

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Tarcila Freitas de Sousa

**O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da
Família no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2019

Tarcila Freitas de Sousa

O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: saúde, trabalho e ambiente.

Orientador: Ary Carvalho de Miranda

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S725p Sousa, Tarcila Freitas de.
 O processo de trabalho e a saúde dos
 trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da
 Família no município do Rio de Janeiro /
 Tarcila Freitas de Sousa. -- 2019.
 176 f.

 Orientador: Ary Carvalho de Miranda.
 Dissertação (mestrado) – Fundação Os-
 waldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pú-
 blica Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da
 Família. 3. Trabalho. 4. Saúde do Trabalhador.
 I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11098153

Tarcila Freitas de Sousa

O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: saúde, trabalho e ambiente.

Aprovada em: 25 de março de 2019.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Lilian Miranda
Escola Nacional Saúde Pública Sérgio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^a Dr^a Leticia Batista da Silva
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Fundação Oswaldo Cruz

Prof^o Dr^o Ary Carvalho de Miranda
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Com muito carinho, dedico este trabalho aos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, inclusive os que foram demitidos com a justificativa de corte em 2018/2019. Gostaria de dedicar, em especial, aos trabalhadores dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que fizeram parte desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade do aprendizado nessa vida.

Ao meu orientador Ary, pela confiança e parceria prestada sempre com valiosas reflexões que me possibilitaram amadurecer enquanto pesquisadora.

A todos os professores do mestrado, em especial a Lúcia Rotenberg e Ana Maria Braga, por colaborarem com meu aprendizado e fomentar intensas trocas de conhecimento.

Ao meu amor, Alexandre, que esteve sempre ao meu lado nesta caminhada, mesmo com a distância física, agradeço a colaboração, as dicas, as correções do trabalho, a paciência, o amor e a compreensão nos momentos de estresse e cansaço.

Aos familiares, em especial a minha mãe, obrigada pelo apoio e encorajamento para seguir firme na luta pelos meus sonhos.

A minha amiga e companheira de moradia Rayara por compreender meu estresse, minha angústia e escutar minhas preocupações.

Agradeço a amizade de Luanda e Thaís que se transformaram em fonte de motivação, apoio e socorro constante.

Aos meus amigos e companheiros de equipe Georgia, Mariana e Matheus por escutarem as minhas angústias e me apoiarem em todos os momentos.

As minhas amigas Aline, Brenda, Camila, Nayara, Mariana e Marilza por me incentivarem com todo amor e carinho, mesmo de longe.

Aos profissionais do NASF que fizeram parte desta pesquisa, agradeço a disponibilidade por compartilhar o trabalho e colaborar com a realização desse estudo.

“Olhar para trás após uma longa caminhada pode fazer perder a noção da distância que percorremos, mas se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos o quanto nos custou chegar até o ponto final, e hoje temos a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais uns dos outros.[...]Digamos então que nada se perderá. Pelo menos dentro da gente...”

GUIMARÃES ROSA.

RESUMO

O estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que objetivou analisar, na perspectiva dos trabalhadores do NASF no município do Rio de Janeiro, as relações entre o processo de trabalho por eles vivenciado e a sua saúde. O Ministério da Saúde regulamentou em 2008 o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como um dispositivo de suporte e complementariedade da Estratégia Saúde da Família (ESF). No município sua implementação ocorreu a partir de 2011, através de vínculos de trabalho com Organizações Sociais (OS), que flexibilizam a contratação dos recursos humanos, precarizam o trabalho e a saúde dos trabalhadores. Realizou-se uma análise das propostas de trabalho da ESF e do NASF em âmbito nacional e municipal, levando em consideração a gestão, planejamento e organização do trabalho diante dos ditames da reestruturação produtiva, a partir das peculiaridades do município do Rio de Janeiro no desenvolvimento das políticas de saúde. O estudo partiu do referencial teórico metodológico, fundado no materialismo histórico dialético em Marx e das categorias processo de trabalho e saúde do trabalhador. A coleta de dados foi realizada com 17 profissionais atuantes nas equipes do NASF, no período de agosto a novembro de 2018, por meio de grupos focais. As informações provenientes das entrevistas foram examinadas através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Dos discursos dos profissionais emergiram três eixos analíticos: cotidiano do trabalho, em que foi descrito o processo de trabalho com os principais desafios e potencialidades; especificidades do trabalho do NASF no município, onde foi refletido sobre a relação entre processo de trabalho, saúde do trabalhador com estas particularidades e, por fim, problematizações dos trabalhadores sobre a sua saúde, o qual evidenciaram os sentimentos sobre o trabalho, como também os problemas de saúde e processo de adoecimento. Em termos gerais, o estudo revelou que o modelo adotado no município promove sobrecarga de trabalho, precarização do trabalho, fragilidade dos vínculos de trabalho. Ressalta-se nesse processo o sofrimento atrelado ao trabalho, a frustração, angústia cansaço e exaustão, que repercute de diferentes formas no adoecimento dos trabalhadores com crises de ansiedade, depressão, dores musculares, refluxos, etc.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Processo de Trabalho; Saúde do Trabalhador; Reestruturação Produtiva.

ABSTRACT

This study is a descriptive research with a qualitative approach that aimed to analyze, in the NASF workers perspective in the city of Rio de Janeiro, the relations between the work process they have experienced and their health. The Ministry of Health regulated in 2008 the Family Health Support Center (FHSC) as a support unit and a complementary device of the Health Family Strategy (HFS). The implementation in the city happened as of 2010 throughout work bonds with Social Organizations (SO) that relax the hiring of human resources, endanger the work, the workers health. An analysis of the FHSC and HSF work proposals was made in the national and municipal sphere taking into account the management, planning and work organization in the face of the dictates of the productive restructuring, from the peculiarities of the Rio de Janeiro city in the development of health policies. The study started from the theoretical methodological benchmark established in the historical dialectical materialism in Marx and of the work process categories and worker health. The data collection was realized with 17 active professionals in the FHSC teams in the period from August to November of 2018 through focus groups. The information stemming from the interviews were analyzed through content analysis by Bardin. From the professional speeches emerged three axes: work-related situations in which the work process was described with the main challenges and potential; job specificities of the FHSC in the city in which was reflected about the relation among work process, worker health with these particularities and finally workers problematizations about their health, where they highlighted the feelings about the work as well as the health problems and the illness process. All in all, the study revealed that the adopted model in the city promotes work overload, job insecurity, fragility of work bonds. This suffering process is tied to the work as frustration, anguish, tiredness and exhaustion which impacts in different ways in the worker illness as anxiety crisis, depression, muscle pain, reflux, etc.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Support Center; Work Process; Worker Health; Productive Restructuring.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Modalidades de NASF (Portaria nº 3.124/2012).....	24
Quadro 2 - Equipes NASF dividido por Área Programática e Bairros no município do Rio de Janeiro.....	37
Quadro 3 - Agenda Padrão do NASF (Ofício Circular nº 05/2016).....	39
Quadro 4 - Agenda Padrão NASF (Ofício Circular nº 004/2017).....	41
Figura 1 - Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas Programáticas.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AMFAC - RJ	Associação de Medicina da Família e Comunidade do Rio de Janeiro
AP	Área Programática
APS	Atenção primária em Saúde
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CAP	Coordenadoria de Área Programática
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPNASF	Coordenação de Policlínicas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CTA	Comissão Técnica de Avaliação
eAB	equipe de Atenção Básica
eSF	equipe de Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GF	Grupo Focal
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER/DORT	Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios Osteomoleculares
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF - AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos

OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PDRE	Plano Diretor de Reforma do Estado
PEC	Projeto de Emenda Constitucional
PSE	Programa Saúde do Escolar
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RCAPS	Reforma dos Cuidados Primários em Atenção Primária à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RJ	Rio de Janeiro
SCNES	Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Tribunal de Contas do Município
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	19
2.1	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS.....	19
2.2	A MUNICIPALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	21
2.3	NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
2.3.1	Apoio matricial e as ferramentas de trabalho do NASF	25
2.3.2	Desafios no processo de trabalho do NASF	29
2.4	REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: CONJUNTURA DE REFORMA E PRECARIZAÇÃO.....	30
2.5	POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM CAMPO DE DISPUTAS.....	33
2.5.1	Notas iniciais sobre o NASF no município do Rio de Janeiro	36
2.5.2	Crise na saúde municipal do Rio de Janeiro e os movimentos de luta dos trabalhadores	42
3	OBJETIVOS	45
3.1	OBJETIVO GERAL.....	45
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
4	METÓDO	46
4.1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	46
4.1.1	O materialismo histórico e dialético	46
4.1.2	O trabalho e o seu processo	47
4.1.3	Saúde do Trabalhador	50
4.1.4	Repercussões do trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva	53
4.2	TIPO DE ESTUDO.....	57
4.3	CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	58

4.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	60
4.5	COLETA DE DADOS.....	61
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
5.1	PONTAPÉ INICIAL.....	68
5.2	O COTIDIANO DE TRABALHO DO NASF: PONDERAÇÕES A PARTIR DO REAL.....	70
5.2.1	Organização do trabalho.....	70
5.2.2	Principais atividades realizadas.....	73
5.2.2.1	Apoio Matricial e Reunião de Matriciamento.....	74
5.2.2.2	Consultas.....	76
5.2.2.3	Grupos.....	81
5.2.3	Padronização do trabalho.....	85
5.2.3.1	Agenda.....	85
5.2.3.2	Regulação Assistencial.....	88
5.2.4	Relação entre o NASF e equipes de Saúde da Família.....	90
5.2.4.1	O NASF e a saúde dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família.....	94
5.2.5	Integração da equipe NASF.....	96
5.2.6	Vínculo com o usuário.....	99
5.2.7	Articulação com a rede intersetorial.....	101
5.2.8	Violência urbana na rotina de trabalho.....	104
5.3	O RIO DE JANEIRO CONTINUA LINDO: ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO NASF NO MUNICÍPIO.....	107
5.3.1	Organizações Sociais e vínculo de trabalho.....	107
5.3.2	Rotatividade dos trabalhadores.....	112
5.3.3	Período de Greve.....	114

5.3.4	Reorganização do NASF	117
5.3.5	Demissões	119
5.3.6	Entidade de direitos dos trabalhadores	123
5.3.7	Contexto atual na política de saúde	126
5.4	REFLEXÕES DOS TRABALHADORES DO NASF SOBRE A SUA SAÚDE	130
5.4.1	Vida e trabalho, trabalho e vida: onde um começa e a outro termina?	130
5.4.2	O sentimento ‘bom’ e o sentimento de ‘enxugar gelo’: as oscilações de pertencer à equipe NASF	136
5.4.3	E a saúde dos trabalhadores do NASF, como vai?	139
5.4.3.1	Reconhecimento e valorização.....	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
7	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	172
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	174
	ANEXO A – PARECER CEP ENSP	175
	ANEXO B – PARECER CEP SMS	176

1 INTRODUÇÃO

Em meados de 1990 a Atenção Primária à Saúde (APS) se tornou a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A municipalização da saúde se expandiu através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), adquiriu prioridade na agenda governamental e passou a ser considerada uma estratégia estruturante do SUS. A ESF apresenta-se como potente ao fortalecimento da APS, possibilitando a ampliação dos cuidados primários para a população, baseados nos princípios da equidade e integralidade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2012a; ESCOREL, 2007).

Paralela à ampliação da ESF, foram identificadas demandas de saúde, que indicavam a necessidade da inserção de outras categorias profissionais no primeiro nível de atenção, o que culminou com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008. A proposta do NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubidade, apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e seu processo de territorialização e regionalização (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

No que diz respeito às políticas de saúde no município do Rio de Janeiro, vale ressaltar que sua implementação e desenvolvimento foram tardias, em dissonância a outros municípios no país. A ênfase pelo modelo de atenção pautado na ESF tornou-se prioridade na agenda da gestão municipal somente a partir de 2009, com a Reforma dos Cuidados Primários em Atenção Primária à Saúde (RCAPS). Em 2011 o município incorpora o NASF, como proposto pela instância ministerial (BRASIL, 2014; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

O processo de trabalho do NASF foi se concretizando no município e, ao longo do tempo, foram surgindo alguns desafios, principalmente relacionados às atribuições e organização do processo de trabalho destes profissionais. Segundo Lacman et al. (2013) existem inúmeras dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores do NASF, que variam desde a falta de clareza sobre o seu papel no cotidiano da ESF, até a ausência de instrumentos de avaliação e monitoramento para aferir a efetividade e resolutividade do seu processo de trabalho. “Trata-se de uma proposta recente no âmbito das políticas públicas e que possui ferramentas e formas de organização do trabalho inovadoras, não contando ainda com processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados” (LACMAN et al., 2013, p. 970).

Outra dificuldade evidenciada no trabalho do NASF está relacionada à cultura imediatista e curativa presente nos serviços de saúde. O predomínio da lógica curativa cria agendas lotadas de consulta em detrimento à valorização das ações coletivas, como os grupos e ações no território, que envolvem atividades preventivas e de promoção da saúde. Esse contexto tem

gerado frustração e angústia dos trabalhadores, visto que um dos desafios do NASF é romper com a reprodução da cultura do modelo tradicional da saúde (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; LACMAN, 2013; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Diante desses desafios, os gestores municipais no Rio de Janeiro criaram algumas orientações para nortear o trabalho, como a publicação da nota técnica por categoria profissional, guia para qualificar a regulação assistencial e a agenda padrão. Mesmo com as recomendações, o processo de trabalho do Núcleo torna-se extremamente complexo ao analisarmos o contexto político em que os trabalhadores estão inseridos, bem como as cobranças que permeiam o trabalho, como as metas e as questões que envolvem o vínculo de trabalho, precarização do trabalho e, conseqüentemente, a saúde dos trabalhadores.

Destaca-se neste contexto o modelo de gestão implantado no município a partir do contrato com as Organizações Sociais (OS), que marcou a expansão da APS para o desenvolvimento, execução das ações e serviços de saúde. Às OS também ficaram incumbidas a gestão do trabalho, estratégias de cuidado e a gestão dos recursos humanos. Assim, os contratos de trabalho são regidos, em sua maioria, vinculados às OS, assemelhando-se com a situação presente no nível nacional de precarização do trabalho nas políticas de saúde (HOBOLD, 2002; MARTINS; MOLINARO, 2013).

Percebemos que, as transformações do trabalho estão sendo cada vez mais influenciadas pelas formas de organização econômica. Junto a essas características, encontramos também a instabilidade de trabalho, propiciada pela flexibilização dos direitos que se expressam pelas formas de contratação. Isso traz em seu bojo insegurança e medo de perda do cargo/função remunerada. Todos esses aspectos se intensificaram a partir da perspectiva neoliberal, cujas conseqüências decorreram, principalmente, em função das mudanças relacionadas à desregulamentação do mercado de trabalho (HOBOLD, 2002; MARTINS; MOLINARO, 2013).

Esse quadro contínuo de precarização do atual modelo de acumulação capitalista é complementado por falta de investimento das políticas públicas, tendo repercussões diretas no desenvolvimento do trabalho e na saúde dos trabalhadores. Por vezes a associação entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores se mostra imperceptível ou de difícil visualização. É difícil encontrar o nexo entre a doença e o trabalho exercido, apontando aquela, como resultado deste. Faz-se necessário, para chegar a essa ligação, entender o processo de adoecimento no trabalho, suas interferências sociais e psicossociais, bem como o impacto nas condições de vida dos trabalhadores (MACAMBIRA; TEIXEIRA, 2017).

De acordo com Nascimento e Oliveira (2016), os profissionais do NASF têm

apresentado sofrimento com relação ao trabalho devido à própria rotina e os desafios impostos, como o número excessivo de famílias atendidas, rotatividade dos profissionais, alta demanda assistencial, ações programáticas de modo individualizado, cumprimento de metas numéricas, dificuldades na articulação com a rede intersetorial, entre outros aspectos. No município do Rio de Janeiro, soma-se a isso a violência no território, número de equipes de saúde da família apoiadas, sobrecarga de trabalho e precarização do trabalho.

Levando em consideração todos os desafios apresentados, esta dissertação de mestrado tem como objetivo analisar, na perspectiva dos trabalhadores do NASF no município do Rio de Janeiro, as relações entre o processo de trabalho por eles vivenciado e a sua saúde. Nesta pesquisa, utilizamos como referencial teórico o materialismo histórico e dialético e os elementos constitutivos do campo da Saúde do Trabalhador. Para a coleta de dados realizamos grupos focais com três equipes do NASF que atuam no município, a partir de uma perspectiva crítica-reflexiva. Assim, fornecer um espaço de fala dos sujeitos envolvidos nesse processo contribuiu para potencializar a visão crítica sobre seu trabalho e sua saúde.

