEL, Gecioni *et al.* Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1463-1472, set./out.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019>. Acesso em: 21 mar. 2015.

LOPES, Denise Maria Quatrin et al. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/15.pdf> >. Acesso em: 1 jan. 2016.

MACINKO, James; STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. **Health Services Research**. v. 38, n. 3, p.831–865. jun. 2003. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.00149/full>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

MARCUZZO, Patrícia. Diálogo inconcluso: os conceitos de dialogismo e polifonia na obra de Mikhail Bakhtin. **Cadernos do IL**, n. 36, p. 2-10, 2008.

MAGALHÃES Rosana; SENNA Mônica de Castro Maia. A implementação do Programa Saúde da Família no cenário local. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2549-2559, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200005>. Acesso em: 13 out. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, Fev. 2016. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 dez. 2016.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 426-433, set. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 1 jan. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II).

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365. ago. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500011>. Acesso em: 21 mar. 2015.

MERRIAM, Sharan B. **Qualitative research: A guide to design and implementation**. 2009.

MIDLER Christophe. Modèles gestionnaires et régulations économiques de la conception. In: TERSSAC, Gilberto de; FRIEDBERG, Erhard. **Coopération et conception**. Toulouse: Octarès, 2008. p. 63-86

MITCHELL, Pamela et al. **Core principles & values of effective team-based health care**. Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington, DC, 2012. Disponível em:
<www.iom.edu/tbc>. Acesso em: 12 ago. 2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca virtual em saúde. **O que é a BVS/MS**. 16 set. 2014. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, sep. 2014. ISSN 1984-0470. Disponível em:
<<http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/88568>>. Acesso em: 15 feb. 2017.
doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>.

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, 550-560, out./dez. 2008. Disponível em:
<<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2016.

NASSER, Franck. **L'ingénierie**. Paris: Presses Universitaires de France. 1976.

NOUROUDINE, Abdallah. Como conhecer o trabalho quando o trabalho não é mais o trabalho? **Trab. educ. saúde**, v. 9, n. supl. 1, p. 69-83, 2011.

NUNES, Everardo Duarte *et al.* A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1923-1934, 2010.

O'NEILL, Thomas A.; ALLEN, Natalie J. Team meeting attitudes: Conceptualization and investigation of a new construct. **Small Group Research**, v. 43, n. 2, p. 186-210, 2012.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 1, 28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2015.

OLIVEIRA, Daíla Timbó *et al.* Percepções do Agente Comunitário de Saúde sobre sua atuação na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v. 17 n. 1, p. 132-137, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26386/17580>>. Acesso em: 1 mar. 2015.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 202f. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research**. John Wiley & Sons, Ltda., 2005.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PERES, Carla Regina Fernandes Biffe *et al.* O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-911, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2015.

PINHEIRO, Ricardo Lana; GUANAES-LORENZI, Carla. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 19, n. 1, p. 48-57, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2015.

PINTO, Diego Muniz *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2016.

PIZO, Carlos Antonio; MENEGON, Nilton Luiz. Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. **Produção**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2010.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, out. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 nov. 2014.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p.438-446, 2004. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>>. Acesso em: 21 de mar. 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. **Guia de Referência Rápida**. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; SANTOS, Adriano Maia dos; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 907-915, maio 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2015.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29825>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p 1027-34, nov./dez. 2005.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, jun./2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 mar. 2015.

SALTMAN, Deborah C. et al. Groups or teams in health care: finding the best fit. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 13, n. 1, p. 55-60, 2007.

SANTOS, Luiz Fernando Boiteux; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Rev. enferm. UERJ**; v. 19, n. 1, p. 52-57, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, mar./abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2015.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2009-2018, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000900002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 mar. 2015.

SANTOS, Rosa Maria Barros dos. **Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis)**: relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999). 191f. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, 2001.

SCHÖN, Donald. **The reflective practitioner**. How professionals think in action. New York: Basic books, 1983.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2016.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; NEVES, Tatiana Freitas Stockler das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasil, v. 13, n. 2, p. 225-240, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25727>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2016.

SILVA Marcia Terra, SALOMÃO Susana, ALONSO Carolina Maria do Carmo, MATSUBARA Simone *et al.* Transformação do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho. In: LANCMAN, Selma (org). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo15, p. 87-128, 2008.

SILVA-ROOSLI, Ana Cláudia Barbosa da; ATHAYDE, Milton. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (org) **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fiocruz, 2011. p. 67-82.

SIMON, Herbert A. **The sciences of the artificial**. MIT press, 1996.

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari; PINTO Ione Carvalho, MELLO, Débora Falleiros. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 228-237, abr./jun. 2010. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11234>>. Acesso em: 21 maio 2015.

SOUZA, Lázaro José Rodrigues; FREITAS, Maria do Carmo. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 96-109 jan./mar. 2011. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1020/pdf_317. Acesso em: 1 abr. 2015.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

STARFIELD Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

STRAUSS, Anselm et al. **L'hôpital et son ordre négocié**. La trame de la négociation, 1992

SZNELWAR, Laerte Idal; SILVA, Marcia Terra; MASCIA, Fausto Leopoldo. Working in public health services in Brazil: The relationship between different rationalities. **Applied ergonomics**, v. 39, n. 4, p. 500-508, 2008.

TERSSAC, Gilberto de. Le travail de conception: de quoi parle-t-on? In: FRIEDBERG, Erhard; TERSSAC, Gilberto de. **Coopération et conception**. Toulouse: Octarès, 2008. p. 1-22.

THEUREAU, Jacques. Les entretiens d'autoconfrontation et de remise en situation par les traces matérielles et le programme de recherche «cours d'action». **Revue d'anthropologie des connaissances**, v. 4, n. 2, p. 287-322, 2010.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n.10, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2013.

TRAPÉ, Carla Andrea; SOARES, Cássia Baldini. A prática educativa dos agentes comunitários de saúde à luz da categoria práxis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 142-149, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2015.

TRIANA, Amarilys Z. **A semiologia biomédica e seus limites: desvendando caminhos entre o sutil e o evidente**. 125f. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 1999.

TUMAN JR. John. Development and Implementation of effective project management information and control systems, In: CLELAND, David. I.; KING, William, R. **Project management handbook**. Van Nostrand Reinhold, New York, 1983.

VIANNA, Eliane Chaves. **Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos**. 258f. 2013. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2013.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera da; JACKSON FILHO, José Marçal. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 122, n. 35, p. 289-302, 2010.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

VINCK, Dominique. **Os engenheiros no cotidiano**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2013.

WEEL, Chris Van. Teamwork. **The Lancet**, v. 344 n. 8932, p. 1276-1279, 1994.

WISE, Harold; RUBIN, Irwin; BECKARD, Richard. Making health teams work. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 127, n. 4, p. 537, 1974.

WOLFF, Marion; BURKHARDT, Jean Marie; DE LA GARZA, Cecilia. Concepción. Analyse exploratoire de “points de vue”: une contribution pour outiller les processus de conception. **Le travail humain**, v. 68, n. 3, p. 253-286, 2005.

ZANCHETTA, Margareth S. et al. Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde-estudo etnográfico. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/35/14>. Acesso em: 1 jan. 2016.

ANEXOS

ANEXO 1
QUADRO COM AS CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA
METASSÍNTESE

Autores/ano	Região	Sujeitos da pesquisa	Procedimento coleta de dados	Tema
Baralhas M, Pereira MAO. (2011)	Sudeste	ACS	Entrevista	Representação dos ACS sobre as suas práticas assistenciais
Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. (2012)	Sudeste	ACS	Grupo focal	Relação entre a dimensão de gênero e o trabalho dos ACS
Binda JB, Bianco MF, Sousa EM. (2013)	Sudeste	ACS	Observação, grupos de discussão e entrevista	Análise dos processos de trabalho dos ACS
Bornstein VJ, Stotz EM. (2008)	Sudeste	ACS, médicos e enfermeiras das ESF	Entrevistas, análise documental e observação participante	Caracterização das formas de mediação presentes no trabalho dos ACS
Carli R, Costa MC, Silva EB, Resta DG, Colomé ICS. (2014)	Sul	ACS	Entrevista	Percepções dos ACS sobre as práticas de acolhimento e vínculo
Coriolano MWL, Lima, LS. (2010)	Nordeste	ACS	Grupo focal	Descrição do processo de trabalho dos ACS
Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta, DG, Colom ICS, Carli R. (2012)	Sul	ACS	Entrevista	Análise do processo de trabalho dos ACS
Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. (2009)	Nordeste	ACS	Entrevista e grupo focal	Produção do cuidado, processo de trabalho, tecnologias e reestruturação do processo produtivo dos ACS
Filgueiras AS, Silva	Sudeste	ACS	Entrevista	Discussão dos aspectos

ALA. (2011)				facilitadores e limitantes das atividades designadas aos ACS.
Fonseca AF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. (2012)	Norte, Centro-oeste e Sudeste	ACS, supervisores do trabalho dos ACS e gestores dos serviços	Entrevista e grupo focal	Análise dos processos de avaliação do trabalho dos ACS
Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. (2013)	Sudeste	ACS	Entrevista e observação	Processo de trabalho dos ACS
Gomes AL, Lima Neto PJ, Silva VLA, Silva EF.(2011)	Nordeste	ACS	Entrevista e observação	Relação entre a organização e o processo de trabalho e a saúde mental dos ACS
Jardim TA, Lancman S. (2009)	Sudeste	ACS	Grupo de Psicodinâmica do Trabalho	Discussão sobre o morar e trabalhar na mesma comunidade
Lara MO, Brito MJM, Rezende LC. (2012)	Sudeste	ACS, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e usuários	Entrevistas	Análise da influência das práticas culturais presentes no trabalho dos ACS
Lima AP, Corrêa ACP, Oliveira QC.(2012)	Centro-Oeste	ACS	Entrevistas e observação participante	Identificação do conhecimento do ACS sobre instrumentos/fichas do SIAB
Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. (2012)	Sul	ACS	Grupo focal	Sofrimento e prazer no trabalho dos ACS
Martines WRV, Chaves EC. (2007)	Sudeste	ACS	Entrevista e observação	Representações dos ACS acerca das vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho e as manifestações desse

				sofrimento no desempenho do trabalho
Nascimento GM, David HMSL. (2008)	Sudeste	ACS	Observação participante	Desenvolvimento de instrumento para avaliação de riscos no trabalho dos ACS
Oliveira AR, Chaves AEP, Nogueira JA, Sá LD, Collet N. (2010)	Nordeste	ACS	Questionário	Investigação sobre a satisfação e limitação no cotidiano de trabalho dos ACS
Oliveira DT, Ferreira PJO, Mendonça LBA, Oliveira HS. (2012)	Nordeste	ACS	Entrevista	Percepção dos ACS sobre seu processo de trabalho
Peres CRFB, Caldas Júnior AL, Silva RF, Marin MJS. (2011)	Sudeste	ACS	Entrevista	Análise das dificuldades e facilidades dos ACS frente ao trabalho em equipe.
Pinheiro RL, Guanaes-Lorenzi C. (2014)	Sudeste/ 2014	ACS	Grupos de discussão	Percepção dos ACS sobre suas práticas com redes sociais
Queirós AAL, Lima LP. (2012)	Nordeste	ACS, gestores; legisladores movimento social, movimento de ACS e movimento popular; pesquisador	Entrevista	Análise da prática social do trabalho dos ACS
Rosa AJ, Bonfanti AL, Carvalho CS. (2012)	Centro-Oeste	ACS e usuários	Grupos de psicodinâmica do trabalho, entrevista e observação	Análise da relação entre trabalho e sofrimento psíquico dos ACS
Sakata KN, Mishima SM. (2012)	Sudeste	ACS, atendente consultório odontológico	Entrevista e observação participante	Análise das relações sociais entre ACS e equipes de saúde da família

		auxiliares enfermagem, cirurgião-dentista, enfermeira, médica, e a gerente da unidade de saúde,		
Santos LFB, David HMSL. (2011)	Sudeste	ACS	Entrevista	Identificação dos fatores de estresse ocupacional referidos por ACS e analisar a sua relação com possíveis efeitos na saúde
Schmidt MLS, Neves TFS. (2010)	Sudeste	ACS	Grupos focais	Análise dos aspectos da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) como política pública de atenção primária no embate com modelo médico-assistencial hegemônico no país
Sossai LCF, Pinto IC, Mello DF. (2010)	Sudeste	ACS e usuários	Entrevistas	Apresentação do trabalho do ACS na perspectiva dos usuários e dos próprios ACS
Souza LJR, Freitas MC. (2011)	Nordeste	ACS	Entrevista e observação participante	Análise da violência no trabalho dos ACS
Trapé CA, Soares CB. (2007)	Sudeste	ACS	Grupos focais e entrevistas	Concepções de educação em saúde presentes no trabalho dos ACS
Vilela RAG, Silva RC, Jackson Filho JM. (2010)	Sudeste	ACS e gestores	Entrevistas e observação	Análise da relação entre queixas de sofrimento e as condições de trabalho dos ACS e propor medidas para modificá-las.
Wai MFP, Carvalho AMP. (2009)	Sudeste	ACS	Entrevista	Percepção dos ACS sobre eventos que provocam sobrecarga e as estratégias de enfrentamento por eles usadas.
Zanchetta MS <i>et al.</i> , (2005)	Sudeste	ACS	Entrevistas individuais e grupais. Observação	Percepção dos ACS sobre os impasses na prática de trabalho

ANEXO 2

ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

I. Roteiro de entrevista – Gestor do Serviço

1. Qual o objeto do trabalho do ACS?
2. Qual ou quais objetivos do trabalho do ACS?
3. Quais são as tarefas do ACS?
4. Como é organizado o processo de trabalho e de produção no serviço (organização da produção e processos, exigências de resolutividade, variações da demanda segundo épocas do ano, cenários futuros)?
5. Como é organizado o trabalho dos ACS no contexto deste serviço?

II. Roteiro de entrevista – Enfermeiros

1. Qual o objeto do trabalho do ACS?
2. Qual ou quais objetivos do trabalho do ACS nesta equipe?
3. Quais são as tarefas do ACS na equipe?
4. Como é organizado o processo de trabalho e produção na equipe (organização da produção e processos, exigências de resolutividade, variações da demanda segundo épocas do ano, cenários futuros)?
5. Como é organizado o trabalho dos ACS no âmbito da equipe (ritmo, horários/turnos)?

III. Roteiro de entrevista (técnica de instrução ao sócia) - Agente Comunitário de Saúde:

1. Suponha que eu sou seu sócia e que amanhã eu vá te substituir em seu trabalho. Quais são as instruções que você deveria me transmitir, a fim de que ninguém perceba a sua substituição?
2. O que esse exercício de instrução ao sócia causou em você?

ANEXO 3
PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde: contribuições da ergonomia para aprimorar a concepção de serviços públicos de saúde

Pesquisador: Carolina Maria do Carmo Alonso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42680415.5.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.038.463

Data da Relatoria: 07/05/2015

Apresentação do Projeto:

Protocolo 059-15 do grupo III. Respostas recebidas em 4.4.2015

Objetivo da Pesquisa:

Ver Parecer Consubstanciado 1.000.248 - data da Relatoria: 26.03.2015.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ver Parecer Consubstanciado 1.000.248 - data da Relatoria: 26.03.2015.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver Parecer Consubstanciado 1.000.248 - data da Relatoria: 26.03.2015.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver Parecer Consubstanciado 1.000.248 - data da Relatoria: 26.03.2015.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta ao parecer consubstanciado 1.000.248 com data da Relatoria: 26.03.2015.