As inquietações sobre o NASF estão presentes desde a realização da especialização em Residência em Saúde da Família pela pesquisadora, entre março de 2015 a março de 2017, o que levou à busca dessa investigação no mestrado, principalmente por causar diversas dúvidas e incertezas sobre prática profissional do Núcleo. No segundo semestre de 2017 a pesquisadora, já inserida no mestrado e desenvolvendo o projeto, inicia sua atuação profissional em uma equipe do NASF no município do Rio de Janeiro, o que contribuiu ainda mais no aprofundamento sobre o tema.

O desenvolvimento da pesquisa em conjunto com a experiência da prática profissional, aceleraram as inquietações sobre o processo de trabalho do NASF e a saúde destes trabalhadores no município, tendo em vista o desenvolvimento do processo de trabalho, o sofrimento dos trabalhadores, a precarização do trabalho e as diversas fragilidades estruturais pertinentes ao desenvolvimento da política de saúde. Diante disso, a construção deste estudo foi norteadada pela seguinte questão: De que forma os trabalhadores do NASF compreendem a relação entre o processo de trabalho e a sua saúde?

Para fins de organização, desenvolveu-se inicialmente uma discussão teórica sobre as principais bases que sustentaram a pesquisa sobre APS, NASF e o desenvolvimento das políticas de saúde no município do Rio de Janeiro, sublinhando o processo histórico que culminou na expansão e desenvolvimento do NASF. Em seguida, apresentamos o método adotado, evidenciando as principais categorias de análise, como também a descrição do cenário, participantes do estudo, procedimentos éticos e elementos utilizados para coleta e a análise dos

resultados.

Os resultados e discussão dos dados da pesquisa de campo, realizada com os trabalhadores do NASF, foram organizados em um capítulo, divididos em três grandes eixos analíticos. No primeiro subcapítulo, “O cotidiano de trabalho do NASF: ponderações a partir do real” foi apresentado o modo pelo qual o processo de trabalho é desenvolvido no município, a partir das atividades realizadas, elementos da padronização do trabalho, os desafios do trabalho em equipe e do trabalho intersetorial, a relação e o vínculo com o usuário e como a violência urbana interfere no trabalho. No segundo eixo, “O Rio de Janeiro continua lindo: especificidades do trabalho do NASF no município” foi descrito o vínculo de contratação por OS, rotatividade dos profissionais, período de greve, reorganização das equipes NASFs, demissões dos trabalhadores, entidade de direitos pelos quais os profissionais são representados, o contexto político vivenciado pelos trabalhadores e suas repercussões. No terceiro eixo, “Reflexões dos trabalhadores do NASF sobre sua saúde” foi discutido acerca das interferências do trabalho na vida pessoal, os sentimentos com relação ao trabalho e o processo de adoecimento dos trabalhadores.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O SUS

A política de saúde no país é fruto de intensas transformações ao longo da história. Considerando o processo de redemocratização a partir de 1980, observa-se que esse período foi marcado pela luta da sociedade civil em prol da democracia, visando a superação do regime ditatorial instaurado em 1964. Dentre os movimentos de luta pela redemocratização, encontrava-se o movimento em prol da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que lutava pela democracia, consolidação dos direitos sociais e cidadania. Apesar de ter surgido como um movimento para fortalecer a luta pela saúde, sua proposta era muito mais ampla e abarcava como elemento central a reforma de Estado (MENICUCCI, 2009; PAIM, 1992; SILVA, 2003).

A concepção da Reforma Sanitária possibilitou reflexões acerca das mudanças estruturais da saúde, desde o conceito de saúde até a formulação de serviços públicos de saúde e sua organização. Um marco desse período foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986, que possibilitou que essas reflexões se tornassem materiais da Conferência e que servissem para criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Na VIII Conferência, o conceito de saúde não foi considerado apenas um aspecto individual e a ausência de doença, opondo-se a lógica do modelo biomédico tradicional, trazendo em seu bojo uma nova compreensão de saúde, um novo paradigma, indicando as mudanças de práticas e alternativas para que a política se desenvolvesse numa perspectiva mais ampla, partindo de um conceito de saúde que englobe questões sociais, econômicas, familiares, culturais (MENICUCCI, 2009; PAIM, 1992; SILVA, 2003).

Com uma trajetória em construção permanente, foram criados em 1990 dois documentos que formam a sua base legal: a Lei Orgânica de Saúde (LOS) n° 8080/1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Esta lei regulamentou o SUS, definiu seus objetivos, atributos, princípios e diretrizes, como também questões relacionadas ao financiamento, o funcionamento do setor privado, entre outros aspectos relevantes. Neste mesmo período foi aprovada a Lei n° 8.142/1990, que dispõe sobre a participação popular no SUS e dos recursos financeiros (BAPTISTA, 2007; MATTA, 2007).

A partir da criação do SUS foi definido que o sistema público de saúde seria desenvolvido de modo organizado, em uma rede regionalizada e hierarquizada. Com a

regionalização é viabilizada a distribuição mais uniforme dos estabelecimentos de saúde, nos quais os serviços básicos estejam mais descentralizados e os serviços mais especializados se apresentem mais centralizados. A ideia é que esse tipo de organização garanta o atendimento integral da população, a partir do estabelecimento de níveis de atenção à saúde, independente da região do país, como também evite a fragmentação dos serviços de saúde (BAPTISTA, 2007; MATTOS, 2004; PAIM, 2015).

A lógica das mudanças na estrutura do serviço ecoa as transformações no foco de uma atenção à saúde, que orienta sua estrutura em um rol de padrões e técnicas para compreensão da integralidade, direcionada ao sujeito e suas reais necessidades, a partir da troca de saberes entre profissionais e usuários. Diante desse aspecto, a integralidade deve ser o eixo norteador da política de saúde e da organização dos serviços. Para Mattos, “Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos” (2004, p. 1414).

Com o propósito de condicionar a articulação das ações em saúde, o SUS foi organizado em três níveis de atenção à saúde que atendem a distintas complexidades: primário, secundário e terciário. A lógica introduzida diz respeito à realização dos atendimentos de acordo com a demanda dos usuários, para que esta seja respondida com a oferta de serviços daquele nível, ou seja, para casos de menor urgência a proposta é que possam ser resolvidos nos níveis locais, sem a necessidade de acionar serviços de alta complexidade, melhorando a eficiência e eficácia do sistema de saúde.

O nível primário engloba a porta preferencial dos serviços de saúde, são compostos por unidades ou postos de saúde, o nível que mais se relaciona com a realidade social da população e considerado estratégico para mudança no modelo de atenção à saúde. No segundo nível de atenção, entendido como média complexidade, estão os serviços que demandam profissionais especializados e aplicação de serviços tecnológicos, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). No nível terciário ou alta complexidade estão os estabelecimentos de alto custo e alta tecnologia, que realizam procedimentos mais invasivos e de maior risco à vida, como os Hospitais de grande porte (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

Nessa dissertação vamos nos debruçar sobre o primeiro nível de atenção, que vem se consolidando no decorrer dos anos como modelo estruturante da reorganização do SUS. A atenção primária em saúde se tornou elemento imprescindível para o desenvolvimento do cuidado em saúde, bem como para reestruturação das políticas de saúde.

2.2 A MUNICIPALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se por um conjunto de serviços individuais e coletivos de saúde de baixa densidade tecnológica. Ela é considerada o primeiro nível de atenção à saúde e, prioritariamente, o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, apresentando uma visão ampliada do contexto social e familiar, atuando nas condições de vida da população e mostrando-se eficaz na realização da prevenção de doenças e promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; LAVRAS, 2011).

No cenário internacional, a Declaração de Alma-Ata foi um dos principais marcos para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa declaração foi formulada na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). As propostas da Conferência influenciaram no desenvolvimento das políticas de saúde e no processo de municipalização da saúde no contexto mundial (ESCOREL et al., 2007; GIL, 2006).

No Brasil, as iniciativas de ações direcionadas a APS ocorreram a partir de 1990 e passaram a organizar os serviços de saúde, tendo como principais iniciativas a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). O PACS surgiu no nordeste com intuito de combater a mortalidade materna e infantil. Logo em seguida, baseado nessa experiência, foi criado o PSF direcionado para as áreas de maior vulnerabilidade social e aos poucos ganhou centralidade do governo, como a principal estratégia, considerado um divisor de águas na organização da atenção primária no país (BRASIL, 1997; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009; LAVRAS, 2011).

A partir de 2006, o PSF passou a ser denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), para afastar a ideia de programa, por ter como fundamento o caráter substitutivo do modelo de atenção à saúde. Além de ser um serviço que se caracteriza por estar mais próximo da população, ele viabiliza a ordenação dos cuidados e a articulação entre os níveis de atenção, quando necessário, visando o aumento da sua resolutividade ao cuidar de pessoas *in loco*, ao mesmo tempo em que oportuniza a racionalização do uso de tecnologias e recursos de custos mais elevados (BRASIL, 1997; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Ainda no ano de 2006, ocorreu a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, ampliando o escopo de ações da atenção básica, que destacou a Saúde da Família como a estratégia prioritária, com vistas a substituir o modelo que pressupõe o uso de tecnologias de alto custo e profissionais altamente qualificados, que atuam de modo compartimentalizado, fragmentando o cuidado por membros

do corpo ou pelas doenças (BRASIL, 2006).

A PNAB foi revisada através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, com intuito de preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, provendo cuidados integrais, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, caracterizando-se como porta de entrada principal, coordenadora do cuidado de forma compartilhada e ordenadora da rede de saúde (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2012a).

A atenção à saúde, que antes era determinada pela assistência médica, começa a ser redirecionada para o trabalho em equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. Essa lógica propõe a divisão de responsabilidades e associação de diferentes competências profissionais, através da equipe de Saúde da Família (eSF), composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS)¹. Tais equipes trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de usuários, cadastramento e acompanhamento das famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2012a; KATSURAYAMA et al., 2013).

Consideramos que o fortalecimento da APS é uma proposta imprescindível para reordenar a hierarquização do SUS. Segundo Sousa e Hamann (2009), aproximadamente 80% das demandas têm potencialidade de serem resolvidas na APS. Para isso, torna-se necessária cobertura municipal, estrutura adequada, funcionamento da referência e contra referência dos demais níveis de complexidade do sistema.

Dentre os desafios apresentados, podemos destacar a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e resolutividade da ESF. Para isso, faz-se necessária a inserção de outros profissionais para interagir e apoiar as ações das equipes de Saúde da Família, bem como colaborar nas ações integrais de forma articulada. Nesse contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) se estabelece como um dispositivo estratégico, visto que amplia o escopo das ações por meio do compartilhamento de saberes, além de ampliar a capacidade de resolutividade.

2.3 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

¹A composição da equipe citada diz respeito ao que foi estabelecido pela PNAB de 2011. A PNAB de 2017 estabelece outra composição de equipe, principalmente no que se refere à quantidade de ACS. Discussão apresentada no tópico Revisão da política nacional da atenção básica: conjuntura de reforma e precarização.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado mediante a Portaria GM nº 154, em 24 de janeiro de 2008, com o propósito de apoiar a ESF, ampliando sua abrangência, resolutividade, regionalização e territorialização. O NASF almeja qualificar e complementar o trabalho da ESF, por meio da atuação compartilhada, agregando práticas e ampliando o escopo da oferta de serviços (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

Neste sentido, o NASF busca superar a lógica proposta pelos modelos convencionais de assistência curativa, especializada, fragmentada e individual. Este Núcleo contribui para a corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de ações com caráter coletivo, que considerem a singularidade dos sujeitos envolvidos. As atividades do núcleo têm a pretensão de aumentar a qualidade do serviço prestado, com o desafio de contribuir para mudanças na cultura organizacional (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

O NASF desenvolve seu processo de trabalho por meio do apoio às equipes de Saúde da Família e não se configura como serviço que compõe a porta de entrada para os usuários. Deve atuar de maneira integrada às equipes mínimas, a partir da priorização das demandas identificadas entre as duas equipes. Assim, as intervenções do NASF serão realizadas com as equipes de Saúde da Família, previamente discutidas em reunião pelos profissionais de referência. Geralmente, para acompanhamento dos casos, utilizam-se ferramentas de trabalho que proporcionem a integração entre os profissionais – equipe NASF e equipe de Saúde da Família, visando o aprendizado coletivo. O atendimento direto individualizado pelo NASF acontecerá apenas em situações necessárias, visto que todas as tarefas desenvolvidas serão realizadas, prioritariamente, de forma articulada com as equipes de Saúde da Família e com a rede de serviço intersetorial (BRASIL, 2010; NASCIMENTO, 2015).

Esse núcleo é constituído por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território (BRASIL, 2014). Sua composição é definida de acordo com critérios prioritários pelas gestões municipais, tendo como possibilidade a contratação dos seguintes profissionais:

Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2014, p. 17).

A Portaria nº 154/2008, que estabelece a criação do NASF, considera duas modalidades de equipe: NASF 1, contendo cinco profissionais; e NASF 2, para municípios com densidade populacional abaixo de 10 mil habitantes, contendo três profissionais de nível superior. Nas normas seguintes, que tratam do NASF, a Portaria nº 2488/2011 e a Portaria nº 3124/2012 alteram a composição das equipes, que passa a ser definida por uma soma das cargas horárias dos profissionais que compõem cada modalidade. Dentre as três portarias daremos mais ênfase a de 2012, que está em vigor.

Como dito anteriormente, ela foi publicada pela Portaria nº 3.124/2012 com a redefinição dos parâmetros de vinculação das modalidades de NASF 1 e 2 e criação de parâmetros de atuação do NASF 3. Nessa portaria, foi determinado o número de equipes apoiadas pelo NASF 1, de no mínimo cinco e o máximo de nove. O NASF 2 deve apoiar de três a quatro equipes e o NASF 3 de uma a duas equipes de Saúde da Família. A composição da carga horária mínima da equipe do NASF varia de acordo com sua modalidade: 200 horas semanais para NASF 1; 120 horas semanais para NASF 2; e 80 horas semanais para NASF 3 (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2014).

Quadro 1 – Modalidades de NASF (Portaria nº 3.124/2012)

Modalidade de NASF	Nº Equipes de Saúde da Família apoiadas	Carga horária dos profissionais
NASF 1	5 a 9 equipes	Mínimo de 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 equipes	Mínimo de 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 equipes	Mínimo de 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

(BRASIL, 2014).

Apesar de ser relativamente recente, a quantidade de equipes de NASF implantadas no Brasil já é bastante significativa. Até julho de 2017 haviam 2.625, 894 e 1.071 equipes de NASF, respectivamente, referentes à modalidade 1, 2 e 3 (BRASIL, 2018).

Os profissionais que fazem parte do NASF devem atuar em nove áreas estratégicas prioritárias, formadas por: práticas integrativas e complementares; atividade física e práticas

corporais; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde da mulher; saúde da criança e do adolescente; serviço social e assistência farmacêutica. Com isso, o NASF realiza o apoio ao planejamento das intervenções aos usuários, desenvolve ações terapêuticas e educativas, de modo integrado nos diversos momentos do ciclo vital (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A estratégia de organização do processo de trabalho do NASF ocorre por meio da integração com as equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas do território. Essa integração deve se desenvolver a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites encontrados, contribuindo tanto para ampliar o cuidado desenvolvido pelas equipes apoiadas, como também para auxiliar na articulação com a rede de serviços, com vistas à continuidade do cuidado dos usuários (NASCIMENTO, 2015).

2.3.1 Apoio Matricial e as ferramentas de trabalho do NASF

A estruturação do NASF, distinta do processo desempenhado pelas equipes de saúde, é orientada pelo referencial teórico-metodológico, baseada nas propostas de Campos (1999) sobre Apoio Matricial. O termo ‘apoio’ remete à compreensão do apoio matricial, que se apresenta como uma forma de superar a lógica predominante, burocratizada e hierarquizada entre os profissionais, sejam especialistas ou generalistas. Isto significa dizer que, propõe a defesa da relação dialógica para orientar o trabalho interprofissional, como também a capacidade de resolver os problemas de saúde ao integrar o trabalho fragmentado e considerar as responsabilidades de diversos sujeitos envolvidos no processo (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Cabe destacar que o apoio matricial nasceu junto com experiências institucionais voltadas para transformar: o cotidiano, a distribuição de poder e a gestão dos serviços de saúde. Elas almejam democratizar a gestão e gerar maior compromisso com o cuidado, flexibilizando as tendências burocratizantes das instituições de saúde, em busca de superação de modelos mais hierárquicos e da regulação externa entre os técnicos (TESSER, 2017, p. 567).