1. Solicita-se apresentação do roteiro da entrevista e/ou questionário para apreciação ética do

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Continuação do Parecer: 1.038.463

colegiado.

O roteiro das entrevistas a serem realizadas foi elaborado e anexado ao Projeto detalhado revisado (ANEXO 2), na Plataforma Brasil (Anexo 2. doc).

No item 3.2 (fases da pesquisa) do projeto detalhado foram destacadas as técnicas para realização das entrevistas. Ressalta-se aqui que as entrevistas a serem realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde serão pautadas pela Técnica de Instrução ao Sósia e por isso os pressupostos desta técnica também foram incluídos no texto no item Técnicas utilizadas para coleta de dados nesta etapa da pesquisa (p. 12 e 13). Estas alterações foram realizadas também na plataforma Brasil no item metodologia proposta. Informo ainda que as alterações anteriormente referidas estão destacadas em amarelo no documento Projeto Detalhado Revisado (com extensão .doc) - seção 3. Procedimentos Metodológicos.

Análise: Pendência atendida.

2. É necessário tornar explícito os critérios de inclusão

Foram explicitados os critérios de inclusão dos trabalhadores que irão participar da pesquisa. Nesta direção, no Projeto detalhado na seção 3. Procedimentos Metodológicos foi acrescentado um tópico (Seção 3.1 UNIVERSO DA PESQUISA) esclarecendo os critérios de inclusão. Na plataforma Brasil procedeu-se da mesma forma preenchendo o campo destinado a este fim.

Informo que alterações anteriormente referidas estão destacadas em amarelo no documento Projeto Detalhado Revisado (com extensão .doc) - seção 3. Procedimentos Metodológicos.

Análise: Pendência atendida.

3. Sobre o TCLE:

3.1. É preciso alterar o horário para 8 às 16h: Alteração realizada destacada na cor amarela no documento TCLE revisado extensão .doc

Análise: Pendência atendida.

3.2. É preciso substituir a palavra "cópia" por "via": Alteração realizada destacada na cor amarela no documento TCLE revisado extensão .doc

Análise: Pendência atendida.

3.3. É preciso realizar uma breve descrição do CEP: Alteração realizada destacada na cor amarela

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
(HUCFF/ UFRJ)



Continuação do Parecer: 1.038.463

no documento TCLE revisado extensão .doc

Análise: Pendência atendida.

Informo ainda que em virtude do projeto necessitar de revisões também foi alterado o cronograma da pesquisa. Logo, foi anexado o documento CRONOGRAMA ATUALIZADO e também editado o campo destinado a este fim na Plataforma Brasil

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n.º 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos.
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

RIO DE JANEIRO, 28 de Abril de 2015

Assinado por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

Página 03 de 08

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA: ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Contribuições da ergonomia para aprimoramento da concepção de serviços públicos de saúde

PROTOCOLO:

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa **ANÁLISE DO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: Contribuições da ergonomia para aprimoramento da concepção de serviços públicos de saúde**. Antes de decidir se você quer participar deste estudo é importante ler cuidadosamente as informações a seguir. Se você tiver dúvidas ou se quiser mais informações fique a vontade para conversar com a pesquisadora responsável pelo estudo.

O objetivo desta pesquisa é conhecer o processo de trabalho dos Agentes Comunitários nos serviços da Estratégia Saúde da Família, Para tanto, eu irei observar você enquanto trabalha e também irei fazer perguntas relativas ao seu trabalho que podem, mediante a sua autorização, serem gravadas. No que concerne a observação do seu trabalho e da sua participação nas entrevistas é garantido a você o direito de recusar-se a ser observado ou a responder as perguntas se estas causarem constrangimentos de qualquer natureza.

O convite a sua participação se deve à sua experiência como profissional da Estratégia Saúde da Família e é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. Você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar da pesquisa ou se retirar dela. Contudo, sua participação é valiosa para este trabalho.

A responsável por esta pesquisa é **Carolina Maria do Carmo Alonso**. Em qualquer etapa do estudo, você poderá entrar em contato com esta pesquisadora através do telefone: **21-995824904** de segunda a sexta feira das 09h às 17h ou por e-mail: carolmaria1@gmail.com.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ. De acordo



Programa de Engenharia de Produção - COPPE/UFRJ Caixa Postal 68507 Cep 21941-972 Rio de Janeiro, RJ

com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o Comitê de ética em pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Portanto, se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre ética relacionada a este estudo entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ** R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º 255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão - Sala 01D-46/1º andar - pelo telefone **21-3938-2480**, de segunda a sexta-feira, das 8 às **16** horas, ou através do e-mail: cep@hucff.ufrj.br

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, bem como, não será admitido que terceiros tenham acesso às informações por você prestadas. Ressalta-se ainda que todos os dados colhidos serão utilizados somente para atender aos objetivos desta pesquisa e não serão de modo algum utilizados para outro fim.

Os registros realizados durante a coleta de dados (gravações e anotações em caderno de campo) serão armazenados em arquivos digitais, mas somente a pesquisadora e seu orientador terão acesso a estes. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos sendo depois deste prazo incinerado.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos para você, pois o anonimato será preservado e não serão citados os nomes dos sujeitos, nem serão identificadas as Unidades de Saúde da Família onde os dados foram coletados. No entanto, o estresse de ser observado ou de responder perguntas sobre o seu trabalho pode oferecer um risco de natureza psíquica na forma de desconforto ou constrangimento. a

Você não terá nenhum custo para participar desta pesquisa e é importante esclarecer que nenhum incentivo ou recompensa financeira está previsto pela participação nesta pesquisa.

Os benefícios do estudo são indiretos. Espera-se ao final da realização da pesquisa obter material científico que acrescente conhecimento nas discussões sobre a organização do trabalho em serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família, especialmente no



que tange ao trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Os resultados serão divulgados em artigos científicos e na tese.

Obrigada por ler estas informações. Se desejar participar deste estudo você receberá esta folha de informações para guardar e deverá assinar um termo de consentimento que foi elaborado segundo a Resolução CNS 466/12 e suas Complementares.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a pesquisadora **Carolina Maria do Carmo Alonso**, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma **via** desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha

Nome do Sujeito da Pesquisa _____

Data: ___/___/___





Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Pesquisador(a) responsável: Carolina Maria do Carmo Alonso

_____ Data: ___/___/___

Assinatura Pesquisador responsável



ANEXO 5
RESUMO LONGO DA TESE EM FRANCÊS

Université Lumière Lyon 2

Thèse en co-tutelle

Ecole Doctorale ED 483 ScSo: Institut des Sciences de l'Homme et
Programme d'Ingénierie de Production: COPPE, UFRJ

**Le travail de l'agent de santé
communautaire dans la conception des
projets thérapeutiques singuliers, à partir
de la perspective des concepts de Mondes
Professionnels et Monde Commun.**

Carolina Maria do Carmo Alonso

Discipline : Ergonomie

Sous la direction de Pascal Daniel BEGUIN et

Francisco J. de C. Moura DUARTE

Présentée et soutenue publiquement le

Composition du jury:

Valerie Pueyo, Maître de Conférences, Université Lumière Lyon 2

Laerte Sznclwar, Professeur d'Ergonomie, Université de São Paulo, Rapporteur

Roberto Bartholo Júnior, Professeur d'Ingénierie de Production, COPPE/Université
Fédérale de Rio de Janeiro, Rapporteur

Francisco J. de C. Moura Duarte, Professeur d'Ergonomie, COPPE/Université
Fédérale de Rio de Janeiro, Directeur de thèse

Pascal Béguin, Professeur d'ergonomie, Université Lumière Lyon 2. Directeur de
thèse

**THE WORK OF COMMUNITY HEALTH AGENT IN THE DESIGN OF SINGULAR
THERAPEUTIC PROJECTS FROM A PERSPECTIVE OF PROFESSIONAL
WORLDS AND COMMON WORLD CONCEPTS**

Carolina Maria do Carmo Alonso

April 2017

Advisors: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

Department: Production Engineering

This thesis investigated the work of the Community Health Agent (CHA) in the design of Singular Therapeutic Projects (STP) in order to produce knowledge related to an emerging professional world in the context of social innovation and to contribute to the definition of dimensions related to projects management, integrating work fabrication and elaboration of the collective experience of workers. This is a qualitative research which procedures were guided by the methodological approach of Ergonomic Analysis of Work. Analysis of the work of CHA were framed within the concepts of Professional World and Common World, two analyzers that contribute to our understanding of the collective dimension inherent to the conceptual processes. The results of this thesis showed that, although the CHA Professional World is in the process of consolidation, it displays its own logic, which is centered on the user's needs and guided by the innovative premises of the public health system. In order to meet the objective of contributing to the definition of dimensions related to management of STP, this research showed that the construction of a Common World within the scope of the service studied is still incipient, since team meetings have little support to promote exchanges between workers. Such situation weakens the proper concept of STP, especially as teams operate within the current biomedical paradigm, which restricts the participation of CHA in designing STP, because their contribution is based on the dimensions of the health-disease process, which goes beyond biomedical issues.

**LE TRAVAIL DE L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LA
CONCEPTION DES PROJETS THÉRAPEUTIQUES SINGULIERS, A PARTIR DE
LA PERSPECTIVE DES CONCEPTS DE MONDES PROFESSIONNELS ET MONDE
COMMUN.**

Carolina Maria do Carmo Alonso

Avril 2017

Directeurs: Francisco José de Castro Moura Duarte

Pascal Daniel Béguin

Département: Ingénierie de Production

Cette thèse a étudié le travail de l'Agent de Santé Communautaire (ASC) dans la conception des Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS), visant à produire des connaissances sur un monde professionnel émergent dans un contexte d'innovation sociale, et également à contribuer à la définition des dimensions relatives à la conduite de projet, intégrant la production du travail et l'élaboration de l'expérience collective des travailleurs. Il s'agit d'une analyse qualitative dont les procédures ont été guidées par l'approche méthodologique de l'analyse ergonomique du travail. Les analyses du travail de l'ASC ont été ancrées dans les concepts de monde professionnel et de monde commun, deux analyseurs qui contribuent à la compréhension de la dimension collective inhérente au processus de conception. Les résultats de cette thèse ont montré que, bien que le monde professionnel de l'ASC soit en cours de consolidation, il possède sa propre logique, centrée sur les besoins des utilisateurs et guidée par les prémisses innovatrices du système de santé publique. Pour atteindre l'objectif de contribuer à la définition des dimensions liées à la conduite des PTS, cette recherche a montré que la construction d'un monde commun dans le cadre du service étudié n'en est encore qu'à ses débuts. Les réunions d'équipe, en tant qu'elles contribuent aux échanges professionnels entre les travailleurs sont ici particulièrement questionnées. Une telle situation affaiblit la conception du PTS, en particulier lorsque les équipes opèrent en suivant le paradigme biomédical. Cette orientation limite l'apport des ASC dans la conception des PTS, puisque la contribution de ces dernières est basée sur les dimensions d'un processus santé/maladie, qui dépassent les questions biomédicales.

TABLE DE MATIÈRES

1. Introduction et contexte de la recherche:	184
1.3 La Clinique Élargie	187
1.4 Projet Thérapeutique Singulier	188
1.5 L'Agent de Santé Communautaire	190
2. Cadre théorique	192
2.1 Distinctions entre conception, projet et conduite de projets	192
2.2 L'activité de conception	193
2.3 Caractérisation do processus de conduite de projets	193
2.4 Mondes Professionnels et Monde Commun : la quête de convergence dans la production du travail collectif de conception	195
2.5 Le travail en équipe multidisciplinaire de santé : approximations avec le travail de conception	197
3. Hypothèses, Terrain et Méthodes	203
4. Analyse des résultats	209
5. Considérations finales	219

LISTE DE SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AET	Analyse Ergonomique du Travail
AP	Assistance Primaire
APS	Assistance Primaire en Santé
ASC	Agent de Santé Communautaire
BIRENE	Bibliothèque Virtuelle en Santé
BVS/MS	Bibliothèque Virtuelle en Santé du Ministère de la Santé
CAPES	Coordination de la Formation Avancée du Personnel de Niveau Supérieur (<i>Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior</i>)
CLE	Consentement Libre et Éclairé
CLT	Consolidation de la Législation du Travail (<i>Consolidação das Leis Trabalhistas</i>)
COFECUB	Comité Français d'Évaluation de la Coopération Universitaire et Scientifique avec le Brésil
DS	Développement Soutenable
EA	Ergonomie de l'Activité
GIL	Générateur d'Informations Locales
HUMANIZASUS	Politique Nationale d'Humanisation du Système Unifié de Santé
LILACS	Littérature Latino-Américaine et des Caraïbes en Sciences de la Santé
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministère de la Santé
NASF	Noyaux d'Appui à la Santé de la Famille
OSS	Organisation Sociale de Santé
OST	Organisation Scientifique du Travail
PAS	Programme des Agents de Santé
PASC	Programme des Agents de Santé Communautaires
PNAP	Politique Nationale d'Assistance Primaire
PTS	Projet Thérapeutique Singulier
RSS	Réseaux de Soins de Santé

SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SISP	Système d'Information des Soins Primaires Assistance Primaire
APS	Assistance Primaire en Santé
SSF	Stratégie en Santé de la Famille
SUS	Système Unifié de Santé
TRO	Thérapie de Réhydratation Orale
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
USF	Unité de Santé de la Famille
VD	Visite à Domicile

1. Introduction et contexte de la recherche:

Cette thèse a été réalisée dans le cadre d'un accord de coopération internationale entre le Brésil et la France, impliquant la Coordination de la Formation Avancée du Personnel de Niveau Supérieur (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES) et du Comité Français d'Évaluation de la Coopération Universitaire et Scientifique avec le Brésil (COFECUB), intitulé "Travail, Innovation et Développement Soutenable", et ayant pour objectif de "contribuer, aux niveaux conceptuel et méthodologique, pour l'évolution des stratégies de conception de systèmes de travail qui facilitent l'innovation dans la perspective du Développement Soutenable (DS)" (DUARTE et BÉGUIN, 2010 p. 4).

Dans ce contexte, cette thèse étudie le travail d'un groupe de professionnels du système de santé publique brésilien - les Agents de Santé Communautaires (ASC) - progressant ainsi dans la direction préconisée par le projet CAPES-COFECUB, exposée ci-dessus, en abordant les dimensions de l'innovation et de la durabilité qui se trouvent entrelacées dans la genèse d'une profession qui prétend intégrer la dimension sociale dans l'élaboration de solutions aux problèmes de santé de la majeure partie de la population brésilienne.

Nous avons donc réalisé une analyse du rôle des ASC dans la conception des Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS), une nouvelle technologie de santé en développement depuis la fin du XX^{ème} siècle au Brésil, dans le but de surpasser le modèle biomédical^[17]. Ainsi, cette thèse démontre les similitudes entre le travail collectif dans le domaine de la santé et les processus de conception, plus spécifiquement dans le contexte de la Stratégie en Santé de la Famille (SSF).

Dans ce sens, les analyses du travail des ASC sont ancrées dans le champ d'investigation du travail de conception, lui-même fondé sur les concepts de Mondes Professionnels et Monde Commun, définis par BÉGUIN (2005, 2007, 2010) comme des

17 - Le modèle biomédical se caractérise par sa vision mécaniste de l'être humain, adoptant l'absence de maladie comme concept de santé. Les pratiques fondées sur ce modèle tendent à être fragmentaires et spécialisées, centrées sur les processus physiopathologiques, et ne laissant aucune ou très peu de place aux dimensions subjectives et sociales du processus santé/maladie (CUTOLO, 2006).

analyseurs qui contribuent à la compréhension de la dimension collective inhérente aux processus de conception.

Notre recherche a poursuivi un double objectif : gérer des connaissances sur un monde professionnel en construction dans un contexte d'innovation sociale et contribuer à la définition des dimensions relatives à la conduite de projets, intégrant la production du travail à l'élaboration de l'expérience collective des travailleurs.

Pour se faire, ce document est organisé en cinq chapitres. Le premier contextualise la thèse et présente le scénario des transformations dans le secteur de la santé au Brésil, soulignant la création de la SSF et de deux outils de soin: la Clinique Élargie et les Projets Thérapeutiques Singuliers. Nous présentons ensuite l'ASC, en soulignant les caractéristiques de la profession, ses principaux problèmes et ses aspects positifs. Le second chapitre expose le cadre théorique qu'étaient les analyses effectuées dans la thèse. Le troisième chapitre présente les hypothèses de l'étude, définit le terrain où la recherche a été conduite, et introduit l'approche méthodologique choisie. Le quatrième chapitre est une synthèse de l'analyse des résultats. Finalement, le dernier chapitre expose nos considérations finales.

1.1 Contexte de la recherche

Au Brésil, au cours de ces 30 dernières années, le secteur de la santé publique a subi de profonds changements. Changements qui ont abouti, en 1990, à la création du "*Système Unifié de Santé*" (SUS). Jusque là, la santé publique brésilienne s'inscrivait dans une logique curative, centrée sur l'hôpital. Cette logique des soins était marquée par l'inefficacité du système de protection sociale (et en particulier celle des populations les plus défavorisées) et par la couverture limitée des soins dispensés (ROSA et LABATE, 2005).

Dans ce contexte, le Système Unifié de Santé constitue un nouveau modèle de fonctionnement du système de santé, guidé par les principes d'universalité, d'équité et d'intégrité. L'organisation du système est à présent régie par la régionalisation des services, la décentralisation de leur gestion, la participation sociale et la complémentarité avec le secteur privé (BRÉSIL, 1990).

La mise en œuvre de ce nouveau modèle de fonctionnement du système de santé publique a requis une profonde mutation du travail. D'une part, parce que de nouveaux services ont été créés, mais aussi parce que le référentiel de santé a évolué en incorporant d'autres facteurs déterminants pour le processus santé/maladie (en particulier: la prévention et

l'éducation sanitaire). Le programme emblématique de ce nouveau paradigme de santé publique est la "*Stratégie en Santé de la Famille*" (SSF).

1.2 La Stratégie en Santé de la Famille: innovation, enjeux, difficultés

Visant à développer le Système Unifié de Santé, le Ministère de la Santé (MS) a choisi d'investir dans l'Assistance Primaire en Santé (APS) et a mis en place, dès 1994, la *Stratégie en Santé de la Famille* (SSF). L'objectif est d'assurer une assistance complète à la population en substituant le modèle traditionnel (centré sur l'hôpital et la guérison des maladies) par une logique basée sur une compréhension élargie du processus santé/maladie, centrée sur la famille dans son environnement physique et social (BRÉSIL, 2001).

Au delà de l'offre de soins à la population, la SSF avait aussi pour mission d'être un axe central pour réorienter l'ensemble du système de santé. Ainsi, sont apparues de nouvelles logiques, telles que l'attention territoriale, l'attention à la famille, la priorisation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, et l'offre de services à domicile. Ces nouvelles logiques ont conduit d'une part à une réorganisation des services, qui ont alors adopté des formes de travail en équipes multi-professionnelles, et à l'apparition de nouvelles missions, en particulier celles des *Agents de Santé Communautaire*, qui travaillent en étroite proximité avec les familles. Dans ce sens, les professionnels qui travaillent dans ces services doivent être prêts à répondre à des problèmes bien plus vastes que ceux qui étaient inclus dans le modèle traditionnel d'intervention.

La mise en place de la SSF rencontre néanmoins une série de difficultés, en particulier :

- la fragilité de l'intégration, de la coordination et de la coopération avec d'autres niveaux d'assistance à la santé (ALMEIDA *et al.*, 2010; HARTZ et CONTANDRIOPOULOS, 2004);
- l'intense rotation des personnels de ces services, et la difficulté d'attirer et de stabiliser ces professionnels, spécialement les médecins (MENDONÇA *et al.*, 2010 ; BREDA *et al.*, 2005);

- la verticalisation et le caractère prescriptif des programmes développés par le Ministère de la Santé rendent difficile l'adéquation de l'assistance aux réalités sociales locales (BREDA *et al.*, 2005);
- la prédominance d'une formation des professionnels du secteur de la santé qui privilégie les actions curatives, fragmentées et individuelles aux dépens de l'assistance longitudinale, de l'interdisciplinarité et du travail en équipe. Cela se traduit par un profond fossé entre, d'un côté, le discours sur le projet et, de l'autre, les pratiques effectives au sein de la SSF (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009; BREDA *et al.*, 2005).

En somme, le scénario des politiques de santé publiques au Brésil a changé ses paradigmes. C'est en particulier le cas de la SSF, qui représente un projet d'innovation sociale. Cela ne se fait pas sans certaines difficultés, qui constituent autant de défis à surmonter pour atteindre les ambitions d'équité sociale et de veille sanitaire et sociale.

Visant à renforcer les processus du travail en santé, définis par les prémisses du SUS, qui auraient un potentiel pour rompre le modèle hégémonique de gestion et de production en santé, quelques innovations sont en voie de développement et d'implémentation. Depuis quelques années, des propositions comme la Clinique Élargie et les Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS) sont explorées, et seront le sujet de cette thèse. Bien que la présentation de ces deux propositions soit faite de forme indépendante, elles sont clairement perméables entre elles; leur chevauchement et leur interdépendance sont intrinsèques pour appréhender la problématique abordée au long de cette thèse.

1.3 La Clinique Élargie

La proposition de clinique élargie est destinée aux professionnels qui pratiquent la clinique, c'est-à-dire aux travailleurs de santé dans leur pratique d'assistance aux utilisateurs. Ainsi, partant du principe que ces professions opèrent habituellement de mode fragmentaire, élargir la clinique signifie réorganiser ces fragments théoriques en accord avec les besoins des utilisateurs, et pas seulement du noyau professionnel de santé, comme cela se produit traditionnellement (BRÉSIL, 2007, 2009; CUNHA, 2009).

Dans cette perspective, les prémisses de la Clinique Élargie visent à reconfigurer l'assistance individuelle et collective pour permettre que les besoins des personnes puissent être compris dans leurs singularités, au cours d'une consultation. En conséquence, ce que l'on attend d'un professionnel de santé qui effectue son travail dans une Clinique Élargie, est qu'il

développe sa capacité à aider les personnes, au delà de simplement combattre les symptômes et les maladies (CUNHA, 2009).

La Clinique Élargie doit se produire au sein d'une équipe multi-professionnelle qui doit baser ses actions sur les principes suivants: (a) une compréhension élargie du processus santé/maladie; (b) la construction partagée des diagnostics et des thérapeutiques; (c) un accroissement de l'objet de travail, (d) la transformation des instruments du travail (BRÉSIL, 2009).

1.4 Projet Thérapeutique Singulier

Le Projet Thérapeutique Singulier (PTS) représente un ensemble de propositions thérapeutiques articulées, pour un individu ou un groupe, qui résulte d'une construction collective souvent réservée à des cas plus complexes (BRÉSIL, 2009). Pinto *et al.* (2011) soulignent que le terme "projet" désigne une discussion prospective qui diffère des discussions, largement rétrospectives, des cas plus courants dans le secteur de la santé.

Du point de vue historique, le PTS est un outil qui fut initialement développé dans des espaces d'assistance de santé mentale, utilisé pour concevoir et gérer les soins de santé en promouvant l'intégration des équipes et en valorisant d'autres aspects du traitement des patients, au delà du diagnostic et de la médication. Postérieurement, le PTS fut incorporé en d'autres directives et programmes du Ministère de la Santé comme, par exemple, dans l'Assistance Primaire (CUNHA, 2004; BRÉSIL, 2009; BARROS et MÂNGIA, 2014).

De la même manière que pour la Clinique Élargie, l'espace privilégié pour la construction du PTS est la réunion de l'équipe car, dans ce type de rencontres, des points de vue différents peuvent être exposés dans la recherche de la compréhension des demandes de soins de santé d'une personne ou d'un groupe ; par conséquent, ceci permet l'élaboration d'un plan d'action partagé (BRÉSIL, 2009; CUNHA, 2009; PINTO *et al.*, 2011).

La singularité est la raison d'être du projet thérapeutique, "elle est le *locus* où, en fonction d'un être humain singulier ou d'un collectif singulier, est définie l'action de santé offerte pour atteindre l'objectif de produire la santé" (SILVA et FONSECA, 2005, p. 442). Donc, la singularité de chaque projet devient un axe pour développer le travail dans ce contexte précis, dénotant encore plus la différence entre cette nouvelle proposition de pratique de soins et les pratiques traditionnelles en santé, qui généralisent les consultations à partir de la classification du patient dans un groupe déterminé de pathologies.

La construction du PTS, selon OLIVEIRA (2007), peut être divisée en quatre étapes: (a) le diagnostique réalisé par la Clinique Élargie, en observant les dimensions organique, psychologique et sociale, bien comme le contexte singulier étudié; (b) la définition d'objectifs, placés sur une ligne du temps de gestion clinique, et incluant la négociation des propositions d'intervention avec le patient; (c) la division des responsabilités et des tâches entre les membres de l'équipe (d) la réévaluation: étape qui concrétise la gestion du PTS, par l'évaluation et la correction des trajectoires.

Ce contexte révèle que le PTS est un modèle ambitieux, puisqu'il vise l'intégration d'une notion élargie de la santé, selon laquelle la vision des ASC - et même celle des patients - , ont des rôles significatifs dans l'élaboration des réponses aux besoins de santé de la population. Au même temps, on espère que le travail de construction du PTS soit un moteur de l'intégration entre les professionnels de l'équipe. Mais, aussi bien dans la littérature scientifique et normative, que dans le service étudié dans cette thèse, nous n'avons pas rencontré de données qui orientent effectivement la conception des PTS, au delà de la recommandation qu'il se produisent dans l'espace des réunions d'équipe (NUNES, 2010; BOCCARDO *et al.*, 2011; BARROS; MÂNGIA, 2014).

Moyennant une approximation du thème du travail en santé dans le contexte du SUS, spécialement dans l'Assistance Primaire, et de la construction d'une vision approfondie de la Clinique Élargie et du PTS, nous avons choisi comme objet d'étude le travail des Agents de Santé Communautaires, professionnels qui réalisent l'interlocution entre les équipes de santé et la communauté.

Le choix d'étudier le travail de ces acteurs se justifie par le fait que divers travaux signalent que les actions des ASC ont été stratégiques pour dépasser le modèle hégémonique de production de la santé; ainsi, leurs activités peuvent se développer dans une perspective plus politique et sociale, qui peut être attribuée au fait que la profession de ces travailleurs n'est pas orientée par un ensemble rigide de normes théoriques et techniques, si on la compare aux savoirs historiquement constitués des autres professionnels de santé comme, pour exemple, les médecins ou les infirmiers. De cette forme, l'activité des ASC serait plus perméable aux innovations proposées par le SUS, qui impliquent de nouvelles formes d'organisation du travail, telles que celles qui sont orientées par les prémisses de la Clinique Élargie et des PTS.

Cette section avait pour but de présenter le contexte dans lequel est réalisée cette thèse. Ainsi, nous avons d'abord présenté le scénario du travail en santé publique au Brésil,

puis nous avons mis l'accent sur le contexte dans lequel opère la SSF, le modèle dominant de l'Assistance Primaire en Santé dans le pays. Finalement, nous avons abordés les propositions de transformation du travail en santé, dans ce contexte, en emphasiant les abordages de la Clinique Élargie et des PTS. La prochaine section présente, minutieusement, le personnage principal de cette étude: L'AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.

1.5 L'Agent de Santé Communautaire

Cette thèse vise à éclairer le travail des Agents de Santé Communautaire (ASC), acteurs- clés de la SSF. D'une part, ils contribuent à la réalisation de la plupart des innovations pensées par le modèle de la SSF. Ils se situent donc à la croisée des attentes qui découlent des dimensions normatives (Cf. concepts et principes génériques énoncés ci-dessous, tels que territorialité, participation sociale...) et des réalités du terrain et des services. Dans ce contexte, apparaissent alors des enjeux relatifs à la construction de la profession, non seulement dans son identité, mais aussi dans ses façons de faire et de penser alors que, dans le même temps, ces agents disposent de peu de ressources pour la construction collective de leur propre activité (ALONSO, 2014).

En effet, la fonction principale de l'ASC est d'agir comme un intermédiaire entre les collectivités et les professionnels de santé. Plus précisément, on constate que le travail de ce professionnel est orienté par plusieurs grands axes: prendre connaissance des besoins de la communauté, les repérer, mais aussi les formater pour les équipes de santé, effectuer des actions en matière d'éducation et de santé, enfin, participer à la surveillance des communautés (renseignements de base de données, etc.). Or, ces activités ne renvoient pas aux mêmes champs et principes d'action : elles peuvent alors entrer en conflit.

Par ailleurs, la tâche et les missions de ces agents de santé sont encore mal définies et fluctuent entre celles d'un professionnel de santé travaillant dans une communauté, et celles d'un représentant de cette communauté travaillant dans les équipes de soins de santé. Cela n'est sans doute pas étranger au fait que les agents vivent souvent eux-mêmes au sein des communautés, ou dans leur proche périmètre. Or, du fait de l'apparition récente de la profession, les ASC ne peuvent se référer à des normes, savoirs, connaissances théoriques et techniques, consolidés ou voire même constitués (par distinction avec les autres professionnels - médecins ou infirmiers par exemple - qui eux, peuvent s'appuyer sur un corpus et sur des codes historiquement constitués).

Ces éléments mettent en lumière la nécessité d'étudier les moyens d'aider à la conception de ce "monde professionnel" en constitution (BÉGUIN, 2010), à l'interface de

différentes orientations : soin, diagnostic, contrôle, interface entre la famille et le système de santé, etc. L'analyse de l'émergence de ce possible monde professionnel permettra également de réinterroger plus largement la façon dont on peut conduire un projet d'innovation sociale en mettant le travail des agents au cœur des dynamiques évolutives et de la conduite du projet.