De acordo com as ideias de Campos (1999), as equipes de referência, reconhecidas como as equipes mães, são responsáveis por realizarem o acompanhamento longitudinal da população adscrita no território, como é o caso das equipes de Saúde da Família. A equipe de referência tem o dever de coordenar a atenção do cuidado, é responsável por participar de todas as etapas das propostas terapêuticas, mesmo que exista uma rede de serviços mobilizada com

diversos profissionais para acompanhar um caso. “A equipe de referência é um rearranjo organizacional que busca deslocar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Diferentemente das equipes de referência, as equipes que realizam o apoio matricial, são constituídas por profissionais que não têm, necessariamente, vínculo com o usuário, ou seja, contato rotineiro e relação direta com o mesmo. Diante disso, no NASF, o apoio matricial pode ser compreendido através da dimensão assistencial e técnico-pedagógica. A primeira dimensão produz intervenção clínica direta ao usuário nas situações de maior complexidade e a segunda realiza o apoio educativo, troca de experiências e saberes entre as equipes. Uma dimensão complementa a outra e ambas podem se misturar na rotina profissional (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, a partir das demandas e necessidades identificadas a cada momento, o Nasf pode atuar tanto para apoiar as equipes na análise dos problemas e na elaboração conjunta de propostas de intervenção, quanto diretamente na realização de ações clínicas ou coletivas com os usuários, quando se fizer necessário, de modo integrado e corresponsável. Além disso, o Nasf também pode (e às vezes precisa) apoiar a organização do processo de trabalho das equipes apoiadas (BRASIL, 2014, p. 22).

Neste processo, a equipe de apoio matricial cria mecanismos para qualificar a capacidade do cuidado promovido pelas equipes de referência, de forma a compartilhar a reflexão da situação-problema e, por vezes, também aumenta o manejo para resolução de determinados problemas (CAMPOS; DOMITTI, 2007). “[...] Compartilhar ações inclusive por meio de “transferência tecnológica” cooperativa e horizontal, isto é, apoio pedagógico que progressivamente produz mais autonomia para as equipes” (BRASIL, 2014, p. 20).

Além do compartilhamento entre a equipe mãe e a equipe matriciadora, a lógica do apoio contribui para que os profissionais identifiquem as demandas que necessitam de compartilhar o cuidado com a atenção especializada, levando em consideração a gravidade do caso, a vulnerabilidade e o risco, por meio de serviços que fazem parte da atenção secundária de saúde, da assistência social, justiça, educação, entre outros (CAMPOS et al., 2014).

A realização do apoio matricial orienta-se por sua metodologia, mas sua prática será modificada de acordo com a necessidade do caso. Isso ocorre “[...] porque a clínica e o trabalho em saúde tem o caráter de práxis [...]” (CAMPOS, 2017, p. 104), ou seja, os profissionais se apoiam em uma técnica/teoria, mas a modificam conforme as singularidade e necessidades dos casos. Para que isso ocorra, os apoiadores precisam desenvolver capacidade reflexiva para planejar como aplicar o método de acordo com as especificidades de cada situação. “[...] Para isso, é fundamental que essa reflexão seja realizada de modo interativo com outros

trabalhadores e pessoas em cuidado” (CAMPOS, 2017, p. 104).

Tendo em vista essas mudanças, a proposta do NASF, articulada com as propostas do apoio matricial, contribui para o desenvolvimento da clínica ampliada que compõe o processo de trabalho. Isso contribui para que o usuário não seja reduzido ao recorte da doença, mas considerado como sujeito portador de outras necessidades, ao ampliar a atenção à saúde, evidenciando as dimensões sociais e subjetivas juntamente às biológicas. A clínica ampliada reconhece elementos como o desejo do outro no processo terapêutico, o que torna a prática menos enrijecida e prescritiva (CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS et al., 2014).

A clínica ampliada requer espaços coletivos de troca entre profissionais e equipes, para que possam refletir sobre os efeitos das práticas na relação entre profissionais e usuários, exercitando a capacidade de autoanálise e das intervenções construídas. A clínica ampliada é considerada uma diretriz de atuação fundamental no diálogo entre diferentes saberes e, “[...] sugere maneiras para integrar essas perspectivas em um método de trabalho que reconheça a complexidade e variabilidade dos fatores e dos recursos envolvidos em cada caso específico, seja ele um problema individual ou coletivo” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é reconhecido como um recurso da clínica ampliada para elaboração de um plano, acompanhamento e tratamento de um indivíduo, uma família, coletivo ou território. O PTS se constitui por um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, nos momentos de discussão de caso, a partir do compartilhamento de saberes interdisciplinares, espaços coletivos, autonomia dos usuários, através da corresponsabilização entre equipe/profissional e usuário/família (BRASIL, 2011a; NASCIMENTO, 2015). Campos afirma que, “Plano terapêutico ocorre somente quando há uma formulação coletiva de uma estratégia de planejamento bem estruturada, com diagnóstico, avaliação de risco, definição de ações e de responsáveis por realizá-las” (2017, p. 107) .

Diante disso, no PTS destaca-se a singularidade dos sujeitos, visto que eles fazem parte do processo de construção do seu projeto, para que sejam protagonistas e, ao mesmo tempo, corresponsáveis pelas escolhas e decisões. Geralmente se desenvolve nos casos entendidos como os mais complexos, que necessitam da equipe de referência, da equipe de apoio, da rede de serviços de saúde, de articulação intersetorial, do desempenho articulado de um conjunto de serviços juntamente com o usuário/família (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a).

Existem algumas dificuldades no desenvolvimento do PTS, são elas: falta de qualificação da equipe, a estrutura das reuniões, dificuldades da equipe na relação entre teoria e prática, sobrecarga dos profissionais, tendo em vista o número alto de demandas, alta rotatividade, fragmentação no desenvolvimento do PTS, a dinâmica proposta para as reuniões,

etc (BARROS, 2010 apud SILVA et al., 2013).

Outra ferramenta importante é a interconsulta, considerada um dos principais instrumentos de apoio matricial na APS. Através do próprio termo evidencia-se uma consulta que requer ligação, integração e colaboração entre profissionais, visto que se trata de uma forma de compartilhar o cuidado, qualificar a assistência e desenvolver competências técnicas. Existem diversos tipos de interconsultas que podem ser realizadas por meio de discussão de casos, visitas domiciliares e consultas conjuntas. Destaca-se dentre elas a discussão de caso, frequentemente a mais utilizada, que está sempre presente como parte do processo nas diferentes modalidades de interconsultas e se caracteriza como um importante pilar para o desenvolvimento de educação permanente (BRASIL, 2011a; NASCIMENTO, 2015).

No que se refere à discussão de caso podemos afirmar que ela,

Permite que a clínica e os problemas trazidos pelo usuário ou pela equipe sejam analisados pelos diversos ângulos, dentro de uma perspectiva interdisciplinar. É um espaço de troca em que os profissionais envolvidos partilham os diferentes entendimentos e questionamentos que tem do caso. Um aspecto muito positivo é a possibilidade de discutir as dificuldades pessoais dos profissionais com o paciente e sua situação (BRASIL, 2011a, p. 27).

Podemos compreender que o apoio matricial realizado pelo NASF compartilha as práticas desempenhadas pelos profissionais que compõem as eSF, no qual abrange tanto a dimensão clínica e sanitária quanto a pedagógica, como: consulta individual, consulta conjunta, visita domiciliar, participação em reuniões, discussão de caso, discussão de protocolos clínicos, educação permanente, construção de projeto terapêutico singular, intervenções no território, ações intersetoriais, entre outras (GUTIÉRREZ, 2014; NASCIMENTO, 2015).

Para que o apoio matricial se constitua como a principal estratégia de trabalho do NASF, torna-se necessário que todos os profissionais estejam envolvidos nas propostas, tanto o NASF, quanto as eSF. Isso requer um investimento no cotidiano de trabalho, direcionado aos processos de comunicação inter equipes e na construção de espaços democráticos, tendo em vista a consolidação do trabalho (BARROS et al., 2015).

2.3.2 Desafios no processo de trabalho do NASF

O NASF é uma inovação na política de saúde do Brasil, considerada uma lógica de trabalho pioneira. Os achados do estudo de Silva et al. (2012), demonstram que existe a expec-

tativa de que o NASF seja reconhecido como um dispositivo inovador, que contribui para potencializar ações das equipes de Saúde da Família e os desafios evidenciados no trabalho como a corresponsabilidade pelo cuidado e a interdisciplinaridade. Além disso, coloca-se no NASF a expectativa de ser o facilitador para aprimorar a articulação entre os diversos níveis de atenção da saúde, para qualificar o trabalho, aproximar a rede na promoção do cuidado, contribuir com a resolutividade e, assim, evidenciar os nós críticos da saúde da família.

No que tange ao trabalho do NASF, o estudo feito por Gonçalves et al. (2015) mostrou que os profissionais encontram dificuldades distintas para a operacionalização da proposta inicial. Com relação aos desafios, ressaltamos as inovações das ferramentas de trabalho.

Uma das maiores preocupações na implantação do NASF diz respeito a demanda por atendimentos na lógica ambulatorial individualizada. Caso isso se consolidasse como rotina e prioridade, o trabalho se assemelharia com o modelo tradicional de ambulatórios especializados e não com características de apoio matricial. Outra questão relevante que precisa ser explicitada está relacionada ao cuidado que se deve ter para não tornar o trabalho do NASF burocrático ou restritivo. Isso ocorre constantemente pela falta de entendimento dos profissionais no que se refere ao apoio matricial. Nesse contexto, torna-se imprescindível organizar o trabalho, planejar reuniões, construir agendas compartilhadas e equilibrar, de forma dinâmica, o conjunto de atividades a serem desenvolvidas a partir das demandas que se apresentam (GONÇALVES et al., 2015; NASCIMENTO, 2015).

Muitos dos profissionais contratados como NASF encontram dificuldades na atuação nos moldes de apoiador matricial. Existem também os desafios de desenvolver o trabalho em equipe, de desempenhar ações coletivas e compartilhadas, o que contribui para a continuidade de oferta de ações e a fragmentação do cuidado. Para Campos e Domitti (2007), esse processo aponta não apenas a fragilidade da equipe, como também a possibilidade de exposição individual do trabalhador, com relação aos aspectos técnicos, dificultando, inclusive, o seu engajamento.

Um estudo realizado por Lacman et al. (2013) explicitou as diferenças existentes entre equipes NASF e ESF como uma das dificuldades no processo de trabalho. Dentre elas, destaca-se a natureza dos trabalhos desempenhados, tendo em vista a formação dos profissionais, a dinâmica de trabalho, a produtividade, o compartilhamento do trabalho, entre outros aspectos. Com relação à formação dos profissionais, Nascimento e Oliveira afirmam que, “[...] a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais” (2010, p. 95).

Mesmo existindo documentos norteadores e diretrizes ministeriais explicitando o trabalho do NASF, a falta de conhecimento do trabalho por parte da maioria dos gestores, profissionais e usuários fazem com que o NASF assuma diversas formas em um mesmo município, principalmente os de grande porte. Isso tem gerado diversas dúvidas acerca de seu objeto de atuação, além de causar estresse e desgaste dos trabalhadores (LEITE; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2016; NASCIMENTO, 2015).

Por serem propostas novas, o trabalho do NASF ainda é pouco conhecido e, por isso, um dos seus desafios se refere à mudança na formação e nas práticas, pois implica em transformação de paradigmas consolidados nos serviços de saúde e nas relações interpessoais. A divulgação do trabalho e os esclarecimentos sobre aspectos referentes ao matriciamento são constantemente necessários, principalmente pelo fato de se tratar de uma lógica de trabalho que ainda está em construção e em processo de consolidação (GONÇALVES et al., 2015; LEITE; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2016; NASCIMENTO, 2015).

Mesmo com todos esses desafios colocados no processo de trabalho do NASF, este possibilita aos profissionais de saúde o aprofundamento no conhecimento sobre as ações realizadas, uma vez que o conhecimento de suas atividades incentiva o desenvolvimento e implementação da política. Portanto, destaca-se no processo de trabalho a valorização do apoio matricial, do trabalho interdisciplinar, como também a priorização pela promoção, prevenção e planejamento. Diante disso, tais Núcleos podem contribuir para construção de um novo modelo de organização dos cuidados no SUS, que responde diretamente a busca por atenção qualificada e singularizada aos usuários (GONÇALVES et al., 2015; LEITE; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2016; NASCIMENTO, 2015).

2.4 REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: CONJUNTURA DE REFORMA E PRECARIZAÇÃO

No cenário de reformas do Estado e precarização do trabalho, vivenciamos um momento de inúmeros desafios e retrocessos relacionados aos direitos e garantias sociais previstos na Constituição Federal de 1988. Presenciamos a reorganização da política conservadora no país, que se intensificou em 2016 após o impeachment da presidente Dilma Rousseff e sua substituição pelo, então, vice Michel Temer. Desde então, observou-se a aprovação de medidas ‘racionalizantes’ e o aprofundamento da mercantilização, por meio da ampliação do setor privado nas políticas públicas. Os direitos sociais historicamente adquiridos pela classe

trabalhadora são atacados mediante propostas de reformas supressoras (MENDES; JUNQUEIRA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Dentre elas está a proposta de Ementa Constitucional (PEC) 95/2016, que congela os gastos públicos por duas décadas e limita um teto para as despesas primárias. Com isso, os governos não são obrigados a alocarem recursos para o SUS, mesmo com o aumento do Produto Interno Bruto (PIB), implicando em perdas de investimento (MENDES; JUNQUEIRA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De acordo com Castilho, Lemos e Gomes (2017), o Estado tem restringido a implementação das políticas sociais e promovido o seu desenvolvimento a partir das medidas neoliberais de natureza conservadora, sob o discurso que prevê a racionalização dos gastos para superar o desequilíbrio fiscal e a crise econômica em detrimento da redução e precarização do sistema protetivo.

Para Morosini, Fonseca e Lima (2018), a conjuntura política e econômica incide sobre a desconstrução do SUS, com o incentivo e fortalecimento do setor privado como alternativa e proposta estratégica para as políticas de saúde. Nessa conjuntura, foi publicada em setembro de 2017 a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no Diário Oficial pela portaria nº 2.436/2017. O texto elaborado é composto por palavras como: “sugerir” e “recomendar”, que podem abrir um leque de alternativas e possibilidades pelo fato da política ter sido construída de maneira ambivalente, com a pretensão de ocultar escolhas e ideias sobre o processo de revisão.

Uma característica marcante da nova PNAB diz respeito às alternativas para a configuração e implementação do modelo tradicional de atenção básica, ou seja, unidades que não possuem ESF. Antes da nova PNAB, a ESF era a opção prioritária para o desenvolvimento da APS, porém, a partir da PNAB de 2017, as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica, conferem o mesmo grau de relevância. Isto significa dizer que, os dois tipos de equipe terão os mesmos recursos e as mesmas responsabilidades, ficando a cargo dos gestores municipais optarem pelo modelo que melhor atender as necessidades do município, a partir da especificidade locorregional (BATALHA; LAVOR, 2017).

Em relação ao papel da ESF, o texto da PNAB 2017 apresenta uma posição, no mínimo, ambígua. Ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB. Essa ambiguidade torna-se mais visível quando se analisam, em conjunto, certos elementos dessa política (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 18).

Uma das mudanças previstas pela nova PNAB se refere às equipes de Atenção Básica (eAB), compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, sem conter em sua composição um número fixo de agentes comunitários de saúde (ACS). Passa a ser permitida a diminuição do número de ACS nas equipes de Saúde da Família, podendo estar limitado a apenas um ACS por equipe, a partir da norma vigente. O número de ACS por equipe será definido de acordo com a base populacional e critérios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos. “Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 16).

As funções dos ACS também foram pauta de discussão, visto que, a partir da nova PNAB estes profissionais podem assumir funções como limpeza de curativos, aferir pressão e glicemia, antes atribuídas aos técnicos de enfermagem. Essas mudanças indicam a ênfase na atenção biomédica, que associam esses procedimentos citados acima à resolutividade, reduzindo as alternativas de produção da saúde e do cuidado a uma atenção clínica e medicalizadora (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Além disso, outra questão relevante se refere à fusão do agente de combate a endemias (ACE) e dos agentes comunitários de saúde (ACS) em uma categoria profissional. Isso possibilita a precarização e intensificação do trabalho, ao mesmo tempo em que se torna uma forma de corte de gastos, por meio da diminuição de postos de trabalho. De acordo com Morosini e Fonseca, “[...] Num contexto no qual a precarização do trabalho é uma realidade disseminada, diversificar e institucionalizar as formas flexíveis de contratação e organização do trabalho acentua a vulnerabilidade dos trabalhadores [...]” (2017, p. 02).