2. Cadre théorique

Considérant que cette thèse prétend étudier le travail de construction des PTS, ce chapitre présente une série de concepts qui servent de base pour comprendre l'activité de conception, située au centre des processus de conduite de projets. Pour ce faire, ce chapitre définit d'abord les termes de conception, projet et développement de projet. A suivre, il caractérise le développement de projet, en soulignant la dimension collective qui est centrale à ces processus, et présente les concepts de Monde Professionnel et Monde Commun comme support pour l'analyse et l'interprétation de la dimension collective mentionnée ci-dessus. Finalement, le chapitre aborde la pertinence de l'utilisation de ce cadre théorique pour analyser le travail en santé, spécialement dans le contexte de la SSF.

2.1 Distinctions entre conception, projet et conduite de projets

Le mot "conception" possède plusieurs acceptions, comme: "acte ou effet de concevoir"; "faculté ou acte d'appréhender une idée ou une question, ou de comprendre quelque chose; compréhension, perception", entre autres (HOUAISS, 2009). Néanmoins, dans cette thèse, le mot conception se réfère à l'activité centrale d'un projet, qui est le processus par lequel une volonté future est élaborée, comme signalé par Daniellou (1991 *cité par* BÉGUIN, 2007, p. 317): "concevoir, c'est poursuivre une volonté relative au futur, c'est considérer la réalisation d'une transformation".

Considérant l'étroite relation entre les termes de conception et de projet, déjà notée plus haut, il convient de renforcer la distinction entre ces deux concepts. Dans ce sens, CORDEIRO (2003) définit un projet comme la planification d'une idée en vue d'atteindre un objectif déterminé, sachant que cette planification détermine également, en plus de l'objectif, les ressources et les méthodes utilisées.

Il convient aussi de définir le terme "conduite de projets", une activité qui se caractérise par une double fonction: l'expertise technique et l'optimisation économique. En ce qui concerne l'expertise technique, la conduite de projets se réfère à l'élaboration, la fourniture et le traitement des informations nécessaires à la réalisation d'un objet technique à partir de ses éléments constitutifs. Par conséquent, à partir de ces éléments constitutifs, la conduite de projets se définit effectivement comme un travail de groupe qui mobilise divers spécialistes qui doivent constituer l'équipe du projet (BÉGUIN, 2010).

Une fois faites ces distinctions, les paragraphes suivants traitent des caractéristiques de l'activité de conception et de l'activité de conduite de projets.

2.2 L'activité de conception

TERSSAC (2008) affirme que la conception est une activité collective qui se construit à partir d'une prescription réciproque qui, au même temps, organise le travail des acteurs du projet et devient le fondement du processus coopératif qui émerge de cette activité.

Cherchant à définir en quoi consiste l'acte de concevoir, BUCHIARELLI (1988) attire l'attention sur le fait que l'appréhension de l'acte de conception peut changer en fonction des acteurs et du contexte dans lequel ils opèrent, de telle sorte que le travail sur un même projet peut être compris de différentes façons. L'auteur compare le travail de conception d'un ingénieur et d'un administrateur. Le travail de conception de l'ingénieur implique un processus contrôlé, construit selon une séquence ordonnée de phases au cours desquelles se produit la conception; celui de l'ingénieur est centralisé sur la diversité des participants et de leurs relations. Il réside dans l'interaction et dans la production d'un savoir qui sert d'appui aux prises de décision (BUCHIARELLI, 1988).

On remarque que l'activité de conception ne doit pas être attribuée exclusivement à des ingénieurs ou des architectes, si l'on considère que c'est un acte cognitif ayant pour finalité de transformer des conditions existantes en conditions préférables. Donc, quand il prescrit une médication, un médecin conçoit des actions de soin selon un mode similaire à celui de l'ingénieur qui projette un objet (SIMON, 1996; BITTENCOURT, 2014).

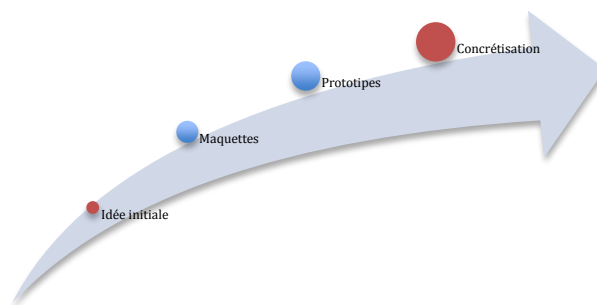
Du fait de son importance pour cette thèse, rappelons ici la dimension collective l'activité de conception. De cette façon, BÉGUIN (2007) affirme que, quelque soit l'objet, processus ou service à être conçu, le travail s'effectuera collectivement, puisque la conception requiert l'intégration de multiples savoirs et, à cette fin, une seule personne ne peut pas détenir la représentation de tous les problèmes et des solutions qui devraient être traitées au cours d'un projet.

2.3 Caractérisation du processus de conduite de projets

Selon BÉGUIN (2007; 2010), la gestion d'un projet se caractérise comme un processus finalisé, qui introduit des restrictions sur la dimension temporelle et englobe une diversité d'acteurs dont les caractéristiques seront détaillées ci-dessous.

Le processus de conception est un processus finalisé car les projets ont toujours un début, marqué la présentation d'une volonté relative au futur exprimée par une idée. Cette idée est ensuite développée par des représentations comme des croquis, maquettes, prototypes, simulations, jusqu'à atteindre un niveau de détail qui permet sa production. En ce sens, concevoir est un processus qui possède début, milieu et fin, tel qu'illustré par la Figure 1 (BITTENCOURT, 2014).

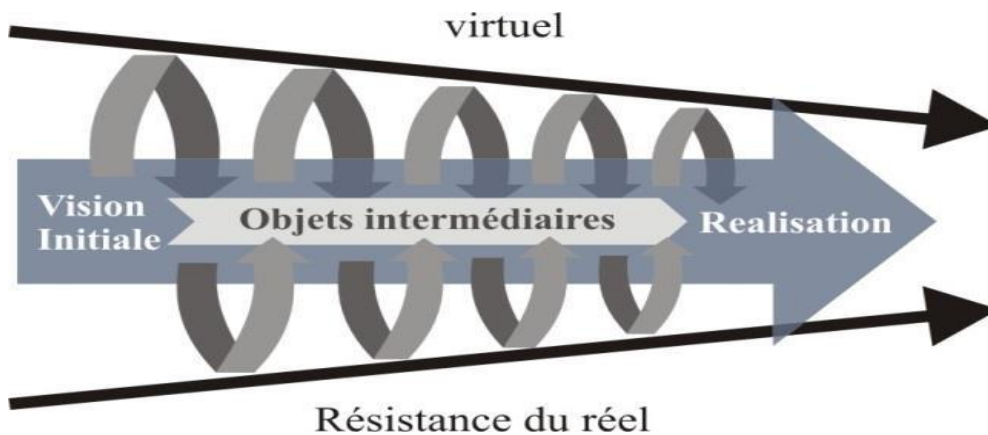
Figure 1 – Phases de développement d'un processus de conception



Source: Adapté de BÉGUIN (2010).

De la sorte, le processus de conception transite entre une idée et sa concrétisation. Toutefois, cette trajectoire n'est pas linéaire : le diagnostic d'un problème et sa résolution se sont dans une relation dialectique, fruit de la tension entre le souhaitable et le possible, comme illustré dans la Figure 2 (BÉGUIN, 2007; 2010).

Figure 2 – Développement d'un projet



Source : Adapté de BÉGUIN (2010)

A propos de cette dimension dialogique de la conception, SCHÖN (1983) introduit la métaphore d'un "dialogue avec la situation" de la manière suivante : chaque fois qu'un concepteur propose une solution pour un problème déterminé, la situation réelle répond en présentant de nouvelles questions, ce qui conduit non seulement à la reformulation des solutions proposées, mais aussi à la reconsidération du propre problème.

La seconde caractéristique de la conduite de projets, c'est sa limitation concernant la dimension temporelle. Ainsi, un projet est marqué au début par l'existence d'une grande marge d'action. Mais, en contrepartie, on sait peu de chose sur les conséquences de ces actions dans une situation future. D'autre part, au fur et à mesure que le projet progresse, les connaissances de l'équipe augmentent ; toutefois, les degrés de liberté des acteurs diminuent (MIDLER, 2008).

Une troisième caractéristique de la conduite de projets se réfère à sa dimension collective car, d'une part, l'activité de conception exige l'intégration de nombreuses informations et, d'autre part, il existe une interdépendance cognitive entre les concepteurs, puisque les savoirs sont divisés en différentes spécialités. Enfin, parce que le résultat du projet est incertain et le chemin à suivre pour concevoir quelque chose de nouveau est mal connu (TERSSAC, 2008). Pour mieux comprendre comment l'intégration des différents points de vue dans un processus de conception, BÉGUIN (2000, 2005, 2007, 2010) a introduit les concepts de Mondes Professionnels et Monde Commun, présentés ci-dessous.

2.4 Mondes Professionnels et Monde Commun : la quête de convergence dans la production du travail collectif de conception

La nécessité d'intégrer les différents points de vue dans un projet crée, selon Béguin (2007), une complexité supplémentaire pour le processus de travail, car les objets de la conception ne peuvent pas être considérés comme provenant d'une juxtaposition de systèmes techniques. Il sera toujours nécessaire d'intégrer les différents regards sur l'objet d'une manière cohérente et coordonnée. Pour analyser cette intégration, BÉGUIN (2000; 2005; 2007; 2010) a proposé les concepts de Mondes Professionnels et Monde Commun.

Pour construire le concept de Monde Professionnel, BÉGUIN (2010) argumente que travailler est habiter et que, en chaque situation, un travailleur engendre sa façon de penser, de faire, de vivre, en mobilisant un système de coordonnées professionnelles qui permettent aux travailleurs de poursuivre leurs propres voies.

Ce sont donc ces manières de comprendre le travail à accomplir, ce système de coordonnées mobilisé par les travailleurs, que BÉGUIN (2010) appelle "Mondes Professionnels". En outre, il y a différentes manières de conduire les procédures, les instruments et les systèmes de valeurs. Ainsi, le terme "monde professionnel" est défini comme "un ensemble de valeurs implicites, théoriques et pratiques, qui créent un système comme objet de l'action" (BÉGUIN 2010, p. 87).

Dans cette perspective, avec son concept de monde professionnel, BÉGUIN (2008) cherche à définir une catégorie d'action, car il met l'accent sur la relation entre le travailleur et la situation du travail, suivant l'idée fondamentale que le travailleur est bien un acteur et non pas un spectateur dans cette relation.

Construire un monde professionnel revient donc à organiser un système, à commander une situation particulière avec ses capacités, compétences et stratégies, pour éviter d'être tenu à l'écart des événements. Dans ce contexte, être un expert signifie savoir, mais aussi construire un monde professionnel plus adapté.

De ces propositions, il découle que la conception est un processus au cours duquel les spécialistes devront articuler et coordonner différents mondes professionnels pour réaliser un travail commun. Un tel processus n'est pas ancré sur le chevauchement des mondes, mais cherche à créer des espaces d'échanges favorables à l'émergence d'une cohérence dans le projet. Ainsi, la création d'un monde commun repose sur la possibilité d'apprentissages mutuels et sur la coordination de mondes professionnels distincts (BÉGUIN, 2007 ; 2010).

Face à cela, ce qui est en jeu dans le contexte des projets, c'est l'articulation de mondes différents qui possèdent des logiques différentes^[18]. Toutefois, construire un monde commun n'est pas imposer un monde à l'autre, ni réduire un monde à l'autre par le jeu de l'autorité. C'est, au contraire, définir les positions relatives - complémentaires ou discordantes - en établissant des interdépendances et des influences réciproques. Dans cette perspective, BÉGUIN (2010) indique que le processus de conception doit être fondé sur un dialogue à partir duquel les acteurs du travail de conception iront construire une représentation partagée du projet.

Il convient de souligner que l'expression "monde commun" ne se base pas à peine sur les représentations consensuelles d'un groupe, désigné par un référentiel opérationnel

¹⁸ Dans cette thèse, le terme "logique" est défini comme l'ensemble de critères qui basent l'action et constituent les caractéristiques des activités professionnelles (CARBALLEDA, 1997). Tels critères sont liés aux objets du monde professionnel que, néanmoins, ne peuvent pas être considérés indépendamment des mouvements et des directions du travail.

commun. Entre l'ingénieur dans son bureau de design, et l'ouvrier dans l'usine, il y a deux mondes différents. Toutefois, le référentiel opérationnel commun qui sera élaboré, ou pas, est conditionné par la nature et la forme des relations et des articulations qui s'établissent entre ces différents acteurs du projet. Le concept de Monde Commun s'oriente donc précisément pour investiguer ces articulations qui peuvent être fructueuses ou inexistantes, rigides ou flexibles et remodelées dans l'action.

Ainsi, la construction d'un monde commun est infiltrée par une relation de composition qui suppose la possibilité d'être différent dans le collectif, considérant qu'il existe quelque chose de spécifique pour ancrer les limites du développement possible ou impossible de chaque monde professionnel (BÉGUIN, 2010).

Cette présentation démontre les similitudes qui existent entre le travail en santé et le travail dans un processus de conception, soulignant en particulier le travail des équipes de la SSF, guidé par les propositions de Clinique Élargie et des PTS.

2.5 Le travail en équipe multidisciplinaire de santé : approximations avec le travail de conception

Traditionnellement, l'offre d'une assistance médicale était centrée sur la figure du médecin généraliste, qui répondait aux divers besoins de santé des personnes (MITCHELL *et al.*, 2012). Cependant, l'évolution de la complexité des soins dans ce domaine a motivé la transformation d'une *performance en solo*, médico-centrée, en une *performance* orchestrée par différents professionnels de santé, œuvrant ensemble à la conception et à la mise en place d'un plan de traitement (WEEL, 1994 ; BLACHMAN ; BLAUN, 2016 ; PEDUZZI, 2001 ; GRUMBACH et BODENHEIMER, 2004).

Aujourd'hui, il est fréquent de rencontrer dans un service de santé des professionnels issus de différentes disciplines qui contribuent ensemble aux soins des patients. Dans un bloc opératoire : chirurgien, infirmier et anesthésiste ; dans un centre de cancérologie : oncologiste clinique, radiothérapeute et chirurgien; ou, dans une équipe d'assistance primaire de santé : médecins, infirmiers et autres professionnels (BLACHMAN ; BLAUN, 2016).

Selon WEEL (1994), le travail en équipe a permis l'amélioration des soins de santé, en particulier dans les cas complexes comme : assistance domiciliaire et communautaire, prévention, soins de longue durée pour les maladies chroniques, et soins palliatifs.

Cependant, un groupe de personnes qui s'occupent d'un patient ne réalisent pas forcément un travail d'équipe multidisciplinaire de santé, puisque cela exige bien plus que la

communication entre les professionnels qui traitent d'un même cas ; ce travail requiert interdépendance et collaboration entre ses composants (WISE *et al.*, 1974 ; PEDUZZI, 2001 ; GRUMBACH et BODENHEIMER, 2004).