Vale destacar as mudanças do NASF, que teve sua nomenclatura alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)². As propostas de alterações são pautadas na ampliação do apoio, ao considerar as equipes de Atenção Básica “tradicional” e prestar serviços diretos a população. Diante dessa configuração, existe a dúvida e o questionamento com relação às prioridades do desenvolvimento do processo de trabalho do Nasf-AB. De acordo com Brocardo (2018, p. 28), “[...] Agora com a atual PNAB (2017), a ênfase se desloca para o atendimento individual sem, entretanto, deixar de considerar o apoio”.

As mudanças com a reformulação da PNAB comprometem o trabalho instituído pela ESF ao levarmos em consideração a abertura de possibilidades para precarização da APS, aprofundando o desmonte progressivo do SUS, que vem ocorrendo no bojo das reformas,

² Apesar da nomenclatura Nasf AB está em vigor desde a publicação da nova PNAB, optamos por manter a sigla NASF ao longo da dissertação, visto que as mudanças ocorreram após o início do desenvolvimento do trabalho.

visando a redução de custos e transferências constantes dos serviços públicos para o setor privado. Podemos perceber que, a formatação das propostas da nova PNAB vai de encontro com o modelo biomédico, centrado na lógica curativa. Morosini, Fonseca e Lima destacam que essa reconfiguração da política “[...] representa uma regressão em relação a esse propósito, criando as condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta” (2018, p. 19).

2.5 POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM CAMPO DE DISPUTAS

A APS no município do Rio de Janeiro revela uma trajetória permeada por detalhes que esclarecem várias questões, iniciativas e estratégias utilizadas para a consolidação desse nível de atenção no sistema de saúde. Para responder efetivamente às necessidades de saúde da população, os desafios para o desenvolvimento das políticas de saúde no município são enormes.

Dentre eles, destaca-se, inicialmente, a centralidade da atenção à saúde em complexos hospitalares, visto que o Rio de Janeiro contém o maior número de hospitais em um único município. Tal estrutura foi desenvolvida pela fusão do estado do Rio de Janeiro com o estado da Guanabara, além da cidade ter sido capital do Brasil até 1960. Outra característica relevante, relaciona-se com o fato do município ser um grande centro urbano, com 6.450.000 de habitantes, que corresponde a cerca de 40% da população total do estado. Com diferentes graus de desenvolvimento social e econômico, pela desigualdade na distribuição dos recursos disponíveis, os indicadores do município também são bem complexos, visto que apontam variações entre as diferentes áreas, pela existência de diversos aglomerados urbanos, que influenciam na diversidade de problemas epidemiológicos (OLIVEIRA, 2015; RIO DE JANEIRO, 2015b).

Diante desse contexto, o município do Rio de Janeiro iniciou, de maneira tímida, a implantação da ESF, por meio de iniciativas pontuais. O fato de o município ter contado com uma cobertura incipiente não significa dizer que este modelo de saúde não estava vigente em pauta desde a sua criação no âmbito nacional. A expansão da APS apareceu como proposta prioritária algumas vezes, contudo, a disputa política e ideológica do modelo hospitalocêntrico fez com que a lógica na centralidade hospitalar fosse priorizada por muitos anos (SILVA, 2015).

O discurso e defesa pela expansão da APS é reiniciada com a ascensão de Sérgio Arouca ao cargo de Secretário Municipal de Saúde, em 2001, que tinha como pauta prioritária a superação do modelo vigente e a necessidade de reorientar as práticas em saúde, por meio da

APS como eixo estratégico. Sérgio Arouca permaneceu no cargo por pouco tempo e suas propostas não passaram a diante e, entre 2001 a 2006, a ESF continuou se expandindo de maneira fragmentada e focalizada, sem ocupar destaque na agenda governamental (LIMA, 2014; SILVA, 2015).

Em 2005 o município entrou em crise político-institucional no setor da saúde. As dificuldades de negociação entre o município e o governo federal inviabilizaram as possibilidades de acordo, o que culminou na publicação do Decreto Presidencial nº 5.392 de março de 2005, declarando estado de calamidade no setor hospitalar do SUS no município do Rio de Janeiro (LIMA, 2014; SILVA, 2015).

Como forma de justificar a crise e a desorganização dos serviços de saúde, foi explicitado pelo nível federal, o baixo investimento na APS e ausência de investimento na expansão de cobertura da ESF. Com isso, durante os dois anos que sucederam a crise, ocorreu uma expansão significativa, com aumento da cobertura de 1,35% para 7,15%. Mesmo com esse avanço o desenvolvimento da APS ainda não fazia parte da agenda prioritária, tampouco com o direcionamento político do Rio de Janeiro (LIMA, 2014; SILVA, 2015).

Vale mencionar que, em 2008 o município possuía o menor financiamento público municipal e a mais baixa cobertura de equipes de Saúde da Família completa comparado às demais capitais brasileiras, como, por exemplo, São Paulo (26,6%), Belo Horizonte (71,5%), Porto Alegre (22,3%) e Curitiba (32,6%) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A partir de 2009, o município do Rio de Janeiro experimentou significativas mudanças, com relação à gestão do SUS, importantes medidas foram tomadas. A saúde foi uma das prioridades da gestão do governo municipal para o plano do desenvolvimento da ‘modernização da administração’. A proposta para tal modernização se baseou na Gestão de Alto Desempenho, pautada em três aspectos: foco em resultados, pragmatismo e disciplina. De acordo com Oliveira, “[...] ao invés de agir somente pela necessidade ou intuição, a Prefeitura passou a agir com método” (2013, p. 48). A ‘modernização da administração’ incluía todo planejamento da gestão, que tinha a intenção de retratar um município mais competitivo e modernizado, em busca da recuperação da economia e protagonismo político.

Com a justificativa de que a administração necessitava ser eficiente, eficaz e efetiva, a Câmara Municipal aprovou em 2009 a lei nº 5026/09, que dispõe sobre a qualificação das Organizações Sociais (OS), no município do Rio de Janeiro. As OS são entidades regidas pelo direito privado, com financiamento público, gerenciadas por instituições que compõem o terceiro setor, para os quais o estado realiza a transferência de suas atribuições mediante contrato de gestão. A partir disso, a administração pública do município firmou contrato com as OS,

marcando o início da expansão da APS, por meio do desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, como funções relativas à manutenção da infraestrutura, gestão de recursos humanos e assistência orientada por metas (LIMA; BRAVO, 2015).

Vale pontuar aspectos críticos que ainda são grandes desafios, como os questionamentos referentes à eficiência e transparência na escolha da gestão municipal ao transferir os serviços da administração direta para as OS. Nesse contexto, destaca-se a terceirização da gestão de recursos humanos dos serviços de saúde para OS, que ocorreu de modo mais expressivo no município do Rio de Janeiro. Segundo Castro (2015), 99% dos serviços existentes na APS do município em 2014 encontravam-se sob a gestão de OS (OLIVEIRA, 2015; SILVA, 2015).

Diante desse cenário político e econômico, foi iniciada a Reforma dos Cuidados Primários em Atenção Primária à Saúde (RCAPS), inspirada nos modelos de atenção à saúde adotados em alguns países da Europa, como Portugal e Inglaterra. A RCAPS ampliou o número de equipes de Saúde da Família no período de 2008 a 2015 de 163 para 860 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). A expansão da APS deu seguimento e, segundo os dados do Departamento de Atenção Básica, até novembro de 2017 o município contava com 1249 equipes de Saúde da Família com cobertura populacional de Atenção Básica estimada em 71,52% (BRASIL, 2018).

Em busca de qualificar e padronizar os procedimentos da APS, em 2010 a secretaria municipal de saúde criou o guia de referência rápida “Carteira de Serviços”, para direcionar o processo de trabalho dos gestores e profissionais da saúde, bem como para nortear as ações desempenhadas e garantir que todos os itens especificados fossem realizados na APS. As ações foram organizadas por linhas de cuidado em saúde e sua implantação foi incentivada pelo sistema de pagamento por desempenho (SALAZAR; CAMPOS; LUIZA, 2017).

Levando em consideração o método de pagamento por desempenho, torna-se imprescindível refletir acerca das mudanças no processo de trabalho em saúde, que estão associadas diretamente ao mercado no contexto neoliberal. O trabalho no campo da saúde tem se apropriado e desenvolvido por uma lógica baseada em um modelo de gestão, que prioriza metas quantitativas com critérios de produtividade e avaliação por desempenho. A incorporação desse método está relacionada às estratégias de flexibilização, que incentivam a individualização e competitividade, a partir da complementação salarial pela *performance* do trabalhador pelo alcance de metas (CARNEIRO; MARTINS, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Diante desses desafios é preciso avaliar os resultados do processo da reforma da saúde baseado em um modelo privatizante, que carrega consigo uma série de contradições e dúvidas relacionadas à gestão e aos resultados efetivos sobre as condições de saúde da população. Os próprios órgãos responsáveis pela fiscalização do acompanhamento do contrato de gestão com

as OS revelam alguns desses problemas. Os órgãos de fiscalização são compostos pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA) da Secretaria Municipal de Saúde, como agente interno; o Ministério público e o Tribunal de Contas do Município (TCM) como agentes externos (LIMA; BRAVO, 2015; SILVA, 2015).

A CTA tem o objetivo de acompanhar, monitorar e avaliar os indicadores de desempenho e metas, tendo em vista o repasse dos recursos financeiros a partir dos resultados alcançados. Todavia, constatou-se omissão da Comissão quanto às recomendações do Tribunal de Contas do Município, no que diz respeito à violação dos direitos trabalhistas, utilização de recursos indevidos, descumprimentos de contrato, repasse de dados falsos à Receita Federal, falsidade de pessoa jurídica, entre outros (LIMA; BRAVO, 2015; SILVA, 2015).

Portanto, cabe ressaltar que a reforma da APS no município sofre críticas pelas escolhas realizadas pela gestão e, principalmente, pela ausência de transparência pública. Com base na experiência da pesquisadora, podemos observar que, ao contrário do que foi defendido pela gestão municipal, o processo de trabalho se tornou mais burocratizado pelas metas quantitativas, que nem sempre consideram o trabalho qualitativo desempenhado. Os trabalhadores conduzem seu trabalho pelo alcance das metas, associando esse aspecto à garantia de estabilidade no emprego. Além de lidar com o medo da demissão, os trabalhadores vivenciam a crise da APS no município desde 2017.

2.5.1 Notas iniciais sobre o NASF no município do Rio de Janeiro

A implementação do NASF no município do Rio de Janeiro foi desenvolvida tardiamente. Enquanto em outros municípios o NASF começou a ser implantado logo após a sua criação, entre 2008 e 2009, no município do Rio de Janeiro as primeiras equipes surgiram em 2011. Segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), até o primeiro semestre de 2018 existiam 79³ equipes NASF, distribuídas pelas dez Áreas Programáticas (AP) existentes no município:

Quadro 2 – Equipes NASF dividido por Área Programática e Bairros no município do Rio de Janeiro

³ Com as demissões ocorridas em outubro de 2018 houve uma redução do número de equipes NASF, que será descrito no capítulo cinco sobre os Resultados.

(RIO DE JANEIRO, 2015c).

Pelo fato do município ter desenvolvido a saúde centrada no modelo hospitalar durante muitos anos, a expansão da APS trouxe diversos desafios, dentre eles o entendimento sobre a

Área programática	Bairros	Nº Equipes NASF
1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.	2
2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.	8
2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.	3
3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.	11
3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.	8
3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.	7
4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.	7
5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.	12
5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba	10
5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.	11

configuração do processo de trabalho. Isso se intensificou com a implantação do NASF pois mesmo existindo portarias e cadernos ministeriais seu processo de trabalho era pouco conhecido no município.

Na tentativa de aumentar a compreensão do trabalho do Núcleo, em 2016 a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), criou alguns documentos municipais do NASF como: Diretrizes de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Manual Instrutivo para auxiliar os profissionais no registro dos Prontuários Eletrônicos e o Ofício Circular nº 05/2016 com as Diretrizes de atuação do NASF. De acordo com o Ofício, a contratação dos profissionais deve ser realizada pelas OS com apoio da Coordenadoria Geral de Atenção Primária, a partir de critérios definidos, através do diagnóstico situacional, considerando a vulnerabilidade social do território e os documentos ministeriais (RIO DE JANEIRO, 2016a).

O planejamento e implantação das equipes são realizados pelas Coordenadorias de Áreas Programática (CAP) em que deve ser levado em consideração os critérios definidos para uma equipe NASF tipo 1, que promove apoio de 5 a 9 equipes de Saúde da Família. Além disso, cada CAP deve ter um profissional responsável para atuar como ponto focal do NASF da respectiva área (RIO DE JANEIRO, 2016a).

Outro ponto importante do Ofício diz respeito ao estabelecimento de uma agenda padrão para o NASF, a fim de facilitar e contribuir na organização do processo de trabalho. A agenda padrão foi organizada para estipular as ações dos profissionais e suas metas, baseada em um cálculo para profissionais que cumprem 40 horas semanais. A agenda seria um modelo ideal para os profissionais nortear a confecção de suas atividades, considerando principalmente a quantidade de todas as ações que devem ser desempenhadas semanalmente.

Quadro 3 – Agenda Padrão do NASF (Ofício Circular nº 05/2016)

Profissional	Nº turnos por semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C)	Meta Mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico	4	Atendimento Individual - 12	48	192
	1	Visita Domiciliar - 2	2	8
	2	Atividade Coletiva	2	8
	1	Reunião de equipe NASF /ESF	1	4
	0,5	Reunião de Equipe NASF	Não se aplica	2
	1,5	Análise e Planejamento	Não se aplica	6
Demais especialidades: nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, sanitaria.	4	Atendimento Individual - 8	32	128
	1	Visita Domiciliar - 2	2	8
	2	Atividade Coletiva - 1	2	8
	1	Reunião de equipe NASF /ESF	1	4
	0,5	Reunião de Equipe NASF	Não se aplica	2
Educador Físico/Programa Academia Carioca	1,5	Atendimento Individual - 2	4,5	18
	1	Visita Domiciliar - 1	1	4
	1	Atividade Coletiva - 1	1	4
	5	Atividade Física regular em grupo (*) – 2,5	12,5	50
	0,5	Reunião de equipe NASF /ESF - 1	0,5	2
	0,5	Reunião de Equipe NASF - 1	0,5	2
	0,5	Análise e Planejamento - 1	0,5	2
(*) Atividade Física Regular em Grupo: ação específica do educador físico realizada em grupo no âmbito das Unidades de Atenção Primária. Por isso, deve ter seu espaço delimitado para não haver conflito com as demais ações multiprofissionais. O Grupo de Atividade Física permite uma maior participação regular de pessoas no cotidiano do serviço de saúde e constitui-se como espaço de ação e educação em saúde para os demais integrantes do NASF/ESF.				

(RIO DE JANEIRO, 2016a).

A pesquisadora percebeu que, na prática, o modelo da agenda padrão foi bastante questionado entre os profissionais do NASF por não condizer com a realidade do seu processo de trabalho, principalmente no que tange às metas quantitativas. Além disso, existia uma série de entraves que não permitiam o desenvolvimento estrutural da agenda na prática, de acordo com o que foi preconizado pelas Diretrizes. Dentre eles, estão presentes a ausência de estrutura física (salas e computadores) nas unidades que as equipes atuam, dificuldades de compreensão

do trabalho do NASF regido pelo apoio matricial, o cumprimento dos critérios estipulados pelo Ministério da Saúde sobre o número máximo de equipes apoiadas pelo município, entre outros.

No ano de 2017, a Coordenação de Policlínicas e NASF (CPNASF), publicou a nota técnica de algumas profissões, dentre elas estão: fisioterapia, nutrição, psiquiatria, psicologia e serviço social. A nota técnica é um documento com recomendações sobre atendimento, instrumentos e ferramentas dos profissionais de tais categorias com objetivo de estabelecer parâmetros de atuação, de acordo com cada categoria que atua no NASF no município do Rio de Janeiro.

No mesmo ano foi publicado um novo Ofício Circular n° 004/2017 em 29 de agosto, sobre os Indicadores do NASF no município do Rio de Janeiro. Esse ofício informa os novos parâmetros a serem considerados na Agenda Padrão do NASF e revoga os parâmetros estabelecidos na Agenda Padrão NASF pelo Ofício Circular n.º 05/2016 (RIO DE JANEIRO, 2017).

Com base nesse novo Ofício, os indicadores do NASF possuem três dimensões do processo de trabalho, sendo elas: estrutura, processo e resultados. Com relação à estrutura, é orientado que o município propicie condições favoráveis às equipes NASF condizentes com as orientações das diretrizes nacionais e municipais. No que tange ao processo demonstra-se a possibilidade de avaliação do NASF tendo em vista o que foi preconizado na Agenda Padrão. De acordo com o Ofício, o objetivo dessa dimensão compreende:

[...] o acompanhamento das equipes NASF com destaque para os tipos de atividades realizadas, permitindo que o Apoiador NASF melhor identifique as dificuldades e necessidades para a realização do apoio; e a garantia da distribuição adequada entre atividades técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, possibilitando ampliação do escopo e aumento da resolutividade da APS (RIO DE JANEIRO, 2017, p. 02).

Com relação à dimensão resultado, tem como objetivo avaliar o trabalho do NASF a partir da promoção de contribuições para a APS, principalmente no quesito de resolutividade e qualidade nos encaminhamentos destinados à atenção secundária.

Na imagem a seguir, evidencia-se o novo formato da agenda padrão NASF, proposta pelo Ofício Circular n° 004/2017, considerando profissionais com carga horária de 40 horas semanais. A formatação permaneceu bem parecida com a anterior, com cálculo baseado em ações por turno, norteadas por metas quantitativas de produção.

Quadro 4 – Agenda Padrão NASF (Ofício Circular n° 004/2017)

Profissional	Ação	Nº turnos por semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C)	Meta Mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico	Atendimento Individual	5	8	40	160
	Visita Domiciliar	1	1	1	4
	Atividade Coletiva	1	1	1	4
	Reunião de equipe NASF /ESF	1	1	1	4
	Reunião de Equipe NASF	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	1,5	1	1,5	6
Demais especialidades: nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, sanitária.	Atendimento Individual	4	6	24	96
	Visita Domiciliar	1	2	2	8
	Atividade Coletiva	2	1	1	8
	Reunião de equipe NASF /ESF	1	1	1	4
	Reunião de Equipe NASF	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	1,5	1	1,5	6
Educador Físico/Programa Academia Carioca	Atendimento Individual	1,5	3	4,5	18
	Visita Domiciliar	1	1	1	4
	Atividade Coletiva	1	1	1	4
	Atividade Física regular em grupo (*)	5	2,5	12,5	50
	Reunião de equipe NASF /ESF	0,5	1	0,5	2
	Reunião de Equipe NASF	0,5	1	0,5	2
	Análise e Planejamento	0,5	1	0,5	2

(*) -Atividade Física Regular em Grupo: ação específica do educador físico realizada em grupo no âmbito da Unidades de Atenção Primária. Por isso, deve ter seu espaço delimitado para não haver conflito com as demais ações multiprofissionais. O Grupo de Atividade Física permite uma maior participação regular de pessoas no cotidiano do serviço de saúde e constitui-se como espaço de ação e educação em saúde para os demais integrantes do NASF/ESF.

(RIO DE JANEIRO, 2017).

Diante do breve contexto sobre a estruturação do NASF, podemos perceber um esforço por parte da gestão municipal em aperfeiçoar o trabalho do núcleo. Mesmo representando um avanço, temos que considerar que ainda existem muitos desafios no que tange ao processo de trabalho e a sua organização. Os documentos do município estruturam o trabalho do NASF de forma padronizada por procedimentos quantitativos. Percebemos que em nenhum documento descrito acima foram destacadas as propostas do apoio matricial e o desenvolvimento das suas ferramentas para aperfeiçoar o processo de trabalho. A estrutura do processo de trabalho segue a lógica produtivista atribuída às equipes de saúde da família.

Observa-se que, o desenvolvimento do SUS tem sido cada vez mais moldado por aspectos quantitativos em detrimento da valorização de características qualitativas. Podemos

constatar a expressividade dessa lógica pelos indicadores de saúde que, por vezes, são baseados por cálculos numéricos, sem considerar a qualidade e os seus efeitos. “[...] Há dificuldade para avaliar as intervenções qualitativas no cotidiano da prática em saúde, uma vez que os diversos instrumentos de avaliação e monitoramento historicamente utilizados pela gestão têm como foco a quantidade e não a qualidade” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 850).

De acordo com Silva et al. (2012), um ponto relevante evidenciado em uma pesquisa com trabalhadores do NASF, refere-se à ausência de indicadores que demonstrem a qualidade do serviço prestado à população, visto que na maior parte das vezes o serviço é avaliado por metas quantitativas, que não trazem à tona o impacto das ações desenvolvidas pelo NASF. Em contrapartida, devem ser elaborados indicadores que sejam vinculados à qualidade dos serviços, como o acesso, a resolutividade e a integralidade.

2.5.2 Crise na saúde municipal do Rio de Janeiro e os movimentos de luta dos trabalhadores

O prefeito eleito em 2016, opositor da gestão anterior que implementou o modelo de clínica da família, assumiu a cidade no início de 2017 após um ciclo de grandes eventos num contexto nacional de crise. Ao longo de sua campanha o prefeito prometeu manter os recursos da saúde e investir R\$ 250 milhões a mais por ano (LISBOA, 2017). Sem conseguir cumprir com as promessas realizadas ao longo da campanha, a gestão passa por uma crise orçamentária, que tem impactado na manutenção da política de saúde municipal, principalmente no que diz respeito às Clínicas da Família, visto que os repasses previstos para as OS não estão ocorrendo regularmente desde o segundo semestre de 2017 (MEDEIROS, 2017).

Diante desse contexto, em agosto de 2017 foi noticiado pelo jornal O Globo⁴ (01/08/2017) o fechamento de 11 clínicas da família e demissão em massa. Rapidamente a notícia foi disseminada e os profissionais da saúde contratados pelas OS, iniciaram reivindicações pela continuidade dos serviços. A rede de saúde se mobilizou pelo não fechamento das unidades e o movimento saiu vitorioso com a permanência das clínicas. Isso condicionou a criação da campanha “#NenhumServiçodeSaúdeaMenos”, por meio das redes sociais para o fortalecimento da mobilização e a socialização de informações entre trabalhadores e usuários. Inicialmente criada para pressionar a gestão contra o fechamento das

⁴ Reportagem realizada pelo O GLOBO no dia 01/08/2017, intitulada “Prefeitura do Rio pode fechar 11 unidades de saúde na Zona Oeste”. FONTE: <https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-do-rio-pode-fechar-11-unidades-de-saude-na-zona-oeste-21655030>.

clínicas, a campanha permaneceu ativa e conseguiu organizar mais de 200 manifestações pela cidade (DOMINGUEZ, 2017).

No entanto, o desmonte das políticas de saúde prosseguiu trazendo à tona a redução e falta de insumos, com a previsão no corte do orçamento de 2018 e atraso salarial. A partir de outubro de 2017 os médicos iniciaram greve e outras categorias profissionais aderiram com respaldo sindical, como os enfermeiros, assistentes sociais, músicos terapeutas, nutricionistas, psicólogos, saúde bucal, abrangendo trabalhadores que atuam nas clínicas da família e na saúde mental. Os trabalhadores em greve reivindicavam a recomposição do orçamento 2018, sem o corte e com o acréscimo dos R\$ 250 milhões prometido em campanha eleitoral; a recomposição do orçamento 2017; a apresentação de um cronograma de pagamento dos salários atrasados e a revisão das demissões (MEDEIROS, 2017).

Diante do cenário de crise, a prefeitura declarou que os problemas financeiros foram causados pela supervalorização das receitas realizadas na gestão anterior. Dessa maneira, a gestão realizou um corte orçamentário em todas as secretarias, inclusive o orçamento da saúde, com a redução de R\$ 560 milhões (MEDEIROS, 2017).

Ao ser questionado pela imprensa no final de novembro de 2017, o prefeito afirmou que a crise estava limitada as OS e clínicas da família, negando a crise na saúde municipal. Segundo Carlos Vasconcellos, diretor da Associação de Medicina da Família e Comunidade do Rio de Janeiro (AMFAC-RJ), a crise envolve todo o sistema de saúde pública, influenciada pela falta de prioridade da gestão, ausência de diálogo do prefeito com a população e com os trabalhadores. Além disso, Thomás Pinheiro da Costa, diretor do Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, valorizou a organização do movimento, dando total apoio à greve. Em entrevista, o diretor disse que a greve não teve como foco a luta salarial e sim a luta pelo SUS (DOMINGUEZ, 2017; MEDEIROS, 2017).

No início de dezembro de 2017, o prefeito realizou uma entrevista divulgada no portal G1⁵ (01/12/2017), em que afirmou que o pior momento da saúde passou. De acordo com Crivella, “A crise está passando, os piores momentos, graças a Deus, já passaram. E estamos repondo tudo, pagando salários e vamos vencer”.

O ano de 2018 iniciou com a continuidade da crise na saúde, com as incertezas na garantia do orçamento para o setor, com a falta de diálogo da gestão com os trabalhadores, com

⁵ Matéria publicada no G1 no dia 01/12/2017, intitulada: “Crivella diz que pior momento já passou na saúde do Rio”. FONTE: <https://g1.globo.com/tj/rio-de-janeiro/noticia/crivella-diz-que-pior-momento-ja-passou-na-saude-do-rio.ghtml>.

a falta de insumos, medicações e atraso salarial. Durante todo o ano as mobilizações continuaram, com os movimentos de greve por categoria e a organização dos trabalhadores pelo ‘Nenhum Serviço de Saúde a Menos’. No segundo semestre de 2018, a gestão municipal anunciou uma reorganização da APS com a intenção de reduzir custos, a partir de corte de profissionais e redução de equipes. O ano de 2019 deu continuidade com o contexto de precarização do serviço, atraso salarial e demissões.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, na perspectiva dos trabalhadores do NASF no município do Rio de Janeiro, as relações entre o processo de trabalho por eles vivenciado e a sua saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o processo de trabalho do NASF de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde;

Caracterizar o processo de trabalho do NASF sob a ótica dos trabalhadores;

Identificar os efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores do NASF.

4 MÉTODO

4.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento de uma pesquisa são requisitadas conceituações metodológicas pertinentes ao campo estudado. Neste caso, nos referimos às contribuições das ciências humanas, naturais e sociais, visto que a modalidade de produção de conhecimento deve estar alicerçada nas condições históricas e culturais. Com isso, os conceitos utilizados neste trabalho sobre saúde diz respeito a sua compreensão a partir de um processo social, cuja expressão leva em consideração o setor saúde e sua relação com a história, política, economia e cultural (MINAYO, 2006).

Torna-se imprescindível evidenciar o referencial teórico metodológico que sustenta o estudo, ou seja, a base de sustentação crítica e reflexiva sobre o objeto escolhido, bem como o posicionamento do pesquisador diante do campo de análise. Assim, o materialismo histórico e dialético e os elementos constitutivos do campo da Saúde do Trabalhador serão assumidos aqui como os faróis teórico/conceituais da metodologia deste estudo.

4.1.1 O materialismo histórico e dialético

Enquanto enfoque metodológico, o materialismo histórico-dialético busca compreender o ser social vinculado a uma concepção de vida, da realidade, partindo do pressuposto da existência material, concreta que pode ser racionalmente compreendida. De acordo com Minayo (2006, p. 65), “[...] o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real”.

Conceitualmente, a concepção do materialismo se refere aos aspectos materiais da existência humana, o termo histórico é pautado pelo entendimento da implicação do ser social no alcance dos condicionantes históricos e a dialética que diz respeito ao movimento contraditório produzido em diferentes contextos históricos (GOMIDE; JACOMELI, 2016).

O método materialista histórico-dialético caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade (PIRES, 1997, p. 87).

Tendo em vista o desenvolvimento do neoliberalismo e gerencialismo no processo das

políticas sociais, a partir de 1990, o materialismo histórico-dialético apresenta-se como o enfoque metodológico mais apropriado nas contribuições propostas nessa pesquisa. Logo, esse referencial é o que mais se aproxima com a análise pretendida, em virtude de possibilitar o reconhecimento histórico e social sobre questões relacionadas à saúde/doença. Além disso, a saúde do trabalhador é um tema comumente abordado em metodologias que envolvem a perspectiva dialética, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho em saúde (MINAYO, 2006).

Para isso, torna-se necessária a superação da aparência da realidade para atingir seu desvelamento, em busca da essência, a partir do entendimento do todo, sobre processos dos fenômenos estudados. A base desse pensamento advém do pensamento marxiano, reconhecido como uma ciência que visa a produção de conhecimento em uma perspectiva crítica para transformação da realidade social (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

O materialismo histórico-dialético, enquanto enfoque metodológico, busca explicar e apreender questões complexas da realidade, pelo fato de trazer consigo conflitos, contradições, transformações vivenciadas pelos sujeitos. Assim, suas categorias de análises dispõem de metodologias que correlacionam às nuances históricas com os contextos da estrutura social, possibilitando a análise das relações sociais e a maneira como os sujeitos interpretam a realidade (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

Portanto, o método de investigação materialismo histórico-dialético esboça criticidade e conscientização, tendo em vista que almeja a superação do senso comum, do pensamento dominante da sociedade. A perspectiva crítica, neste contexto, implica uma prática social, ou seja, uma práxis transformadora da realidade e, traz em seu cerne, uma ótica de mudança. Assim, esse referencial teórico atribui caráter histórico e político, na direção de formação de consciência e resistência para superar a aparência imediata dos fenômenos e atingir a essência, considerando a totalidade e a dinâmica, construídos historicamente (GOMIDE; JACOMELI, 2016).

4.1.2 O trabalho e o seu processo

Para uma melhor compreensão a respeito do termo processo de trabalho, a partir da perspectiva marxiana, faz-se necessária a apreensão da categoria trabalho. Dando eco a Marx (2008), o trabalho ganha materialidade a partir da ação dos homens sobre a natureza e traz como fator principal a transformação da natureza, realizada de modo intencional. Essa transformação é considerada algo peculiar do ser humano, visto que pode exercer diversas funções e sensações,

desde satisfação e riqueza, até exploração, sofrimento e doença (NETTO; BRAZ, 2010). Nessa esteira, não existe ser social sem o ato do trabalho, ainda que na sociedade capitalista, o trabalho se expresse de forma particular.

O trabalho enquanto ação do trabalhador pressupõe uma atividade orientada a uma finalidade, ou seja, homens e mulheres antecipam o significado da ação, sendo ela consciente e planejada. Nesse processo, o ser humano não transforma apenas a natureza, ele também transforma a si mesmo, constituindo-se como ser social e construindo sua própria história. É essa consciência existente no trabalho humano que determina o rompimento do homem com a reprodução biológica. Ele, enquanto ser social, transforma a matéria natural de modo divergente do que é realizado pelos animais, pela intencionalidade que coloca no trabalho e, nesse processo, desenvolve as relações sociais (NETTO; BRAZ, 2010).

Para Marx (2008), o processo de trabalho possui elementos próprios que são necessários para atividade condicionada a uma intencionalidade, para a produção de valores de uso. De acordo com Antunes, “Os elementos simples do processo de trabalho são as atividades orientadas a um fim ou o trabalho em si mesmo, seu objeto, seus meios” (2004, p. 31). Sendo assim, o objeto se constitui a partir da matéria sobre a qual o trabalho é exercido, podendo configurar-se como um elemento preexistente na natureza – terra, água, árvores – como também matéria-prima, ou seja, quando o objeto já passou por alguma transformação mediada pelo trabalho. Os meios de trabalho são os instrumentos e, proporcionam ao homem a apropriação da natureza para sua satisfação. Eles são concebidos como “[...] uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 2008, p. 203).

Segundo Laurell (1978), em relação ao objeto de trabalho ou à matéria-prima, deve ser levado em consideração os aspectos biológicos, físicos e químicos, visto que estes podem provocar risco à saúde dos trabalhadores. No que se refere aos instrumentos de trabalho, a autora afirma que deve ser considerado o modo como o instrumento vai mediar a interação do sujeito com o objeto de trabalho. Nesse caso, ocorrem implicações relativas aos riscos em que o sujeito está exposto, à autonomia que ele possui sobre suas atividades e ao esforço físico inferido.