Ainsi, après une meilleure approximation de la littérature qui porte sur le travail d'équipe en matière de santé et ses conséquences pratiques, nous avons délimité quelques caractéristiques du travail d'équipe interdisciplinaire, tel qu'il s'est établi par le partage de la construction et de l'implémentation des actions de soins entre professionnels de différentes spécialités. Une telle configuration du travail en groupe est dénommée, par PEDUZZI (2001), "équipe-intégration". Selon l'auteur, le travail des équipes-intégration s'organise autour de l'articulation de ses membres qui "élaborent des corrélations et mettent en évidence les liens entre les différentes interventions pratiquées" (PEDUZZI, 2001, p. 106). Par conséquent, c'est dans ce type d'organisation du travail en équipe qu'apparaissent l'interdépendance entre ses membres et la communication qui s'établit et s'associe sur la construction d'un projet d'assistance commun (PEDUZZI, 2001).

Dans ce sens, les conditions nécessaires pour que se développe un travail d'équipe peuvent se résumer par les aspects suivants : a) mise en place d'objectifs communs clairs et mesurables ; b) systèmes cliniques et administratifs qui favorisent le partage des actions ; c) répartition des tâches de façon à favoriser l'interlocution entre les professionnels des équipes ; d) formation professionnelle qui stimule une action coordonnée et concertée (WEEL, 1994 ; PEDUZZI, 2001 ; BOWER *et al.*, 2003 ; GRUMBACH et BODENHEIMER, 2004 ; SALTMAN *et al.*, 2007).

Il est important de souligner que les réunions d'équipe - séances de discussion dans lesquelles chaque professionnel expose son point de vue sur un cas - ont un rôle central dans l'exécution du partage et de la coordination des actions d'une équipe multi-professionnelle (DORMAN *et al.*, 2010). Dans cette perspective, les réunions d'équipe représentent un véhicule majeur pour l'interaction entre professionnels de différentes spécialités, car elles fournissent l'espace pour le développement de composants essentiels à la *performance* de l'équipe, tels que : échange d'informations, prise de décisions, coordination, planification et suivi des procédures (O'NEILL et ALLEN, 2012).

Cependant, il faut aussi noter que la concrétisation du travail en équipe multi-professionnelle présente des défis. L'étude de GRUMBACH & BODENHEIMER (2004) souligne la question du risque de composer des équipes contenant des membres qui jouent un rôle négatif, poursuivant leurs collègues ou sabotant les actions collectives. À son tour,

PEDUZZI (2001) aborde la question des relations asymétriques entre différents professionnels de santé, qui découlent d'une hiérarchisation des savoirs qui met l'accent sur les connaissances et les actions basées sur le modèle biomédical, reléguant en arrière-plan les autres dimensions du soin.

WISE *et al.* (1974), à leur tour, soulignent que la nécessité d'articuler ces différences de formation, de savoirs et d'attitudes, peut représenter le moteur le plus puissant ou, au contraire, la plus grande source d'entraves au travail collectif. Pour les auteurs, l'interdépendance apporte avec elle une nouvelle complexité dans le travail, et aussi ses problèmes spécifiques.

Un autre obstacle à la coopération et la planification en équipe est le volume des cas à traiter, car un excès de demandes submerge les professionnels dans les files d'attente, ce qui complique la délimitation d'un moment réservé pour développer le partage des cas accompagnés et pour collaborer à l'implémentation des soins (GRUMBACH et BODENHEIMER, 2004).

Cette section a présenté un panorama sur le travail en équipe pluridisciplinaire de santé, mettant en évidence ses caractéristiques, les conditions pour sa concrétisation, et les principales limitations signalées dans la littérature.

La section suivante utilise ce panorama comme base, et fait un parallèle entre le travail en équipe multidisciplinaire de santé et les processus de conception, en mettant l'accent sur le travail dans le cadre de la SSF, orienté par les prémisses de la Clinique Élargie et des PTS.

2.6 Similitudes entre le travail en équipe multi-professionnelle de santé et les processus de conception

Les caractéristiques du travail en équipe multi-professionnelle de santé, démontrées ci-dessus, permettent d'appréhender le travail en santé comme une activité de conception parce que les travailleurs qui agissent dans ce contexte doivent élaborer des plans d'action pour répondre aux problèmes de santé d'un individu ou d'une population. La préparation de ces plans nécessite un diagnostic précis afin de guider la construction de solutions pertinentes, exigeant, dans de nombreux cas, l'intégration de professionnels de différentes spécialités.

Spécifiquement dans la stratégie de la santé familiale, qui est le champ de développement de cette étude, le travail en équipe interdisciplinaire est recommandé et, comme ratifié par le texte de la Politique Nationale d'Assistance Primaire (PNAP), cette dimension du travail ne se traduit pas par la superposition des actions des professionnels qui

composent les équipes, mais requiert un dialogue entre ces acteurs. "Cette organisation assume le déplacement du processus de travail centré sur des procédures professionnelles vers un processus centré sur l'utilisateur, où l'assistance au patient est l'impératif éthico-politique qui organise l'intervention technico-scientifique" (BRÉSIL, 2012 p. 22).

L'organisation du travail dans la SSF prévoit également que les membres des équipes de santé familiale participent aux réunions qui, à leur tour, sont au cœur du processus de conception de leurs pratiques de soins. Grace aux réunions, les divers professionnels discutent la planification des actions de l'équipe, évaluent systématiquement la mise en œuvre de ces actions et réorganisent le processus de travail par le biais de données recueillies dans le secteur sous sa responsabilité (BRÉSIL, 2006 ; BRÉSIL, 2012).

On remarque aussi que les équipes de santé familiale incorporent dans leur champ d'action des éléments de l'histoire personnelle et des données sur l'état contextuel de la personne ou de la famille, afin de cartographier les facteurs de protection et de risque auxquels ils sont exposés ; en d'autres termes, ces professionnels traitent de problèmes qui dépassent la sémiologie biomédicale conventionnelle (HAHN, 2015 ; TRIANA, 1999).

Cette élargissement des problèmes et des solutions à développer dans le cadre de la SSF renforce la nécessité du travail collectif, déjà explicite dans les orientations qui guident le travail dans un tel scénario, allant à l'encontre des idées de BÉGUIN (2010, p. 55), qui valorisent la nature collective d'un processus de conception, sachant que, peut importe le produit qui sera conçu, "cet objet est trop complexe pour qu'une seule personne puisse disposer de la représentation de tous les problèmes à résoudre."

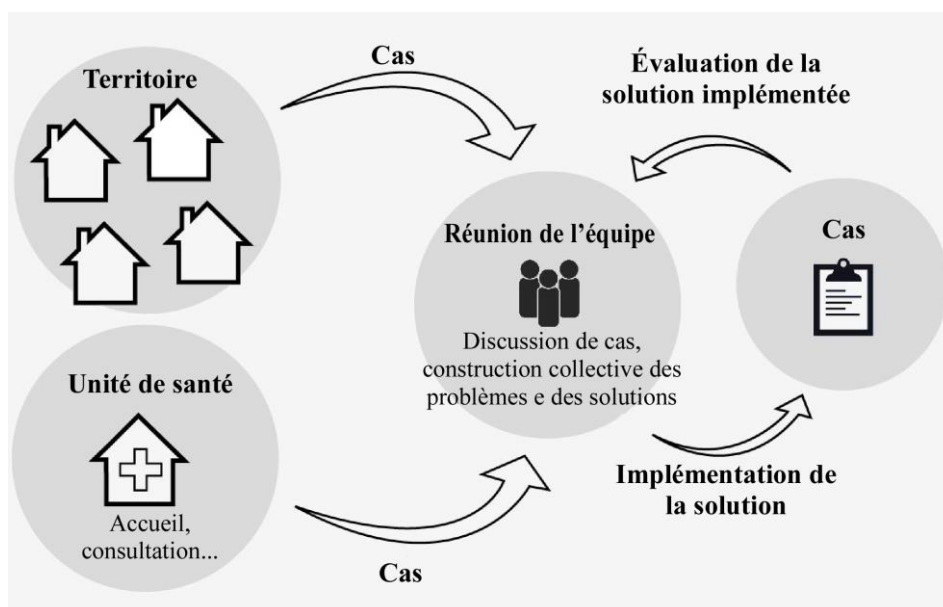
Le cadre présenté se constitue, par conséquent, dans le contexte qui oriente l'élaboration des Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS), dont les principes et étapes ont été détaillés précédemment. De la sorte, basé sur les informations tirées des documents qui guident la pratique de la SSF, le fluxogramme d'identification et de discussion des problèmes entre les professionnels des équipes, bien comme la formulation de propositions pour confronter ces problèmes, sont illustrés dans la Figure 3.

Le cadre présenté montre des similitudes avec le travail de conception, par nature interdisciplinaire, puisqu'il se structure au travers de la construction des PTS au sein des réunions d'équipe. Autrement dit, le travail dans la SSF est un travail collectif qui s'articule dans des espaces dialogiques, via des demandes réciproques.

Toutefois, il faut noter que les projets traditionnels possèdent des contraintes temporelles et ont une fin, comme mentionné plus haut. Cependant, les PTS ont des

caractéristiques particulières en ce qui concerne leur dimension temporelle, puisque les cycles de conception ne se terminent pas nécessairement. Ceci se produit en raison de l'attribut de longitudinalité, en vigueur dans la SSF, et qui se traduit par le suivi des cas au fil du temps sans adopter le principe de la sortie du patient, que marca la fin d'un traitement de santé dans les services traditionnels.

Figure 4 – Flux de conception de la Stratégie en Santé de la Famille basée sur les principes des Projets Thérapeutiques Singuliers



Source: Figure élaborée par l'auteur.

La question de la fluidité des limites temporelles inhérentes à l'implémentation d'un PTS peut être référée comme un attribut de la coordination des soins car, même si l'utilisateur est traité dans un service d'un autre niveau de complexité, c'est à l'équipe de la SSF qu'incombe la tâche d'intégrer les actions de soins au travers des différents points du réseau.

Ainsi, la longitudinalité et la coordination des soins ont pour effet de maintenir les PTS pendant de longues périodes, puisque l'utilisateur sera sous la responsabilité d'une équipe de la SSF tant qu'il demeure dans le territoire attribué. De cette manière, même si le patient souffre d'une rechute qui nécessite des soins dans un service spécialisé, comme un hôpital, il reste attaché à l'équipe de santé familiale, qui devra continuer de satisfaire aux exigences qui sont à la portée de l'APS et d'articuler les actions de soins concernant le cas en question et relatives aux autres niveaux de complexité du réseau de santé.

Ces remarques mettent en évidence les similitudes et les différences qui existent entre le travail de la santé, en particulier dans la SSF, et le travail en situation de conception.

3. Hypothèses, Terrain et Méthodes

Cette étude s'encadre dans le champ des recherches sur le travail dans les processus de conception. Dans ce cadre, ce chapitre présente les hypothèses qui ont guidé les recherches entreprises dans la thèse.

Le point de départ de cette étude était la prémisse que le travail en santé, en particulier dans le cadre de la SSF, implique l'interdépendance d'acteurs hétérogènes qui doivent articuler leurs connaissances et leurs pratiques pour construire un projet de soins.

Dans ce scénario, cette thèse encadre le métier de l'ASC dans la conception du PTS, puisque ce professionnel est un acteur *sui generis* qui a le rôle innovateur et unique de réaliser l'interface entre les besoins de santé d'une population et les équipes de santé de la famille.

Ceci considéré, trois hypothèses ont orienté le travail de recherche développé dans cette thèse, conformément au Tableau 1.

Identification	Énoncé	Démonstration
Hypothèse 1	Le travail de l'ASC est conçu en fonction de plusieurs logiques	Par l'analyse des tâches de l'ASC
Hypothèse 2	Le travail de l'ASC possède sa logique propre	Par l'analyse de l'activité de l'ASC dans l'accompagnement des PTS
Hypothèse 3	La logique du travail de l'ASC a peu d'espace au sein du collectif	Par l'analyse des réunions d'équipe

Tableau 1 - Hypothèses : énoncés, démonstration et localisation de l'étude

3.1 Le terrain

Cette section présente le terrain dans lequel cette recherche a été développée et caractérise la population des travailleurs étudiés. En ce qui concerne le terrain, l'étude a été réalisée dans une unité de santé située dans un quartier de l'Île du Gouverneur (*Ilha do Governador*) qui intègre la région de planification 3.1 du Secrétariat Municipal de Santé de Rio de Janeiro. Cette unité s'est transformée en une unité d'Assistance Primaire en Santé avec l'expansion des consultations qui étaient déjà pratiquées selon le modèle ambulatoire, par le déploiement de quatre équipes de la Stratégie en Santé de la Famille au cours de l'année 2010.

Ainsi, il convient de noter que cette thèse a étudié la partie de ce service qui fonctionne selon le modèle de la SSF, offrant, dans le territoire de responsabilité de chaque équipe, un suivi des familles par des actions de promotion, de prévention et de rétablissement de la santé dans tous les cycles de vie.

Au moment de l'achèvement de cette étude, le service contenait 12.277 utilisateurs inscrits, répartis en quatre équipes de santé familiale configurées comme suit :

- Équipe A : un médecin, une infirmière, une technicienne d'infirmierie et six ASC, tous suivant un régime de 40 heures hebdomadaires. Il s'agit de la seule équipe qui contient également dans sa composition un dentiste, un auxiliaire de santé bucco-dentaire, et encore un agent de surveillance de santé.
- Équipe B : deux médecins, une infirmière, une technicienne d'infirmierie, six ASC. Dans cette équipe, les médecins ont un régime de travail de 20 heures hebdomadaires, tandis que les autres professionnels suivent un régime de 40 heures par semaine.
- Équipe C : un médecin, une infirmière, une technicienne d'infirmierie, six ASC, travaillant tous 40 heures par semaine.
- Équipe D : cette équipe contenait une infirmière, une technicienne d'infirmierie, six ASC, travaillant tous 40 heures par semaine. Il n'y avait pas de médecin.

Les sujets de l'étude ont été, prioritairement, les ASC, mais d'autres acteurs des équipes de santé familiale et de gestion du service, identifiés pendant l'étude comme informateurs-clés, ont également été inclus. Soulignons que l'inclusion des ASC fut basée sur leur disponibilité et leur disposition à être volontaires, cherchant, dans la mesure du possible, à accompagner des travailleurs de toutes les équipes de santé familiale du service.

Concernant le territoire de chaque équipe, celui-ci est subdivisé en microrégions, chacune d'elles étant sous la responsabilité d'un ASC. Les critères établis par la PNAP (BRÉSIL, 2012) suggèrent que chaque équipe de santé familiale accompagne un maximum de 4.000 personnes, recommandant un numéro idéal de 3.000 personnes par équipe. En ce qui concerne plus précisément la répartition de la population accompagnée par un ASC, le document cité ci-dessus recommande que chaque ASC suive jusqu'à 750 personnes.