Dentre estes aspectos, a força de trabalho se destaca por ser a mais valiosa pela sua relevância no processo, visto que o desenvolvimento e a transformação dos meios e dos objetos de trabalho estão diretamente ligados a ela. Diante desse percurso, será a força de trabalho, ou seja, o trabalho vivo despendido em tempo excedente ao necessário para a produção da mercadoria que vai atribuir um valor final. Isto significa dizer que a exploração da força de

trabalho que valorizará a mercadoria. Esse modo de produção assume formas necessárias para a realização do processo de trabalho, tendo em vista que sua existência depende da força do trabalhador livre que a vende por um determinado período de tempo em troca de um salário.

Moraes et al. (2010) afirmam que quando ocorre a relação de compra e venda da força de trabalho, o capital é incorporado no processo de produção, valorizando o capital inicial com a produção de mais-valia. Ou seja, o aumento do capital se realiza com a produção de um valor excedente, que caracteriza o processo de produção da mais-valia. A sua produção aparenta ser apenas uma consequência do processo de produção de mercadorias, todavia, constitui a base do processo das relações capitalistas.

Além desse processo, a partir da introdução de maquinários, ocorre a acentuação do trabalho e, conseqüentemente, a intensificação da exploração e o controle sobre a força de trabalho. O advento da maquinaria representou a “base técnica” ao processo produtivo, resultando numa perda gradativa da importância atribuída ao ofício manual e à habilidade do trabalhador. Isso significa dizer que, dentre as características no modo de produção capitalista, no que diz respeito à força de trabalho, ocorre o controle do trabalhador por parte do capital (ANTUNES, 2006; PINTO, 2007).

Ao trabalhador não cabe pensar sobre sua maneira de agir e sim colocar em prática o que lhe foi determinado, pois outros já delimitaram previamente os procedimentos necessários. De acordo com Marx (2008), a alienação do trabalhador ao seu próprio trabalho foi realçada devido o crescimento da compartimentalização no trabalho, em que o trabalho vivo (trabalhador) é cada vez mais substituído pelo trabalho morto (máquinas, tecnologias). A partir do desenvolvimento dos modelos de produção, além de valorização da especialização centralizada na gerência, há a inserção do trabalho-morto, como elemento mais importante no processo de produção, inclusive pela sua capacidade de intensificar o trabalho (BRAVERMAN, 1977).

Dentro desse contexto, é produzida uma forma de organização do trabalho caracterizada pela crescente subproletarização, ou seja, processo de precarização, em que os trabalhadores são constantemente ameaçados pela possibilidade do desemprego, uma vez que suas habilidades são consideradas substituíveis perante a inovação tecnológica.

Tais efeitos são responsáveis pela maior submissão ao trabalho e pela redução das possibilidades de resistência por parte dos trabalhadores. Nessa conjuntura, os movimentos de lutas sindicais são afetados pela fragmentação, principalmente pelo fato da organização do trabalho instaurado provocar uma crescente individualização nas relações de trabalho e no próprio reconhecimento do trabalhador perante as formas de organização e reivindicação

(ANTUNES, 1995).

Nesse sentido, a categoria processo de trabalho se torna uma ferramenta teórica crítica para análise das condições relativas ao processo saúde-doença do trabalhador. Laurell (1978) destaca que, o conceito processo de trabalho é pertinente para entender o elo entre trabalho e saúde, uma vez que especifica a relação entre o trabalho, os instrumentos de trabalho e o objeto de trabalho, como também mostra a possibilidade de pesquisar a historicidade do trabalho.

A apropriação da categoria processo de trabalho não só problematiza todas essas questões explicitadas acima, como também possibilita contestar concepções hegemônicas presentes nas discussões de saúde-trabalho, como a perspectiva da uni ou multicausalidade que não consideram as condições históricas e sociais. Portanto, torna-se imprescindível compreender o processo de trabalho como categoria explicativa que se insere nas contradições e que marca as relações sociais de produção existentes entre capital e trabalho, pelos meios de produção e na apropriação do produto, concretizado pelas diferentes maneiras de controle e exploração no processo de produção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

4.1.3 Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador foi desenvolvida historicamente sem reverenciar a neutralidade científica. O próprio termo traz no seu bojo a concepção que não se baseia na administração, na empresa ou na produção, mas nos trabalhadores. Dessa maneira, para compreender toda a conjuntura e desenvolvimento do campo, torna-se imprescindível conhecer o processo histórico e os diversos métodos e técnicas utilizadas desde a medicina do trabalho, passando pela saúde ocupacional até a saúde do trabalhador.

A relação entre trabalho e saúde/doença ganha ênfase a partir do advento da Revolução Industrial, em que o trabalho fabril impõe um novo formato aos ambientes, caracterizados insalubres e com jornadas exaustivas de trabalho. Esses e outros fatores favoreciam a ocorrência de acidentes de trabalho e proliferação de doenças. Nesse contexto, surgem as origens da Saúde do Trabalhador que se relacionavam à medicina do trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

A medicina do trabalho passa a ser compreendida como especialidade médica, com intuito de identificar os efeitos do trabalho sobre a saúde e, ao mesmo tempo, uma espécie de braço do empresário para acelerar a recuperação do trabalhador e promover o seu retorno à linha de produção. Diante disso, os empresários introduziram profissionais médicos dentro das fábricas, a partir de uma visão estritamente biológica e individualizante, buscando as causas das

doenças e acidentes com a intenção de que os trabalhadores adoecessem menos e produzissem mais. Esse modelo tinha como interesse oferecer respostas medicalizadoras sobre os efeitos do trabalho para garantir a manutenção da produção (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A expectativa que se tinha era de ajustamento do trabalhador ao trabalho na perspectiva de manutenção da sua saúde, influenciados pelo pensamento mecanicista da medicina científica. No advento do Taylorismo/Fordismo, a medicina do trabalho era vista como uma forte aliada na intensificação da produtividade e exploração da força de trabalho, dado que contribuía na seleção da mão-de-obra menos ‘defeituosa’ e no controle da saúde-doença dos trabalhadores que fossem empregados. Aqui, o trabalhador é entendido como objeto de ação (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O contexto histórico da evolução do modelo de medicina do trabalho para saúde ocupacional foi o período do pós-guerra, cujas condições de trabalho eram adversas e precárias, somadas à pressão pela intensidade da produção que almejava a recuperação da economia. A saúde ocupacional se estabelece centrada na higiene e nos riscos ambientais do trabalho. Ela surge como estratégia de intervenção direcionada aos locais de trabalho, relacionando ambiente e o corpo do trabalhador, com a integração de teorias da multicausalidade (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Nessa perspectiva, as causas do trabalho sobre a saúde seriam sucedidas pela interação entre o corpo e fatores de risco presentes no ambiente. A saúde ocupacional continua obedecendo a lógica de produção e seu modelo mantém o referencial da medicina do trabalho, além de não conseguir concretizar a sugestão de interdisciplinaridade nem acompanhar o ritmo acelerado das transformações dos processos de trabalho. Também continua abordando os trabalhadores como objetos das ações de saúde, mantendo-se restrito ao âmbito do trabalho sem grandes avanços para a saúde (MENDES; DIAS, 1991).

A insistência desses modelos – medicina do trabalho e saúde ocupacional – provocou reações dos trabalhadores que questionavam as formas de tratamento realizadas de uma maneira isolada e descontextualizada. A reflexão sobre as limitações dos modelos vigentes condicionou o surgimento de novas maneiras de pensar e agir na relação entre trabalho e saúde, nas intervenções, nos ambientes de trabalho e nas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde do Trabalhador se estabelece como modelo teórico e complexo, inserindo-se nas relações entre saúde e trabalho, a partir de uma ótica que considerava diversos aspectos como a promoção, prevenção, vigilância sanitária e os trabalhadores. A construção do

referencial teórico nasce no bojo dos movimentos sociais nos países industrializados, que surgiram em 1960 e começaram a contestar, com maior ênfase, o uso do corpo e o significado do trabalho (LACAZ, 1997; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Diante disso, comparando a medicina do trabalho e saúde ocupacional, com a Saúde do Trabalhador, podemos destacar que uma das principais diferenças foi a participação ativa dos trabalhadores como sujeitos da ação e não mais como objetos de intervenção. O trabalhador passa a ser compreendido como um ser capaz de pensar, refletir e produzir experiências, ou seja, sujeitos da ação que podem contribuir na busca pelo controle das condições de saúde. Foi fundamental a superação da visão de passividade dos trabalhadores, conferindo-lhes a posição de “[...] sujeitos políticos, coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras” (MINAYO-GOMEZ, 2011, p. 27).

Com relação ao processo saúde-doença, os trabalhadores têm por intuito alcançar o controle sobre condições e ambientes de trabalho para que possam modificar essa relação e torná-la mais saudável, considerando que esse processo avança lentamente e exige, para seu desenvolvimento, organização política e social da sociedade. Neste contexto, os trabalhadores buscam reconhecimento e protagonismo ao questionarem mudanças no processo de trabalho, principalmente as que representam algum tipo de risco à saúde (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ, 2011).

Seu marco referencial, conceitual e metodológico permanece em constante construção, tendo como compromisso as transformações da situação de saúde dos trabalhadores, que pressupõe um posicionamento político e ético. Também tem por intenção atingir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, de uma maneira completa, partindo de um conjunto de ações que ultrapassem a perspectiva de saúde-doença no trabalho e contemple a promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência aos trabalhadores, vigilância das condições de trabalho e saúde, controle dos agravos à saúde, dentre outras (LACAZ, 1997; MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Mesmo em permanente construção epistemológica, a Saúde do Trabalhador tem como centralidade o estudo do processo de trabalho, para explicar o adoecer e morrer, enfatizando as problemáticas relacionadas aos trabalhadores. A partir desse olhar, o trabalho é compreendido como “[...] o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico” (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

Isto significa afirmar que, a base fundamental da Saúde do Trabalhador se constrói por meio do “compromisso com a mudança no quadro de saúde da população trabalhadora, que supõe desde o agir político, jurídico e técnico ao posicionamento ético” (MINAYO-GOMEZ;

THEDIM-COSTA, 1997).

4.1.4 Repercussões do trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva

A política de saúde se desenvolve no setor de serviços e possui seu processo de trabalho constantemente modificado, de acordo com as mudanças sociais e econômicas na sociedade. Diante disso, este tópico tem o intuito de realizar uma breve contextualização das mudanças dos modelos produtivos do fordismo e acumulação flexível, evidenciando as transformações no mundo do trabalho e trazendo em destaque o setor saúde.

Os anos dourados, iniciados após o final da Segunda Guerra Mundial, constituíram uma fase do capitalismo caracterizado pelo seu crescimento e desenvolvimento, com a elevação das taxas de crescimento econômico, poder dos sindicatos, altos salários, intervenção do Estado, entre outros aspectos relevantes. Nesse período, o fordismo constituía-se como modelo predominante que tinha como principais premissas a produção em massa, ou seja, em grande quantidade de produtos padronizados. Baseava-se na crescente escala de fabricação, reduzindo os custos da produção e introduzindo o consumo em massa (ANTUNES, 1995; HARVEY, 1992; PINTO 2007).

A partir do final da década 1970 o padrão fordista começa a ser questionado diante das formas de produção, principalmente pelo modelo de produção em massa sem considerar as demandas do mercado. Frente a um cenário de crise, considerando a superação da instabilidade econômica, novas formas de produção entraram em cena, como a acumulação flexível. O trabalhador, que no fordismo realizava apenas uma única função, passa a ser cobrado à realização de múltiplas funções. O esgotamento dos modos de produção padronizados fordistas foram substituídos pela reestruturação produtiva, caracterizada por uma produção mais flexível, a fim de satisfazer as exigências do mercado. Ocorre a substituição para um modelo que acompanhava as mudanças de consumo, substituindo grandes corporações que produziam desde a matéria-prima até o produto final para um modelo mais versátil, capaz de se adaptar às mudanças e responder às demandas (TEIXEIRA, 1998).

Em virtude disso, novas demandas são exigidas à gestão e organização no trabalho na saúde, visto que o processo de desregulamentação das relações de trabalho foi se intensificando de acordo com a tendência ao aumento de serviços terceirizados, incorporados pelo Estado. Para Pires (1998), a terceirização “[...] tem surgido, frequentemente, nas discussões sobre os rumos da organização dos serviços e sobre saídas para a crise financeira do setor” (p. 117).

Nessa conjuntura, torna-se imprescindível discorrer sobre os princípios inerentes que influenciam o mundo do trabalho na área da saúde pública. A partir de 1990, diante dos ditames da reestruturação produtiva, a estrutura de planejamento, organização e gestão do trabalho passou por transformações significativas na sua relação com o mercado e a sociedade. De acordo com Pires (1998), a saúde pública apresentou elementos específicos, principalmente no que diz respeito às formas de organização institucional, influenciados pela gestão taylorista/fordista.

Além disso, Pires (2000) destaca uma série de elementos da reestruturação produtiva que influenciaram a área da saúde pública. Dentre eles encontramos a introdução de novas tecnologias, redução de concursos públicos, crescimento da terceirização, redução salarial, exigência da produtividade, diminuição dos salários e fragmentação do trabalho.

O conjunto de transformações no trabalho no setor público está em consonância com a reforma do Estado, realizada a partir das contribuições de Bresser-Pereira (1998), desenvolvidas no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) entre 1999 - 2002. Essas iniciativas se concretizaram por meio de um documento oficial intitulado Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), realizado pelo Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE).

Bresser-Pereira pontua alguns caminhos para a concretização da reforma do Estado, tais como: reformas econômicas direcionadas para o mercado, as privatizações; ajuste fiscal de longo prazo; política industrial direcionada ao fortalecimento da competitividade; reforma da previdência social, reforma do aparelho do Estado. Estas orientações da reforma tinham no cerne do discurso o alcance da eficiência da administração pública (BEHRING, 2003).

A partir da reforma do Estado são diferenciados quatro setores: as atividades exclusivas, que o Estado realiza exclusivamente; o núcleo estratégico que formula as políticas públicas; o setor de bens e serviços para o mercado; e, por fim, o setor de serviços não-exclusivos que englobam educação, saúde, cultura e pesquisa científica, cuja execução o Estado transfere ao setor privado ou ao setor público não estatal (BRESSER-PEREIRA, 2000). “Trata-se da produção de serviços competitivos ou não-exclusivos do Estado, estabelecendo-se parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução” (BEHRING, 2003, p. 178).

A expansão da terceirização no setor estatal é uma questão central da proposta da reforma gerencial, tendo em vista que esta modalidade de contratação deve desenvolver-se por meio das atividades não-exclusivas do Estado, a fim de que sejam desempenhadas pelo viés da

competitividade, similar ao setor privado de serviços, através de contratação que condicione aumento na produção com menor custo (BRESSER- PEREIRA, 1998).

Os argumentos do governo defendiam a necessidade da reforma do Estado, visto que, para eles, a crise era causada por sua ineficiência. Dessa maneira, a reforma viabilizaria a transição de uma administração burocrática para uma administração gerencial flexível e eficiente (BRESSER-PEREIRA, 2000). “O Plano prevê uma estratégia de transição da “reforma” do Estado e do aparelho do Estado em três direções: a mudança na legislação, inclusive as reformas constitucionais; a introdução de uma cultura gerencial e, por fim, a adoção de práticas gerenciais” (BEHRING, 2003, p. 183).

Os novos arranjos jurídico-institucionais estabelecidos por esta reforma no país desvelam-se decisivos para a constituição das relações de trabalho no setor público, no qual existe o aprofundamento das situações de desenvolvimento e expansão da precarização nas relações de trabalho. Assim, as mudanças provocadas pela reorganização do aparato estatal englobam, desde as reformas em curso, como é o caso da reforma da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) aprovada em 2017, até as inovações na gestão da força de trabalho. Diante desse panorama de estruturação do projeto neoliberal, o trabalho e a classe trabalhadora foram os que tiveram os maiores impactos. Dentre eles estão: o crescimento da informalidade, fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, desregulamentação das leis trabalhistas, crescimento do desemprego e a precarização das formas de contratação (FILGUEIRAS, 2006).

No setor público, os governos – municipal, estadual e federal – viabilizam até os dias atuais as propostas nos moldes do PDRE. Temos que considerar que os interesses privatistas no SUS estão em vigor desde a sua criação. Isso traz como consequência a dificuldade da sua consolidação enquanto um sistema de saúde público, universal e de qualidade, sendo que, a todo o momento, surgem fatores que ameaçam a sua permanência e desenvolvimento de acordo com que está previsto na Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080/1990.

Notam-se, nesse contexto, algumas tendências de modalidades de trabalho na saúde pública, tais como os contratos de gestão, indicadores de desempenho, assim como a política de recursos humanos, sob a lógica empresarial e a diminuição do número de vagas nos concursos públicos, contribuindo para o aumento de contratos temporários e precários (BRESSER-PEREIRA, 2000).

A expansão dos serviços no SUS ofertados por meio de contratos com Organizações Sociais (OS) confirma uma forte tendência neste sistema de ampliação de serviços e procedimentos de caráter privado na assistência à saúde. Atribui-se as OS, a tarefa de executar, mas

não de formular as políticas, sendo uma de suas características a contratação de pessoal nas condições de mercado (PIRES, 1998).

Na conjuntura em que políticas neoliberais capturam o campo da saúde, as mudanças no processo de trabalho trazem consequências negativas à saúde dos mesmos, provocando adoecimento físico e emocional. Portanto, em decorrência da reforma gerencial, se tratando do setor saúde, as relações de trabalho trazem em seu bojo questões complexas, visto que progride a desregulamentação do trabalho, ao mesmo tempo em que se desenvolve o seu processo de precarização, afetando negativamente não somente o processo de trabalho, como também a saúde dos trabalhadores (ABRAMIDES; CABRAL, 2003; PIRES, 1998; WUNSCH; MENDES, 2015).

Essas transformações do trabalho ampliam e intensificam o quadro de doenças e riscos de acidentes nos ambientes de trabalho. A partir desse contexto, observa-se o aumento do número de doenças ocupacionais como Lesões por Esforço Repetitivo e Distúrbios osteomoleculares (LER/Dort), além das doenças relacionadas à saúde mental (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Outras características do trabalho trazem reações ao trabalhador que afetam diretamente sua saúde. Fazendo eco a Abramides e Cabral,

A precarização das relações de trabalho com demissões constantes, trabalho por tempo determinado, desemprego, terceirização, quarteirização, perda de direitos sociais e trabalhistas são expressões de um conjunto de efeitos das relações de trabalho sobre a saúde do trabalhador, como estafas, fadigas, ansiedades e insegurança permanente, dores lombares e generalizadas, distúrbios emocionais, dentre outros (2003, p. 09).

De acordo com Seligmann-Silva (2003, p.1158) o desgaste mental ou sofrimento psíquico é o “modo pelo qual a interação do trabalhador com esta situação (situação de trabalho) repercute na subjetividade do mesmo, suscitando vivência de sofrimento”. Heloani e Capitão (2003, p.106) discorrem que o sofrimento mental se dá em razão da organização de trabalho taylorista, isto é, “[...] da divisão do trabalho, do conteúdo da tarefa, do sistema hierárquico, das modalidades de comando, das relações de poder, etc”. A vida perde uma parcela de sentido no trabalho, ocasionando marcas de sofrimento, tanto no corpo, quanto na mente do trabalhador.

O processo de trabalho fracionado em procedimentos nos serviços de saúde afasta o trabalhador do resultado do seu trabalho. Campos (2002) afirma que o sofrimento remete ao distanciamento entre o trabalhador e produto do trabalho, no que diz respeito ao processo de estranhamento do trabalhador do produto do seu trabalho e de si mesmo. Vieira e Cordeiro (2005) asseveram que esse distanciamento ocorre no dia a dia de trabalho no ESF, como uma

das principais causas do sofrimento psíquico do trabalhador.

Esse processo de trabalho contraditório que envolve a APS é imprescindível para o presente trabalho, pois se traduz em conflitos e desgaste para o trabalhador frente a essas mudanças na organização do trabalho, sintetizado na pesquisa realizada por Glina et al. (2001, p. 614),

De maneira geral, pode-se afirmar que quanto menor a autonomia do trabalhador na organização da sua atividade, maiores as possibilidades de que a atividade gere transtornos à saúde mental. Novas formas de organização do trabalho, novas tecnologias e a precarização do trabalho trazem o temor do desemprego e a intensificação do trabalho.

4.2 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa apresenta-se como estudo qualitativo de caráter exploratório, tendo Minayo como referencial. A autora considera as pesquisas qualitativas como “[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (2006, p. 23).

Isto significa dizer que a pesquisa qualitativa define-se pela busca de compreensão acerca dos significados e sentidos apresentados pelos sujeitos da pesquisa. Essas características pressupõem questões peculiares que não são desmistificadas a partir das produções de medidas quantitativas. O pesquisador parte da realidade social, considerando sua dinâmica e os sujeitos históricos, permeados por crenças, sentimentos, pensamentos que necessitam de uma iniciativa científica para ser desvendada (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Além disso, a abordagem qualitativa não se apresenta como uma proposta estruturada, pois permite que a imaginação e a criatividade levem os investigadores a propor trabalhos que explorem novos enfoques. A subjetividade e o simbolismo estão presentes e o caráter científico da pesquisa não é um dado *a priori*, mas resultado de um processo histórico. Trata-se de reconhecer a subjetividade e o campo simbólico como indissociáveis ao ato de pesquisar, bem como a importância da objetivação, evitando riscos de análises e interpretações simplistas (GODOY, 1995; MINAYO, 2006).

Para Minayo (2006), a construção do conhecimento no campo da saúde está concentrada nos determinantes ideológicos, políticos e sociológicos. Essas características impulsionam na busca de novos caminhos, seja para direcionar a abordagem do estudo, metodologias adequadas que condicionem e propiciem uma reflexão crítica e técnicas de apreensão da realidade, como

também para evidenciar as limitações dos recursos utilizados.

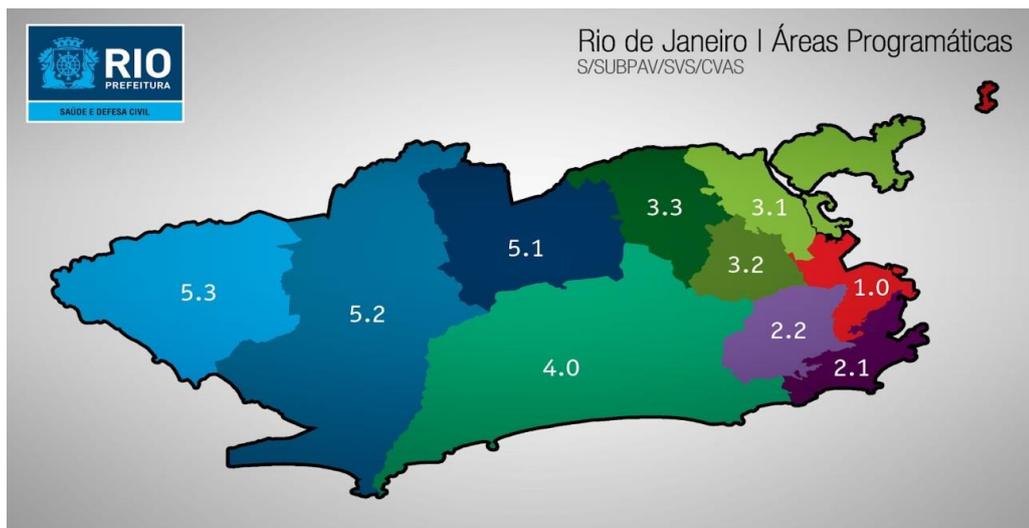
4.3 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O local do estudo foi no âmbito da esfera da APS no município do Rio de Janeiro, em Clínicas da Família que continham em sua composição equipe NASF.

Por ser uma capital de grande porte, a política de saúde municipal se organiza por regiões de saúde e são divididas em dez Áreas Programáticas (AP). O estudo foi delimitado geograficamente à Área Programática 3.1, levando em consideração o tempo de implementação do NASF, o número de equipes NASF, conhecimento da AP e contato da pesquisadora com informante chave.

Na imagem abaixo podemos visualizar a área de abrangência da AP 3.1, sendo composta pelos bairros: Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral (RIO DE JANEIRO, 2015b).

FIGURA 1: Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas Programáticas



(RIO DE JANEIRO, 2015c).

Foram selecionados três, dentre as onze equipes NASF da área programática 3.1, tomando como critério de seleção os seguintes aspectos:

- NASF da modalidade tipo 1;
- Composição completa da equipe NASF;
- Equipes com menor rotatividade;

Para a escolha das equipes NASF selecionadas foi necessária consulta aos informantes chaves, para definir a escolha das equipes que condiziam com a proposta da temática central do estudo. Definir critérios de inclusão permitiu a definição dos sujeitos que se aproximavam mais dos objetivos da pesquisa. Diante disso, de onze equipes existentes na área programática selecionada, o número foi reduzido para cinco equipes, tendo em vista os critérios estipulados. Destas, foram escolhidas aleatoriamente três equipes para a realização da pesquisa por meio de sorteio.

As três equipes somaram um total de vinte profissionais de diferentes categorias: assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. A participação total na pesquisa foi de dezessete profissionais. No dia da realização dos grupos tinham profissionais de licença maternidade, férias e atividades na unidade.

De acordo com Cruz Neto a quantidade de participantes dos grupos para coleta de dados “[...] deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de

opiniões” (2001, p. 12).

Vale ressaltar o compromisso do pesquisador perante os sujeitos da pesquisa, que foi, no primeiro momento, possibilitar a realização de reflexões sobre processo de trabalho, saúde e doença em conjunto com a equipe de trabalho. Ao longo de todo trabalho ocorreu a participação dos trabalhadores enquanto protagonistas. Um resultado desse processo foi a realização da devolutiva de parte do material coletado no segundo encontro com todas as equipes, como um dos componentes da metodologia. Além disso, destacamos que os participantes da pesquisa receberão a devolutiva da versão final do trabalho escrito em versão online por e-mail e através da participação no dia da apresentação da dissertação, como também por meio de publicações em revistas, simpósios e congressos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

No presente estudo foram respeitados os princípios éticos, seguindo-se os preceitos do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) diretamente ligado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c).

O primeiro contato com o município ocorreu em fevereiro de 2018, para a apresentação do projeto de pesquisa ao Centro de Estudos da Coordenadoria de Área Programática (CAP) da 3.1. Esse contato teve como principal objetivo a solicitação da Carta de Anuência para autorização da pesquisa na área delimitada, ou seja, permissão dos responsáveis pelo campo proposto no estudo. A CAP aceitou a liberação para realização da pesquisa no campo escolhido, fornecendo a carta de aceite para encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP).

O projeto foi inserido na Plataforma Brasil no dia 7 de fevereiro de 2018 e aprovado pelo CEP no dia 13 de abril de 2018 sob nº 2.597.132 (ANEXO A). Após a aprovação do CEP da instituição de ensino, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, instituição coparticipante. A pesquisadora encontrou dificuldades neste CEP com relação à emissão do parecer, visto que este ocorreu quase quatro meses após a submissão do projeto. A aprovação foi publicada na Plataforma Brasil no dia 06 de agosto de 2018, sob o nº 2.801.861 (ANEXO B).

Após a aprovação em ambos os CEPs, foi enviado pela pesquisadora um e-mail para as equipes selecionadas com a síntese da pesquisa e um convite de participação. Em menos de uma semana duas equipes responderam e foi agendado um encontro para a apresentação da

pesquisa, esclarecimentos dos objetivos e do processo de coleta de dados.

Com relação à terceira equipe, a pesquisadora teve dificuldade de obter resposta, sendo necessário o auxílio do apoiador do NASF para a equipe responder o e-mail. Depois de um mês, a equipe respondeu aceitando o convite. Apesar da dificuldade temporal todas as equipes aceitaram o convite e elogiaram o tema, mostrando a pertinência do assunto abordado. O contato inicial para coleta de dados foi realizado no dia 07 de agosto de 2018 e a coleta foi finalizada 5 de novembro de 2018.

Com o intuito de avaliar o interesse da participação na pesquisa, foram apresentados e esclarecidos elementos acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual compõe o Apêndice A, contendo as principais informações da pesquisa, como título, objetivos e uma breve descrição. Por meio do TCLE os participantes autorizaram as gravações dos encontros.

Foram enfatizados todos os preceitos relacionados à pesquisa envolvendo seres humanos, conforme previstos na Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012c), garantindo aos participantes o sigilo, a privacidade e o anonimato. Além disso, os participantes foram informados sobre o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, bastando apenas informar à pesquisadora sobre sua desistência. A pesquisadora esteve acessível a qualquer momento aos participantes, disponibilizando um número de telefone e endereço eletrônico.

Foram utilizados nomes fictícios na identificação das equipes. Os dados que favoreciam a identificação das equipes foram omitidos no texto da Dissertação, o que será observado em possíveis publicações que derivem da pesquisa. O nome fictício das equipes foi escolhido pelos profissionais participantes da pesquisa no último encontro, que teve as seguintes denominações: NASF Amor, NASF Florido e NASF Resiste. Os participantes da pesquisa não tiveram outros benefícios diretos além da oportunidade de reflexão sobre seu processo de trabalho e possível sensação de contribuição para a superação de fatores críticos da área.

4.5 COLETA DE DADOS

Como uma modalidade da pesquisa qualitativa sobre as técnicas de coleta dos dados, encontra-se o Grupo Focal (GF), que é composto por um grupo de pessoas reunidas em um local por um tempo determinado. Essa técnica de pesquisa tem como uma de suas principais características o trabalho com a reflexão expressa pelo debate coletivo ao destacar a fala dos participantes, a partir da escuta qualificada do pesquisador. Além disso, possibilitam que sejam discutidas ideias, conceitos, crenças, opiniões, sugestões, em que diversos olhares e pontos de

vista tenham lugar e possibilidade de expressão (CRUZ NETO 2001; MORGAN 1997).

Todos os pontos de vista expressados pelas falas dos sujeitos devem ser levados em consideração, como o fomento do debate produzido, a partir do compartilhamento das opiniões em que todos devem ter direitos iguais para expor suas falas. “A ‘fala’ que é trabalhada nos GF não é meramente descritiva ou expositiva; ela é uma ‘fala em debate’, pois todos os pontos de vistas expressos devem ser discutidos pelos participantes” (CRUZ NETO, 2001, p. 06).

Cruz Neto (2001), ressalta que a valorização do debate e a quantidade de temas abordados pode requerer a necessidade de mais de um encontro do grupo com o pesquisador. Por ser uma ferramenta de pesquisa qualitativa, o número de GF realizados devem ser determinados “[...] pelo esgotamento de temas, não se prendendo, portanto, as relações de amostragem (p. 06)”. Tendo em vista o tema abordado e os objetivos desta pesquisa foram definidos dois encontros com cada uma das equipes.

Vale considerar que, o GF deve respeitar os critérios prévios determinados pelos pesquisadores, de acordo com os objetivos da pesquisa. O pesquisador é responsável pela criação de um ambiente favorável à discussão, que possibilite aos participantes expressarem suas percepções sobre as questões levantadas (MINAYO, 2006).

Diante disso, as clínicas da família em que os NASFs estão inseridos foi o local de escolha dos participantes para a realização dos Grupos Focais. Tal escolha partiu das equipes que levaram em consideração a comodidade, o conforto e segurança. A sala selecionada foi a que a equipe desenvolve seu processo de trabalho. As salas não eram muito espaçosas, mas comportaram todos os participantes distribuídos em cadeiras arrumadas em um formato circular, assim os participantes ficaram voltados uns para os outros facilitando o debate. No primeiro encontro com cada equipe o pesquisador disponibilizou lanche para os participantes, o que contribuiu para ‘quebrar o gelo’, na construção de confraternização e vínculo.

Após a apresentação do pesquisador e dos participantes, assinatura do TCLE, explicação de como os dados seriam analisados, foi conveniente elucidar as características do funcionamento do GF para fins da pesquisa: falar um de cada vez; evitar discussões paralelas; dizer o que pensa; evitar o domínio da discussão por um integrante; manter a atenção à temática proposta. Além disso, foi pontuado pela pesquisadora o tempo médio necessário de uma hora e meia para realização de cada encontro para a realização do GF (TRAD, 2009).

No primeiro encontro, a discussão foi conduzida através de um roteiro de debate, com questões-chave, servindo “[...] como meio de orientação e auxiliar de memória” (CRUZ NETO, 2001, p. 11). Apesar de possuir uma estrutura prévia, o roteiro (APÊNDICE B) continha uma estrutura flexível, que permitiu a inclusão de outros elementos ao longo do debate. O

instrumento foi estruturado numa lógica em que as primeiras questões fossem mais simples de responder, para instigar a fala imediata e, gradativamente, inserir os assuntos mais complexos. Vale ressaltar que, o instrumento foi composto por questões norteadas pelos objetivos da pesquisa, para auxiliar o mediador na condução do grupo (CRUZ NETO, 2001; TRAD, 2009).