L'enquête sur le nombre de personnes accompagnées par l'équipe de santé familiale, dans le service étudié, montre que ses critères de la PNAP sont respectés. Seulement deux équipes s'approchaient de la limite de 4.000 familles. En ce qui concerne la répartition de la population accompagnée pour un ASC, cette étude a identifié que, à l'exception d'un ASC qui

accompagne 897 utilisateurs, les autres travailleurs assistent un numéro inférieur à la limite recommandée par la PNAP.

Quant à la caractérisation de la population des travailleurs, nous avons identifié 24 ASC travaillant dans le secteur, dix-huit femmes et six hommes, dont l'âge variait entre 22 et 45 ans. L'ancienneté des ASC dans le service étudié présente peu de variations, puisqu'une grande partie de ces professionnels travaillaient dans le service dès la mise en œuvre de la stratégie de santé familiale, en octobre 2010, et seulement trois travailleurs étaient dans le service depuis moins de trente mois.

3.2 Méthodes

Cette étude s'inscrit dans un domaine de recherche qualitative et ses procédures sont fondées sur les principes de l'approche méthodologique en Analyse Ergonomique du Travail (AET) proposée par Guérin *et al.* (2001). La recherche sur le terrain fut conduite entre Janvier 2013 et Avril 2015, selon les cinq étapes suivantes:

- **Phase 1** : approximation avec le champ de recherche et construction des conditions pour sa réalisation.

Cette première phase eu lieu durant la période Janvier-Avril 2013 et avait pour finalité de préparer objectivement la conduite de la recherche. Pour ce faire, nous avons envoyé des e-mails avec un résumé du projet de recherche à l'équipe local de gestion du service et aux gestionnaires du Secrétariat Municipal de Santé qui s'occupaient de l'accord signé entre l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ) et la Région de Planification 3.1 du Municipale de Rio de Janeiro. Après le consentement des gestionnaires, nous avons organisé une réunion de présentation du projet de recherche dans l'unité qui a accueilli l'étude.

A partir de cette réunion, fut constitué un groupe gestionnaire de la recherche, composé par la chercheuse, le gestionnaire de l'unité de santé, bien comme deux ASC et une infirmière volontaires pour participer de l'organisation d'une enquête initiale. De cette manière, cinq réunions d'une durée moyenne de 2 heures chacune, et avec une participation moyenne de quatorze ASC furent dédiées à l'organisation de cette enquête initiale visant à : diffuser au sein des travailleurs les principes et l'approche des ASC ; identifier les bénévoles intéressés à participer aux autres phases de l'étude ; cartographier les manières possibles d'accompagner les activités des travailleurs et recueillir les première demandes des ASC.

En somme, cette première phase de l'étude sert à deux fins : créer des conditions concrètes pour la réalisation de la recherche ; relever certaines problématiques identifiées par

les travailleurs et par d'autres acteurs du service qui ont aidé à l'élaboration d'hypothèses provisoires explorés au cours des autres phases de l'intervention.

- **Phase 2** : analyse des documents pour connaître les tâches prescrites aux ASC et l'environnement technico-social du service.

Cette phase a eu lieu durant la période Mai-Août 2013 et visait à analyser les tâches prescrites aux ASC, bien comme l'environnement technico-social du service de santé. Les procédures effectuées furent : analyse documentaire, recueil et analyse des données sur le service.

La recherche documentaire fut basée sur les sources suivantes : documents institutionnels, lois, règlements, catalogues, brochures, entre autres, visant à obtenir des renseignements sur ce qui a été préconisé pour le travail des ASC, tant du point de vue des objectifs à atteindre que des ressources disponibles.

À cette fin, nous avons utilisé neuf documents divisés en deux groupes. Le premier, constitué par des documents qui traitent du travail dans la Stratégie en Santé Familiale (SSF), a permis d'accéder aux informations sur les directives opérationnelles, les propositions de réorganisation des pratiques de travail par les équipes de santé familiale, mais a également permis de cartographier les attributions des ASC partagées avec d'autres membres des équipes de santé familiale. Le second groupe était composé de documents traitant exclusivement du travail de l'ASC et par l'ordonnance ministérielle qui régit l'exercice de cette profession.

En bref, la réalisation de la recherche documentaire a servi à appuyer certains aspects du contexte de la thèse, présenté dans les chapitres I et II et aussi à recueillir des données qui complètent les analyses effectuées dans les autres phases de l'étude.

Concernant la collecte des données sur le service, nous avons cherché à connaître : le processus technique de travail et l'organisation du travail (division des tâches, organisation des équipes, et organisation du temps de travail, observant les rythmes et les horaires) ; données sur la production (organisation de la production et des processus, exigences de résolution, variations de la demande, scénarios futurs) ; structure organisationnelle (emplois et salaires, organigrammes) ; évolution de la population des travailleurs (données comme âge, sexe, temps de service, niveau de scolarité, formations offertes, rotations).

Les techniques utilisées pour la collecte de données lors de cette phase furent l'analyse des documents de l'unité de santé et des interviews - enregistrées, puis transcrites et soumises à analyse - avec le gestionnaire du service. Les données recueillies ont permis de connaître les aspects du fonctionnement de l'unité de santé de forme globale, et également de vérifier s'il y

avait des incohérences dans l'organisation des équipes ou dans la population des travailleurs, qui puissent introduire un biais dans l'enquête.

- **Phase 3** : étude des tâches des ASC

La période de réalisation de cette phase de la recherche fut d'Août 2013 à Janvier 2014. Elle a servi à fournir des bases essentielles pour l'élaboration des hypothèses de recherche qui ont guidé les phases suivantes de l'étude.

L'étude du travail des ASC fut réalisée dans la perspective que cette dimension du travail, selon Guérin *et al.* (2001, p. 25), se réfère à "un ensemble d'objectifs donnés aux opérateurs et un ensemble d'exigences, définies extérieurement, pour atteindre ces objectifs". Face à cela, cette phase de la recherche a analysé : la description des rôles existants, conformément aux exigences du Ministère de la Santé ; le flux de l'information (systèmes d'information et de registre des données) ; la mise en œuvre des règles et procédures ; les moyens de production utilisés comme formes de soins, consultations, groupes et outils de registre utilisés par les ASC ; l'environnement physique et les postes de travail (plan du service, disposition physique des secteurs, adéquation de l'espace pour les activités proposées, déplacements dans et en dehors du service).

À cette fin, l'analyse documentaire réalisée a inclut, en plus des données examinées dans la phase d'analyse des exigences du travail de l'ASC, énumérées ci-dessus, les sources d'information suivantes : agenda typiques de huit ASC du service; catalogues des services de l'APS à Rio de Janeiro; documents de la municipalité qui guident la SSF.

En plus de cela, nous avons réalisés des interviews auprès d'informateurs-clés, à savoir : infirmières et infirmiers de l'équipe de santé familiale, le gestionnaire du service, un ASC de chaque équipe. Il convient de souligner que les interviews étaient du type semi-structuré, étant guidées par des scripts, enregistrées et transcrites par la suite pour l'analyse de contenu. Durant cette phase de la recherche, ont été initiées les observations des travailleurs dans le développement d'actions établies et orientées para l'agenda typique des ASC accompagnés, chacun d'eux étant décrit par un numéro attribué pour préserver son anonymat.

- **Phase 4** : analyse des activités de l'ASC.

Les données collectées au cours des phases précédentes ont permis de construire les hypothèses de cette étude, présentées plus haut dans ce chapitre. Ces hypothèses ont orienté l'analyse des activités professionnelles des ASC, en particulier en ce qui concerne leur participation dans la conception et l'application des Projets Thérapeutiques Singuliers (PTS).

Pour ce faire, la chercheuse a dédié approximativement 100 heures à accompagner les activités des ASC, en utilisant les procédures de recherche suivantes: interviews, observation participative et carnet de notes sur le terrain. La sélection des cas analysés dans cette étude a suivi le critère d'intensité décrit par Patton (2005). Ce critère privilégie les cas courants, riches en informations qui permettent de connaître un phénomène particulier dans sa profondeur ; autrement dit, ce ne sont pas des cas extrêmes de succès ou d'échecs exemplaires, mais plutôt des cas classiques qui contiennent de nombreux détails.

Les activités suivies et le temps dédié à chacune d'elles dans cette phase de la recherche furent : consultation à domicile (68 h), réunion d'équipe (15 h), réception (12 h).

- **Phase 5** : Validation de la recherche avec les travailleurs

Des rapports sur les précédentes phases de cette recherche ont été rendus aux travailleurs à deux reprises, par le biais de groupes de discussion visant à valider : les analyses, les résultats et les conclusions de l'intervention.

La première validation s'est produite à la fin de la collecte de données de la phase 3 - étude des tâches - par le biais d'une présentation d'un rapport de recherche partiel à un groupe hétérogène composé des ASC accompagnés par la chercheuse et d'autres qui n'ont pas participé à la collecte de données. Cette présentation, d'une durée de 2h38min, a permis de discuter le contenu du rapport préliminaire. Après validation ou réfutation par les travailleurs, le rapport a été ensuite réécrit.

Le deuxième moment de validation fut en Avril 2015, se produisant au cours de trois réunions contant avec la participation de 12 ASC, et d'une durée moyenne de 3h chacune. Les procédures conduites avec ce groupe étaient équivalentes à celles décrites dans le paragraphe précédent et avaient le même objectif : valider ou réfuter le contenu des interprétations de la chercheuse pour pouvoir réviser le rapport de recherche. On notera que les discussions menées au sein des groupes de validation ont été enregistrées et transcrites pour faciliter l'analyse de leur contenu et la nouvelle élaboration des rapports partiel et final de recherche.

4. Analyse des résultats

Ce chapitre présente et discute les résultats de la recherche sur le terrain menée dans cette thèse, qui ont été organisés à partir des trois hypothèses décrites plus haut. Ainsi, nous présenterons tout d'abord les résultats de l'analyse des tâches de l'ASC, qui démontre que leur travail est construit à partir de diverses logiques, ce qui complique la construction de leur Monde Professionnel. Par la suite, le chapitre aborde le rôle de l'ASC dans la mise en place des équipes de soin, en se concentrant sur la démarche de l'ASC pour intégrer l'assistance aux besoins de santé de la population et les multiples dimensions contenues dans ses activités. Ceci sert à documenter les arguments qui appuient la notion que le travail de l'ASC possède une logique propre, comme expliqué dans la deuxième hypothèse de cette étude.

La troisième et dernière partie présente le résultat de l'analyse des réunions d'équipe, identifiées comme espace de construction des PTS dans les processus de travail des professionnels de la SSF. Ces analyses avaient pour objectifs d'étudier comment se produit l'intégration des différents professionnels qui composent les équipes de SSF, bien comme identifier les facteurs qui pourraient favoriser la construction d'un Monde Commun dans les réunions d'équipe.

4.1 L'Agent de Santé Communautaire: un monde professionnel en voie de consolidation

L'étude des tâches de l'ASC avait pour but de mettre en évidence le Monde Professionnel de ce travailleur. Toutefois, la collecte de données sur le terrain et l'analyse des documents, qui ont servi de base pour cette partie de l'étude, ont montré que l'ASC ne dispose pas d'un ensemble de valeurs implicites, conceptuelles et pratiques, qui forment un système comme objet de leur action. En d'autres termes, le Monde Professionnel de l'ASC n'est pas totalement stabilisé.

Cela a été démontré par l'analyse du grand nombre de fonctions héritées à ces professionnels, fonctions qui présentent des logiques distinctes, parfois contradictoires, comme par exemple : travail bureaucratique *vs.* travail de soins ; prévention des maladies *vs.* assistance en urgence ; demandes des équipes *vs.* demandes de la communauté ; surveillance épidémiologique *vs.* singularité des cas ; modèle biomédical *vs.* clinique élargie ; demandes des cas *vs.* exigences de la gestion.

La diversité des logiques et les contradictions qui leur sont liées, sont cependant présentes dans la réalité de tous les travailleurs de la SSF, mais la littérature signale les conséquences particulières de cette question pour le travail des ASC, précisément en raison de la fragilité de leur Monde Professionnel, qui sera exposée par la suite.

Certaines études indiquent que la diversité des logiques contenues dans le travail de l'ASC compliquent la délimitation du champ d'action de ce travailleur, soit par l'idéalisation de son travail (ZANCHETTA *et al.*, 2005 ; MARTINES et CLÉS, 2007 ; SOSSAI *et al.*, 2010, BARALHAS et PEREIRA, 2011 ; BARBOSA *et al.*, 2012) ; soit par l'excès des fonctions qui leur sont assignées (NASCIMENTO et DAVID, 2008 ; CORIOLANO et LIMA, 2010 ; OLIVEIRA *et al.*, 2010 ; GOMES *et al.*, 2011 ; LOPES *et al.*, 2012. ROSA *et al.*, 2012), soit encore par l'incorporation à la liste de leur tâches, de nouvelles tâches qui ne sont pas nécessairement de leur domaine de compétence (ZANCHETTA, *et al.*, 2005 ; SHAH *et al.*, 2010 ; VILELA *et al.*, 2010 ; GOMES *et al.*, 2011 ; QUEIRÓS et LIMA, 2012 ; SAKATA et MISHIMA, 2012).

En outre, les données vérifiées dans cette étude ont démontré qu'une grande partie des actions attribuées à l'ASC sont déterminées par la nécessité des équipes ou des différents niveaux de gestion, sans considération pour ce qui est central à leur travail. Cette question engendre une gêne pour les ASC, corroborant la difficulté de délimitation du champ d'action de ce travailleur.

Ainsi, dans ce scénario, le travail de l'ASC paraît être en constante évolution en raison des nouvelles tâches et exigences qui sont insidieusement agrégées à son travail et, à cet égard, FERRAZ & AETS (2005) attirent l'attention sur le fait que, en raison de la fluidité de la définition de ses tâches, l'ASC joue souvent un rôle de "bouche-trou" dans les services de la SSF.

Cette fluidité de la définition des responsabilités de l'ASC a été considérée par certains spécialistes de santé publique comme un aspect positif du travail de l'ASC car, selon GOMES (2009), elle permet à ce travailleur de construire ses pratiques en conformité avec les propositions innovatrices du SUS et de la SSF. Toutefois, il est important de signaler que cette fluidité a également des effets négatifs pour le travail de l'ASC, en autorisant qu'il embrasse un nombre important et de tâches très variées, tournant plus difficile la consolidation des savoirs et des pratiques que pourraient étayer son Monde Professionnel.

Mais quelle est l'importance de définir le Monde Professionnel de l'ASC? Pour répondre à cette question, il convient de rappeler que, conceptuellement, le Monde

Professionnel est un analyseur qui peut dévoiler des caractéristiques susceptibles d'orienter la compréhension de la dimension tangible de l'action et, par conséquent, d'étayer l'élaboration d'interprétations singulières pour atteindre un objectif particulier (BÉGUIN, 2010). Dans cette perspective, construire un Monde Professionnel signifie organiser un système en utilisant les capacités, compétences et stratégies pour éviter d'être tenu à l'écart des événements (BÉGUIN, 2010).

Dans ce scénario, être un travailleur sans Monde Professionnel consolidé signifie que l'ASC est un travailleur à la dérive, puisque ses tâches peuvent être remodelées à chaque instant ce qui finit par empêcher ce professionnel de construire un patrimoine pour appuyer ses actions. Une autre conséquence qui découle de ce cadre est que la légitimité du travail de l'ASC est constamment mise en jeu, puisqu'il n'existe pas une définition claire de qui est central à son métier. Face à cela, une des contributions de cette thèse est d'éclairer les éléments qui pourraient guider la consolidation du Monde Professionnel de ce travailleur en tant qu'objet, comme les outils et les valeurs qui fondent les interprétations que l'ASC peut faire à propos de la réalité pour conduire ses tâches.

En ce sens, nous avons d'abord observé comment l'objet, les valeurs et les outils de travail de l'ASC sont exprimés dans la littérature et les documents normatifs. Par la suite, ces informations ont été confrontées avec les résultats de l'analyse des données de la thèse.

Pour fonder la définition de l'objet de travail de l'ASC, nous avons cherché les tâches prescrites dans les documents réglementaires, qui peuvent être synthétisés par la triade : "identifier les signes et les situations de risque / guider les familles et la communauté / communiquer ces cas identifiés et ces situations de risque" (TOMAZ, 2002, p. 85). Par conséquent, dans cette perspective, l'activité centrale de l'ASC serait d'effectuer des visites à domicile et de discuter les cas avec les équipes, ce qui corrobore les conclusions des différentes études qui ont investigué le métier de l'ASC (TOMAZ, 2002 ; FERRAZ et AETS, 2005 ; SZNELWAR *et al.*, 2008 ; SILVA-ROOSLI et ATHAYDE, 2011 ; VIANNA, 2013).

En ce qui concerne les outils et les valeurs du métier d'ASC, la méta-synthèse réalisée dans cette thèse et dans d'autres documents examinés, a fait apparaître que ces professionnels reconnaissent, comme principaux outils de leur profession, des technologies "légères" de soin (CORIOLANO et LIMA, 2010 ; SAKATA et MISHIMA, 2012 ; VIANNA, 2013) et qu'ils acquièrent leurs connaissances par le biais du contact avec les familles au travers des Visites Domiciliaires (VD), leur majeur atout (BORNSTEIN et STOTZ, 2008 ; SZNELWAR *et al.*,

2008 ; FERREIRA *et al.* , 2009 ; BARALHAS et PEREIRA, 2011 ; FILGUEIRAS et SILVA, 2011 ; CARLI *et al.*, 2014).

Néanmoins, l'analyse des tâches de l'ASC a révélé que, parmi la myriade de tâches attribuées aux ASC, et bien que certaines soient associées à la triade signalée par TOMAZ (2002) et utilisent comme instruments les outils indiqués ci-dessus, beaucoup d'autres tâches sont déterminées par des logiques de nature diverse. Pour illustrer cette situation, ils s'occupent souvent de tâches bureaucratiques, telle que la saisie de documents pour alimenter les systèmes d'information, les demandes d'enregistrement de l'identité des utilisateurs en vue de la gestion municipale de santé, ou encore la transformation des consultations en un travail d'accueil ou de réceptionniste, qui ont toutes bien peu à voir avec les principes énoncés dans la littérature et dans les documents du Ministère de la Santé.

A propos de cette diversité d'actions et de logiques, il convient de noter qu'il ne s'agit pas ici de dénoncer l'hétérogénéité typique du fonctionnement des services, mais de mettre en évidence que les tâches de l'ASC sont définies à partir de critères qui trouvent leurs origines dans diverses rationalités, étant souvent déterminées sans considérer ce qui a été défini comme central au travail de ce professionnel.

Ce cadre, présenté plus haut, fait donc un diagnostic du métier de l'ASC, qui fut construit sur la base de la comparaison entre l'analyse de ses tâches et la littérature, montrant l'absence de sédimentation du Monde Professionnel de l'ASC et les effets de celle-ci sur leur travail. Cependant, pour aller au-delà de ce diagnostic, la thèse a également investigué la logique propre au travail de l'ASC, qui est apparue à partir du suivi de leur activité sous l'angle de vue de la conception des PTS, et qui sera présentée et discutée dans la section suivante.

4.2 Les contributions propres du travail de l'ASC dans la genèse des PTS

L'analyse des activités de l'ASC dans la conception des PTS a permis d'identifier certains aspects de la logique propre au travail de cet acteur, traduits en modes d'agir, en formes de pensée et en valeurs qui ont orienté les actions de ces professionnels. Dans ce sens, à partir des analyses effectuées, nous avons distingué deux points qui ont servi à orienter les réflexions élaborées dans cette section. Le premier point traite de la contribution de l'ASC à la réalisation des objectifs de son travail, proposés dans le cadre de la SSF. Le deuxième point démontre le caractère unique de ces contributions à la conception des PTS.

En ce qui concerne les contributions de l'ASC pour atteindre les objectifs proposés par la SSF, notre recherche a montré que ses activités permettent une interlocution entre la communauté et les équipes, qualifiant les informations nécessaires à : la concrétisation des soins, la coordination des soins, l'accueil et la construction d'un lien, la régulation des actions programmées et urgentes, et la prise en compte des données d'ordre social, familial et communautaire dans l'agenda des soins.

Pour répondre aux objectifs, maintenant répertoriés, nous avons constaté que les ASC conduisent une série d'actions personnalisées qui contrastent avec les formes plus traditionnelles d'action de santé, qui sont principalement protocolaires, centrées sur les aspects biologiques et construites à partir d'une perspective d'immutabilité des personnes (CUNHA, 2004).

Ainsi, en éclairant l'activité exercée par l'ASC dans le suivi des patients sous sa responsabilité, nous avons pu cartographier les efforts mobilisés par ces travailleurs pour incorporer les demandes qui émergent de la réalité du territoire et des familles assistées, ce qui est en harmonie avec les proposition de transformation du modèle de soins. De cette façon, les résultats de cette recherche ont montré que les ASC arrivent à intégrer les besoins des sujets assistés d'une manière particulière, s'approximant ainsi de l'un des missions essentielles de la Clinique Élargie, qui est d'aider les personnes, et non pas uniquement de lutter contre les symptômes et les maladies (CUNHA, 2009).

Dans le référentiel de la gestion de projet, ces résultats révèlent que les ASC peuvent intégrer aux PTS des éléments qui sont de l'ordre du souhaitable, et sont exprimés par les exigences du métier déterminées par le SUS et la SSF. Les ASC contribuent en fournissant aux équipes des données sur la réalité des familles et du terrain, qui n'auraient pas pu être obtenues sans leur action. Cela a été illustré au cours des différentes rencontres entre les ASC et les utilisateurs : lors de visites à domicile, pendant leur accueil à l'unité, ou même parfois par hasard, et qui ont permis de recueillir des informations sur les aspects de santé et, surtout, sur les aspects sociaux, familiaux et économiques, qui possèdent le pouvoir de reformuler l'agenda des demandes de soins.

Toutefois, la refonte des demandes de soins implique l'élaboration de réponses plus complexes, qui impliquent à leur tour la mobilisation de ressources matérielles, humaines et institutionnelles qui sont rarement disponibles pour telles finalités. Ainsi, le travail de l'ASC met-il aussi en question la résistance du réel, en dévoilant de la sorte les fragilités des équipes et du système de santé qui gênent la mise en œuvre des soins de santé élargis.

Ces points faibles ont été identifiés dans certaines situations accompagnées au long de cette recherche, tels que : le manque de disponibilité des autres professionnels des équipes pour répondre aux besoins identifiés comme urgents par l'ASC; la difficulté de l'ASC à entreprendre des actions de soin jugées nécessaires, à cause de son occupation à accomplir des tâches d'un autre ordre, comme l'accueil ou l'alimentation des systèmes d'information.

Il est manifeste que le travail de l'ASC apporte également au processus de conception des PTS la dimension des possibles, que se configurent à partir de la résistance du monde réel, observée au travers d'obstacles résultant de problèmes liés à l'organisation du travail, au manque de moyens humains et matériels, ou même à la gravité - d'ordre biologique ou social - de certains cas.

Notons que, pour faire face à ces entraves, l'ASC construit des stratégies, comme cela est apparu dans certaines situations: mobilisation des professionnels de l'équipe des Noyaux d'Appui à la Santé de la Famille (NASF), ou de l'équipe de gestion du service, pour répondre à des demandes qui sont hors de leur portée, mais qui requièrent une action immédiate ; mobilisation de ressources institutionnelles pour obtenir un lit d'hôpital disponible pour admettre un patient ; élaboration de stratégies informelles pour l'accompagnement, comme par exemple : contacter l'utilisateur via l'application portable *WhatsApp*, ou convoquer un résident de la communauté pour garantir le transport d'un utilisateur depuis la communauté jusqu'à l'unité de soins.

Le cadre présentée révèle donc que, bien que l'ASC ne possède pas son monde professionnel stabilisé et qu'il doit affronter des contraintes qui résultent de cette situation, son activité possède une logique propre. Telle logique est axée sur les besoins des utilisateurs, orientée par des valeurs alignées avec les prémisses déterminées par le SUS et la SSF, et également définies dans la littérature et les textes normatifs comme étant ses tâches principales.

Sommairement, cette section a démontré que la logique propre du travail de l'ASC et son importance pour la conception des PTS, bien comme les travaux de l'ASC, crie une confrontation entre les dimensions de ce qui est souhaitable et de ce qui est réalisable dans les PTS, favorisant ainsi l'évolution de ce projet.

Donnant suite aux réflexions élaborées dans le corps de cette thèse, la section suivante présentera comment la logique du travail de l'ASC, identifiée à partir de l'analyse de l'activité de conception des PTS, et les contraintes qui découlent de l'absence d'un Monde

Professionnel, explicitées par l'analyse des tâches de ce travailleur, sont reflétées au sein des espaces dialogiques des équipes de la SSF.

4.3 Les espaces dialogiques de conception : limites et possibilités pour construire un Monde Commun dans le cadre de la Stratégie en Santé de la Famille.

L'objet de cette section est le travail de conception inhérent aux PTS, avec une attention particulière aux possibilités et aux limitations de l'intégration de l'activité des ASC dans les espaces de discussion collective des équipes de la SSF. En ce sens, il convient de répéter que le PTS se configure comme un ensemble de propositions thérapeutiques articulées, construites collectivement, afin de répondre à la demande d'un individu ou d'un groupe dans la perspective de la Clinique Élargie.

Les discussions générées lors de la construction d'un PTS sont prospectives, différentes du modèle habituel des discussions en santé, qui sont elles essentiellement rétrospectives (BRÉSIL, 2009 ; PINTO *et al.*, 2011). En outre, il convient de souligner que les PTS ont été développés pour potentialiser l'intégration des équipes de soins de santé, ainsi que la promotion de l'incorporation d'autres dimensions des ces soins, qui dépassent le diagnostic et la prescription de médicament (BOCCARDO, *et al.*, 2011).

Ceci étant dit, notre étude s'est concentrée sur la réunion d'équipe, pour connaître son fonctionnement en situation réelle, et a dédié une attention particulière au rôle joué par l'ASC. Pour ce faire, nous avons exploré l'interlocution entre les acteurs des équipes de la SSF selon deux axes. Le premier décrit les réunions, mettant en évidence la composition des équipes, l'organisation de débats et l'acheminement des cas discutés. Le second axe est basé sur une approche interprétative du contenu des réunions, mettant en évidence les situations favorables au dialogue et à la construction des PTS qui vont à l'encontre de cet objectif.

En ce qui concerne le premier axe d'analyse, nos données apurées ont démontré que les équipes effectuent une séance hebdomadaire, de préférence en présence de tous leurs membres. Nous avons observé une différence sur le nombre de cas traités entre les équipes. À cet égard, il convient de noter que, dans les équipes qui traitaient un nombre de cas significativement plus élevé, la discussion de chaque cas était plus brève et ne parvenait pas à inclure des aspects supplémentaires, en plus de ceux définis par la sémiologie médicale.

Selon GRUMBACH & BODENHEIMER (2004), la réduction du temps consacré à la discussion des cas assistés par une équipe, peut-être être liée à l'excès de la demande qui, à

son tour, conduirait les équipes à réduire le temps de discussion pour pouvoir augmenter le nombre de cas traités. Ceci soulève la nécessité de discuter la question du nombre de cas traités vs. qualités des discussions.

En ce sens, il est nécessaire de considérer que la formulation des PTS ne peut être réduite à l'échange d'informations sur un cas et la conséquente répartition des tâches entre les membres de l'équipe, puisque la conception des soins - conformément aux propositions du SUS, de la SSF, guidées par la méthodologie des PTS - requiert la construction collective des problèmes et des solutions qui nécessitent l'approfondissement des discussions concernant les cas accompagnés par les équipes. Par conséquent, dans ce cadre, les réunions d'équipe de la SSF devraient privilégier la dimension qualitative dans l'abordage des cas. Si cela n'est pas possible dans tous les cas, il est nécessaire d'élaborer des critères précis pour choisir les cas qui nécessitant une discussion plus approfondie.

Les résultats de l'analyse orientée selon l'axe de la méthode interprétative du contenu des réunions soulignent le contraste entre deux possibilités d'interlocution entre les professionnels de la SSF, qui ont été nommés respectivement de dialogues instructifs et de discussions de cas.

Les dialogues informatifs s'appuient sur un type d'interaction qui se produit essentiellement de forme unidirectionnelle, avec aucun ou peu d'échange entre l'expéditeur du message et les différents membres de l'équipe. En ce qui concerne les d'entretiens du type "discussion de cas", les analyses effectuées ont révélé que l'échange entre les différents professionnels des équipes font résonner les différents points vues sur les problèmes traités. Par conséquent, dans ce type d'interaction, il y avait un espace de débat entre les professionnels de l'équipe, qui potentialise un apprentissage mutuel et, du coup, l'évolution des PTS.

En ce qui concerne le rôle des ASC dans les réunions d'équipe, nous avons pu vérifié que la légitimité de leur contribution n'est pas garantie. Ceci, parce que, dans les équipes qui traitent un plus grand nombre de cas, toutes les discussions étaient orientées par le modèle biomédical et se produisaient principalement au travers de dialogues informatifs. Donc, au delà du fait que ce modèle d'interlocution n'est pas propice à fertiliser les échanges entre les acteurs de l'équipe, l'orientation d'une discussion biaisée par l'approche biomédicale *en soi*, réduit déjà l'espace de contribution des ASC, qui contemple des questions liées plus fortement aux dimensions sociale, communautaire et culturelle, par exemple.

En revanche, même dans les réunions où il y avait des discussions de cas plus denses, qui favorisaient l'évolution des PTS, les contributions des ASC n'étaient pas incorporées facilement. Selon PEDUZZI (2001), ce cadre résulte du fait que le travail en équipes multidisciplinaires est souvent marqué par des relations asymétriques entre les différents professionnels de santé, à cause de la hiérarchisation des savoirs qui favorise les connaissances et les actions fondées sur le modèle biomédical et relèguent au second plan les autres dimensions de l'assistance en santé.

Toutefois, le suivi de l'activité des ASC au cours de cette thèse a démontré que la gestion des PTS n'est pas limitée aux réunions d'équipe, étant donné que les actions planifiées doivent être adaptées pour répondre aux événements ; par conséquent, les actions conçues au cours des réunions sont souvent transformées par le travail des ASC.

Cette constatation est cohérente avec l'idée que la conception se poursuit au long du développement des actions planifiées, puisqu'une action n'est jamais l'application directe d'une idée. Pour expliciter comment cette question influence les projets, SCHÖN (1983) a créé la métaphore du dialogue avec une situation dans laquelle l'acteur d'un projet, concentré sur l'objectif de son travail, mobilise son savoir pour rencontrer des solutions à un problème donné ; toutefois, le contexte réel sur lequel il agit répond, et le surprend, gérant de nouveaux problèmes pour lesquels de nouvelles formes d'action se feront nécessaires (BÉGUIN, 2008 ; BITTENCOURT, 2014).

En ce sens, cette étude a révélé que les ASC contribuent de manière très significative à la conception des PTS, notamment dans les situations où la logique propre de leur travail opère. Mais il convient de souligner que, dans la plupart des situations accompagnées, même face à la complexité des cas, il incombe aux seuls ASC de repasser les informations collectées sur le terrain et faire des efforts pour intégrer les autres membres de l'équipe dans l'élaboration de stratégies qui s'attaquent aux problèmes identifiés. En effet, on note qu'il n'y eut aucune réunion imprévue pour délibérer sur les réponses collectives. Ces données signalent, d'une part, le manque de réunions d'équipe en tant qu'espaces uniques pour la fabrication collective des PTS et, d'autre part, que les ASC contribuent à surmonter cette déficience, dans la mesure où ils sont capables d'intégrer les informations provenant de la situation réelle, ainsi que de coordonner les actions visant à remédier aux problèmes identifiés.

Cette section a récapitulé les aspects les plus pertinents apparus aux cours des recherches sur le terrain, en tissant un dialogue entre ceux-ci et la littérature. La section

suivante considère tout ce qui a été présenté jusqu'ici pour résumer les contributions de cette thèse.

5. Considérations finales

En terminant cette thèse, il convient de présenter les contributions du travail des ASC dans la conception des PTS, ce qui fut réalisé sous l'éclairage du cadre théorique de la conduite de projets et, plus spécialement, des concepts de Monde Professionnel et Monde Commun. Ces contributions peuvent être résumées comme suit, à partir des objectifs de l'étude.

Le premier objectif de la thèse était de gérer des connaissances sur le Monde Professionnel des ASC dans un contexte d'innovation sociale, orienté par l'implantation du SUS et de la SSF. A cet égard, notre thèse démontre que les ASC ne possèdent pas encore un Monde Professionnel consolidé, puisque leurs tâches sont déterminées à partir de logiques diverses, selon des critères définis indépendamment de ce qui, en accord avec les résultats présentés, devrait être considéré comme central à leur travail. Sur ce point, les contributions de la thèse sont de mettre en évidence cette situation et d'identifier des éléments susceptibles de favoriser l'émergence du Monde Professionnel des ASC, tels qu'objets, valeurs et outils de travail.

Toujours dans le but de gérer des connaissances sur le travail des ASC, l'analyse de l'activité de ces travailleurs dans l'implantation des PTS a permis d'identifier qu'il existe une logique propre au travail des ASC, centrée sur les besoins des utilisateurs assistés, et orientée par les prémisses innovatrices du SUS et de la SSF.

En produisant ces connaissances sur le travail des ASC, dans la perspective du concept des Mondes Professionnels, cette thèse contribue à une appréhension plus précise des activités de cette catégorie de travailleur, fournissant ainsi des éléments qui peuvent aider à définir son champ d'action et permettre de baliser certaines adaptations dans l'organisation de son travail.

Pour atteindre l'objectif de contribuer à définir les dimensions relatives à la fonction et au rôle des PTS dans la SSF, en intégrant la production du travail et l'expérience des travailleurs, cette étude a cherché à appréhender la gestion des PTS comme un dialogue entre les Mondes Professionnels par le biais duquel se construit le Monde Commun qui, à son tour, sert à améliorer le développement du projet.

A cet égard, notre recherche démontre que la construction d'un Monde Commun, dans le cadre du service étudié, est encore trop peu significatif. En particulier, les réunions d'équipes, qui devraient pourtant avoir un rôle de construction des pratiques professionnelles

nécessairement diverses et de leurs articulation en un tout cohérent, ne permettent pas de féconder l'échange d'idées, parce qu'il n'y a pas de support pour les changements faits entre les travailleurs et les dialogues, dans la plus part de réunions d'équipes, sont encore essentiellement informatif. Un tel cadre fragilise la conception des PTS. Plus encore, quand ces équipes opèrent selon un mode figé sur le paradigme biomédical ; ce qui restreint la participation des ASC à la conception des PTS, puisque leur contribution est basée sur les dimensions du processus santé/maladie et dépassent les aspects physiopathologiques.

D'un autre coté, les résultats de cette thèse ont mis en évidence que les réunions d'équipe hebdomadaires sont insuffisantes pour répondre aux besoins des cas accompagnés par les ASC.

Face à cette situation, il convient de souligner que, pour établir un processus coopératif entre acteurs de différentes spécialités pour réaliser un projet commun, il ne suffit pas d'établir un espace de rencontre; mais il est aussi nécessaire d'instrumentaliser l'interaction entre les acteurs (BÉGUIN, 2010). Dans ce sens, la gestion des PTS pourrait être basée sur des propositions, en cours de développement, qui visent à promouvoir le processus de conception, spécialement celles qui favorisent un apprentissage mutuel comme, par exemple, l'utilisation des objets intermédiaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALMEIDA, Patty Fidelis *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008>.

ALONSO, Carolina Maria do Carmo. Análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: contribuições da ergonomia para aprimoramento da concepção de serviços públicos de saúde. **Relatório de pesquisa apresentado para qualificação da tese de doutorado em Ciências pela COPPE**. 2014. (Texte non publié).

BARALHAS, Marilisa; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre suas práticas assistenciais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 31-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100003&lng=en&nrm=iso>.

BARBOSA, Regina Helena Simões *et al.* Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.16, n.42, p. 751-765. jul./set. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000300013>>.

[BARROS, Juliana Oliveira](#); [MÂNGIA, Elisabete Ferreira](#). The Construction of Therapeutic Projects in the Mental Health Field: notes about new care technologies. **Work** (Reading, MA), v. 49, p. 567-575, 2014.

BLACHMAN, Nina L.; BLAUM, Caroline S. Integrating Care Across Disciplines. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 32, n. 2, p. 373-383, 2016.

BÉGUIN, Pascal. Concevoir pour les genèses professionnelles. In: RABARDEL, Pierre et PASTRÉ, Pierre (Coords.), **Modèles du sujet pour la conception, dialectiques activités développements**. Toulouse: Octarès, 2005, p. 31-52.

BÉGUIN, Pascal. O ergonomista, ator da concepção. In: FALZON, Pierre (Ed.), **Ergonomia**, São Paulo, Editora Blucher, 2007. Cap. 22, p. 317-330.

BÉGUIN, Pascal. Argumentos para uma abordagem dialógica da inovação. **Laboreal**, v. 4, n. 2, p. 72-82, 2008.

BÉGUIN, Pascal. Conduite de projet et fabrication collective du travail: une approche développementale. **Habilitation à diriger des recherches. École Doctorale em Sciences Sociales**. Universiade Victor Segalen Bordeaux 2. Bordeaux: França. 2010.

BÉGUIN, Pascal; RABARDEL, Pierre. Concevoir pour les activités instrumentées. **Recherche en Intelligence Artificielle**. n. 14, p. 35-54, 2000.

BITTENCOURT, João Marcos Vianna Quadros. Expressão da experiência de trabalho em projeto: argumentos para uma engenharia de objetos intermediários 313f. 2014. **Tese de Doutorado em Engenharia**. Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, Programa de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro. 2014.

BOCCARDO, Andréa Cristina S. *et al.* O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Trab. Educ. Saúde**. v. 6, n. 3, p.457-480, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300004>.

BOWER, Paul *et al.* Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 4, p. 273-279, 2003.

BRÉSIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1990.

BRÉSIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRÉSIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRÉSIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica n. 27).

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

BREDA, Mércia Zeviani *et al.* Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Revista Latino americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio/jun.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300021>.

BUCCIARELLI, Louis. L. An ethnographic perspective on engineering design. **Design Studies**, v. 9, n. 3, p. 159-168, jul. 1988. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0142694X88900452>>.

CARBALLEDA, Gabriel. La contribution des ergonomes à l'analyse et à la transformation de l'organisation du travail: l'exemple d'une intervention relative à la maintenance dans une industrie de processus continu. **Thèse de Doctorat em Ergonomie**. CNAM (Paris), 1997.

CARLI, Rafaela de *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/0104-0707-tce-23-03-00626.pdf>>.

CORDEIRO, Cláudia Vieira Carestiatto. Entre o projeto e o uso: A colaboração da ergonomia na etapa de execução da obra. 2003. **Tese de Doutorado em Engenharia de Produção**. Programa de Engenharia de Produção da COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro, 2003.

CORIOLANO Maria Wanderleya de Lavor; LIMA Luciane Soares de. Grupos focais com agentes comunitários de saúde: subsídios para entendimento destes atores sociais. **Rev. Enferm. UERJ** v. 18, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a16.pdf>>.

CUNHA, Gustavo Tenório. A construção da clinica ampliada na Atenção Básica. 2004. **Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva**. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004. 201p.

CUNHA, Gustavo Tenório. Grupos Balint-Paidéia: uma contribuição para co-gestão e a Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2009. **Tese de Doutorado em Saúde Pública**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2009. 248p.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DORMAN, Susan Elizabeth; SMITH, Stanley V.; KIRKHAM, Stephen R. The use of an electronic patient record to facilitate a specialist palliative care multidisciplinary team meeting. **Palliative Medicine**. v. 24, n. 2, p. 198-199, mar. 2010.

DUARTE, Francisco José de Castro Moura; BÉGUIN, Pascal Daniel. Trabalho, inovação e desenvolvimento sustentável. 2010. **Projeto de cooperação internacional CAPES – COFECUB** Rio de Janeiro: UFRJ, 2010. Disponível em: <<http://www.pep.ufrj.br/documentos/Trabalho,%20Inovacao%20e%20DS.pdf>>. -

FERRAZ, Lucimare; AERTS, Denise Rangel Ganzo de Castro. O cotidiano de trabalho do agente comunitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 347-355, 2005.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>.

FILGUEIRAS, Andréa Sabino; SILVA, Ana Lúcia Abrahão. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300008>.

GOMES, André de Lima *et al.* O elo entre o processo e a organização do trabalho e a saúde mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 15, n. 3, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10564/6816>>.

GOMES, Anna Luiza Castro; SÁ, Lenilde Duarte de. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40367>>.

GRUMBACH, Kevin; BODENHEIMER, Thomas. Can health care teams improve primary care practice? **Jama**, v. 291, n. 10, p. 1246-1251, 2004.

GUÉRIN, François. *et al.* **Comprender o trabalho para transformá-lo**. São Paulo: Blucher, 2001.

HAHN, Giselda Veronice. Incluindo o projeto terapêutico singular na agenda da atenção básica em contexto de vulnerabilidade e não adesão ao tratamento da tuberculose. 2015. **Tese de Doutorado em Enfermagem**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2015. 207p.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. 331-336, 2004.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026>.

HOUAISS. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa 3.0**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2009.

LOCH-NECKEL, Gecioni *et al.* Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1463-1472, set./out.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800019>.

LOPES, Denise Maria Quatrin *et al.* Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/15.pdf> >.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; CHAVES, Eliane Corrêa. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, p. 426-433, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300012&lng=pt&nrm=is&tlng=pt>.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365. ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500011>.

MIDLER, Christophe. Modèles gestionnaires et régulations économiques de la conception. In: TERSSAC, Gilberto de; FRIEDBERG, Erhard. **Coopération et Conception**. Toulouse: Octarès, 2008. p. 63-86

NASCIMENTO, Guilherme de Moraes; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Avaliação de riscos no trabalho dos agentes comunitários de Saúde: um processo participativo. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, 550-560, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a16.pdf>>.

NUNES, Everardo Duarte *et al.* A pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: trajetória. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 1923-1934, 2010.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte *et al.* Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 12, n. 1, 28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a04.htm>>.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. 2007. **Dissertação de Mestrado em Saúde Pública**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2007. 202p.

O'NEILL, Thomas A.; ALLEN, Natalie J. Team meeting attitudes: Conceptualization and investigation of a new construct. **Small Group Research**, v. 43, n. 2, p. 186-210, 2012.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research**. John Wiley & Sons, Ltda., 2005.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PINTO, Diego Muniz *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>.

QUEIRÓS, Agleildes Arichele Leal de; LIMA, Luci Praciano. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 257-281, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200005&lng=en&nrm=iso>.

ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia de Sousa. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saúde**

e **Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29825>>.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa de saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p 1027-34, nov./dez. 2005.

SAKATA, Karen Namie; MISHIMA, Silvana Martins. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 665-672, jun./2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>.

SALTMAN, Deborah C. *et al.* Groups or teams in health care: finding the best fit. **J. Eval. Clin. Practice**, v. 13, n. 1, p. 55-60, 2007.

SCHÖN, Donald. **The reflective practitioner**. How professionals think in action. New York: Basic books, 1983.

SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020&lng=en&nrm=iso>.

SILVA-ROOSLI, Ana Cláudia Barbosa da; ATHAYDE, Milton. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.) **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Editora Fiocruz, 2011. p. 67-82.

SIMON, Herbert A. **The sciences of the artificial**. MIT press, 1996.

SOSSAI, Lilian Carla Ferrari; PINTO Ione Carvalho, MELLO, Débora Falleiros. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 228-237, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11234>>.

SZNELWAR, Laerte Idal; SILVA, Marcia Terra; MASCIA, Fausto Leopoldo. Working in public health services in Brazil: The relationship between different rationalities. **Applied Ergonomics**, v. 39, n. 4, p. 500-508, 2008.

TERSSAC, Gilberto de. Le travail de conception: de quoi parle-t-on? In: FRIEDBERG, Erhard; TERSSAC, Gilberto de. **Coopération et Conception**. Toulouse: Octarès, 2008. p. 1-22.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, Botucatu, v. 6, n.10, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100008&lng=en&nrm=iso>.

TRIANA, Amarilys Z. A semiologia biomédica e seus limites: desvendando caminhos entre o sutil e o evidente. 125f. 1999. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 1999.

VIANNA, Eliane Chaves. Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos. 2013. **Tese de Doutorado em Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2013. 258p.

VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera da; JACKSON FILHO, José Marçal. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 122, n. 35, p. 289-302, 2010.

WAI, Mey Fan Porfírio; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

WEEL, Chris Van. Teamwork. **The Lancet**, v. 344 n. 8932, p. 1276-1279, 1994.

WISE, Harold; RUBIN, Irwin; BECKARD, Richard. Making health teams work. **Am. J. Diseases Children**, v. 127, n. 4, p. 537-542, 1974.

ZANCHETTA, Margareth S. *et al.* Educação, crescimento e fortalecimento profissional do agente comunitário de saúde-estudo etnográfico. **Online Bras. J. Nursing**, v. 4, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/35/14>.