O segundo encontro teve como instrumento metodológico a narrativa das discussões da primeira etapa realizada. Essa narrativa foi feita pelo pesquisador através das transcrições dos áudios do primeiro encontro, confeccionado na forma de texto impessoal, em terceira pessoa. Neste encontro foi entregue cópia do texto escrito aos sujeitos da pesquisa para realização de uma leitura coletiva, com o objetivo dos participantes reviverem o primeiro encontro e, se necessário, acrescentarem ou excluírem conteúdos, aprofundar e/ou esclarecer argumentações e, por fim, validarem o conteúdo por meio de uma nova discussão a partir da narrativa apresentada.

Cada um dos grupos teve a participação do pesquisador, na função de mediador e observador. Enquanto papel mediador, ele teve a função chave, a partir do domínio do roteiro e foi o responsável por iniciar e motivar a discussão. Assim, foi realizado um papel mais diretivo ao debate, estando atento ao seu desenvolvimento e às questões que poderiam ou não aparecer, necessitando de uma intervenção. Vale ressaltar que o mediador interveio no debate favorecendo os participantes, viabilizando um espaço de fala equânime, controlando o tempo, valorizando a diversidade de opiniões e se absteve de postura indutora (CRUZ NETO, 2001; TRAD, 2009).

A função de mediador não foi reduzida ao papel de condutor de debates, pois, foi necessário domínio sobre os objetivos da pesquisa, sobre o tema e conceitos abordados, para avaliar o nível teórico, conceitual e crítico das falas e debates produzidos. De acordo com Trad (2009, p. 786), o mediador deve possuir “[...] uma condição de partida é que ele tenha substancial conhecimento do tópico em discussão para que possa conduzir o grupo adequadamente”.

Com relação ao papel do observador, destaca-se a atenção ao desenvolvimento do grupo focal. Essa função objetiva qualificar a pesquisa e a coleta de dados, com intuito de registrar a forma como o pesquisador é recebido pelos sujeitos da pesquisa, sua entrada no campo, o grau de disponibilidade de cada um, a postura adotada durante o GF, gestos, sinais corporais e/ou mudanças no tom de voz. Todas as situações percebidas se tornam material de análise, visto que se configuram como elementos significativos para a leitura/interpretação e para a compreensão do universo investigado. Os elementos coletados da auto-observação do pesquisador auxiliaram na construção do diário de campo, que foi um instrumento relevante ao processo de pesquisa,

desde os desafios com o CEP, até características do campo, participação dos sujeitos da pesquisa, mudanças relacionadas ao campo de pesquisa entre outros aspectos relevantes (CRUZ NETO, 2001).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Com base em Bardin (2002), a análise dos dados tomou como referência a Análise de Conteúdo (AC), que concerne em um método de organização e qualificação das vivências dos sujeitos a partir da análise das comunicações. Essa técnica é conceituada pela autora como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2002, p. 42).

Esse tipo de análise contribuiu para a sistematização e expressão do conteúdo, descrição das mensagens bem como a inferência/interpretação sobre os dados coletados, facilitando o tratamento de informações contidas nas mensagens. Além disso, a análise do conteúdo é formada por diversas técnicas que procuram descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja pelas falas ou pela leitura dos textos, na busca pela compreensão dos sentidos e significados das etapas de análise do material em questão (BARDIN, 2002).

A análise de conteúdo tem a preocupação de compreender o que está por trás das palavras enunciadas, com o cuidado de conhecer e trazer à tona uma série de variáveis de ordem psicológica, sociológica e histórica. Foi utilizada a análise temática para auxiliar na contagem e categorização dos temas e contribuiu na descoberta dos núcleos de sentido que compõe a comunicação. Esta etapa desdobrou-se em três fases: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação (BARDIN, 2002; MINAYO, 2006).

Dentre as etapas, a pré-análise foi a fase da organização, que teve por objetivo organizar o material da pesquisa. Para realização desse processo, uma atividade imprescindível diz respeito à leitura flutuante, com a intenção de aprofundar o conhecimento sobre o tema em análise e organizar aspectos relevantes. Em seguida, foi necessária a escolha dos documentos que compuseram a análise de conteúdo por meio de uma seleção no qual exige o cumprimento das seguintes regras,

[...] regra da exaustividade, que exige que nenhum documento deve ser deixado de

fora; regra da homogeneidade, esta regra exige que a seleção dos documentos deva ter o mesmo tema para que permita a comparação e a última regra, que é a regra da pertinência que cobra que os documentos devam guardar correlação com os objetivos da análise (URQUIZA; MARQUES, 2016, p. 118).

Nessa fase também se tornou indispensável a sistematização das ideias iniciais, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, o processo constante de retomada da leitura do material e o resgate dos questionamentos iniciais. A constituição do corpus está relacionada à construção da apreensão, de uma maneira geral, das ideias principais e seus significados na busca de uma interação do pesquisador com o material (BARDIN, 2002; CAMPOS, 2004; MINAYO, 2006; URQUIZA; MARQUES, 2016).

Ao cumprir a exploração do material, seguiu com a construção da codificação, tendo classificado os elementos e realizado o reagrupamento por critérios definidos. Essa etapa foi orientada pelas questões do estudo, em que o pesquisador organizou o conteúdo – palavras, expressões, frases, sentenças – exposto nos textos analisados e/ou falas dos grupos selecionados para coleta de dados.

A pesquisadora identificou unidades de contexto para explorar o material a partir dos temas e alcançou o núcleo de compreensão. Para isso, tornou-se necessária a preparação do material para que o mesmo fosse codificado e categorizado a partir dos recortes estabelecidos. Após a preparação do material com os recortes destacados no corpo da mensagem, foram enumerados e padronizados por temáticas ou termo equivalente. “O tema, enquanto unidade de registro corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que não é fornecida uma vez por todas, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas” (BARDIN, 2002, p. 105).

Na codificação, o dado bruto é refinado e transformado em uma representação do conteúdo. Uma das técnicas utilizadas nesse processo é o recorte que pode ser uma palavra, uma frase que tenha relevância para a análise. Destaca-se que, o pesquisador deve estar atento que a ordem estabelecida para a realização dos recortes é a semântica, como exemplo disso tem-se o tema. Após a realização da codificação foi preciso classificar o conjunto de recortes selecionados, com critérios definidos (BARDIN, 2002, p. 118).

A categorização tem por objetivo “[...] fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2002, p. 119). São classificações que reúnem um grupo de elementos a serem agrupados a partir de um denominador comum. Elas devem respeitar as seguintes características: *exclusão mútua*, que significa que um determinado elemento deve existir em uma categoria; *homogeneidade*, sendo necessária uma dimensão de

análise; *pertinência* refere-se à adaptação aos materiais e ao quadro teórico definido; *objetividade e finalidade*, diz respeito à boa definição de categorias, clareza de temas e indicadores que determinam a entrada de um elemento numa categoria; *produtividade* - as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos (BARDIN, 2002, p. 120).

A categorização contribui para uma representação simplificada dos dados brutos e podem ser criadas *a priori* ou *a posteriori*, a partir do conteúdo teórico ou após a coleta de dados. Com isso, a análise temática norteou a categorização, considerando o conteúdo semelhante entre os agrupamentos que foram realizados. Assim, o material foi categorizado, facilitando a análise da informação, que não é algo linear e sim dinâmico e cíclico. “As categorias representam o resultado de um esforço de síntese de uma comunicação, destacando neste processo seus aspectos mais importantes” (MORAES, 1999, p. 06).

A categorização do material desse trabalho foi realizada após a coleta de dados e dividida em três grandes eixos temáticos analíticos: o primeiro recorte foi sobre o processo de trabalho do NASF e todos os elementos que fazem parte, como as ações desenvolvidas; o segundo eixo temático foi sobre as peculiaridades do trabalho do NASF no município, que envolveu características como a forma de contratação, a padronização do trabalho e contexto político; a terceira categoria foi relacionada a saúde do trabalhador associados a vida, aos sentimentos e o processo saúde-doença dos trabalhadores. A divisão das categorias não foi realizada a partir das perguntas e sim selecionada e separada através do conteúdo evidenciado.

A terceira fase do processo de análise diz respeito ao tratamento dos dados que, para alcançar uma compreensão consistente do conteúdo analisado, realizou-se através da inferência e interpretação. Para uma interpretação confiável o pesquisador deve estar atento às formas de inferência: as específicas e gerais. De acordo com Minayo, “[...] o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material” (2006, p. 210).

Nessa etapa foram levadas em consideração as categorias construídas para produção do texto, com base nos significados apreendidos nas mensagens analisadas. Esta é uma característica relevante na análise de conteúdo de natureza qualitativa, tendo em vista a extração máxima do conteúdo com o que se quer responder e com o tema proposto (BARDIN, 2002; MINAYO, 2006; MORAES, 1999).

Com o propósito de alcançar todas as etapas da análise de conteúdo e obter êxito nos resultados, o pesquisador deve ter domínio do referencial teórico metodológico e a delimitação clara da hipótese de pesquisa com o propósito de confrontar os achados com o referencial e

evidenciar os problemas apresentados no início da pesquisa (BARDIN, 2002; URQUIZA; MARQUES, 2016).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PONTAPÉ INICIAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA

O primeiro tópico deste capítulo tem por objetivo situar o leitor com informações essenciais dos protagonistas desta dissertação. Faz-se necessário estabelecer uma intimidade através de algumas informações relevantes sobre o perfil dos participantes do estudo.

A partir do tópico seguinte o leitor terá acesso a diversos textos oficiais dos debates gerados nos grupos focais com as equipes NASF. Será comum, ao longo deste capítulo, diferentes profissionais da mesma equipe completando a fala do outro e até mesmo profissionais de diferentes equipes abordando questões relacionadas ao mesmo assunto. A ideia é evidenciar e reproduzir o debate realizado, dando mais ênfase aos dados coletados no primeiro encontro com as equipes, que seguiram o roteiro semiestruturado. Isso não exclui a utilização de dados do segundo encontro e do diário de campo. Não foi possível trazer todos os dados coletados nessa dissertação, priorizando aqueles que são mais coerentes aos objetivos definidos neste trabalho.

As equipes Amor, Florido e Resiste eram compostas por 7, 6, 7 profissionais, respectivamente, com as seguintes categorias: assistente social, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Todas as equipes continham dois psicólogos, única categoria com mais de um profissional por equipe e, por isso, que ao longo dos resultados são identificados por número 1 e 2. A profissão com menos adesão de participação na pesquisa foi a dos profissionais de educação física, que na maioria dos encontros estavam na unidade e permaneceram na academia carioca durante a realização do grupo focal. Como já descrito no capítulo sobre metodologia, ao todo 17 profissionais participaram da pesquisa. Com cada equipe foram realizados dois encontros, sendo que o segundo encontro teve um quantitativo maior de profissionais com relação ao primeiro.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino, com faixa etária entre 25 e 40 anos. Além disso, percebemos que os trabalhadores possuem formação profissional e investem bastante na carreira, sendo grande parte pós-graduados em saúde da família, saúde coletiva ou saúde mental, quatro são mestres, três mestrandos e um doutorando. Além das especializações, citaram outros cursos de aperfeiçoamento, como de tabagismo, auriculoterapia, acupuntura, álcool e outras drogas. “Se a gente for pensar nos profissionais do NASF a gente vê uma galera muito nova, que saiu da residência, que têm uma aproximação com a estratégia, uma galera que

está focando no trabalho com o NASF, enquanto NASF” (NUTRICIONISTA NASF AMOR). A continuidade de formação profissional dos trabalhadores pode ser uma forma de resistência, ao estudar, refletir e investir no conhecimento profissional como também espaço de ‘saúde’, que pode ser uma maneira dos trabalhadores cuidarem de si.

Outro dado relevante está relacionado às escolhas dos nomes fictícios do NASF. Ao serem indagados acerca da nomenclatura que os definiria ao longo da pesquisa, pensaram bastante nas possibilidades. O NASF Amor levou em consideração o contexto da equipe para tal escolha: “Acho que temos que lembrar alguns momentos enquanto equipe que a gente já se chamou de NASF Amor, que fala da coesão que a gente tem” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

As demais equipes fizeram referência ao momento político que a saúde municipal do Rio de Janeiro estava enfrentando. O NASF Florido quis retratar um pseudônimo, fazendo alusão à palavra Fudido. Entre as três equipes, o NASF Resiste teve mais dificuldade no momento da escolha, pois queriam demarcar o momento de crise da saúde com algo mais relevante, que tivesse um sentido crítico. Depois de um processo de discussão entre os membros da equipe conseguiram escolher um nome que contemplasse a todos.

Vale dizer que o NASF Resiste foi a última equipe participante da pesquisa e, mesmo tendo pouca diferença temporal das demais, o cenário de crise se acentuou com uma série de demissões dos profissionais na Área Programática em que a pesquisa foi desenvolvida. Grande parte dos profissionais participantes da pesquisa foi demitida no final de outubro de 2018.

A pesquisadora se sentiu muito fragilizada diante das demissões, inclusive para dar continuidade à pesquisa. Como continuar a pesquisa, a transcrição dos dados e análise do conteúdo dos trabalhadores demitidos? O motivo principal para dar continuidade se renovou após a fala de um dos profissionais demitidos durante um encontro casual em uma reunião da rede com a pesquisadora: “Lembramos muito de você, vamos sair, mas pelo menos uma parte do nosso trabalho vai ficar registrado por você” (DIÁRIO DE CAMPO).

5.2 O COTIDIANO DE TRABALHO DO NASF: REFLEXÕES A PARTIR DO REAL

5.2.1 Organização do trabalho

Diante da complexidade do trabalho do NASF, iniciaremos a discussão expondo a maneira pela qual os profissionais das três equipes organizam o trabalho. O processo de trabalho do NASF se orienta pelo referencial do apoio matricial, a partir da integração com as equipes de Saúde da Família. Porém, antes de discutirmos sobre o referencial cabe tecer informações a respeito de um assunto que antecede esse debate. Percebemos que cada uma das equipes possuem organizações diferentes, principalmente pelas particularidades existentes, dentre elas, duas características basilares interferem na organização dos NASFs: o número de equipes mínimas que apoiam e a quantidade de clínicas que trabalham.

O NASF Florido apoia três unidades, O NASF Amor duas unidades e o NASF Resiste uma unidade. As equipes que trabalham em mais de uma unidade consideram esse aspecto como um desafio para realização do trabalho, principalmente pelas divergências apresentadas em cada uma delas. “Essa diferença de clínica é uma coisa muito gritante para o nosso processo de trabalho [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

O principal a dizer da gente que está em três unidades é que não conseguimos realizar um trabalho uniforme, não dá para trabalhar as mesmas coisas em lugares diferentes, com gestão (local) diferente, com características de população diferente. A gente acaba fazendo o que é possível dentro de um espaço de tempo que não é muito (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

As diferenças da gestão local, territoriais e populacionais foram destacadas pelo NASF Florido como algo que dificulta a realização do trabalho. Inclusive na fala a seguir o profissional apresenta um relato de uma conversa com o porteiro, que o fez refletir o quanto é ruim trabalhar em lugares distintos.

[...] estava falando isso com o porteiro que me disse ser muito bom esse negócio de ficar indo para um lugar, para outro e eu disse para ele que não é não. Estava respirando fundo, cansada para explicar. Perguntei se ele ia gostar de ter três chefes diferentes que dão ordens diferentes e ele ficou me olhando e disse: Ai é complicado. Eu não trabalho sozinha, eu tenho chefia, tenho a quem responder, não é legal trabalhar em três lugares diferentes, o desgaste é muito maior mesmo, não tem como comparar. De tudo que a gente falou aqui talvez esse seja o que eu destacaria, é muito ruim (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Outra característica relevante sobre a organização do trabalho é a carga horária. A maioria dos profissionais cumpre carga horária de 30 horas semanais realizadas em três ou quatro dias, exceto um psicólogo e todos os educadores físicos que possuem carga horária de 40 horas. “Todos os profissionais fazem carga horária de 30 horas, exceto educador físico.

Nenhum dos profissionais trabalha todos os dias” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Outro profissional associou a questão da carga horária como um desafio no acompanhamento dos casos, principalmente os profissionais que trabalham três dias por semana. Torna-se mais difícil a articulação com as equipes e com a rede intersetorial para o acompanhamento dos casos. Muitas vezes precisam trabalhar nos dias de folga, para não deixar os profissionais sem retorno, como foi exemplificado pela psicóloga do NASF Amor.

As pessoas também não entendem nossa carga horária, se deixar para responder terça para a pessoa que está trabalhando de segunda a sexta parece que está deixando de lado. Os outros serviços não sabem certinho quem está trabalhando qual dia. Solicitam para falar de um caso que você está acompanhando e vai acabar respondendo (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Os critérios para divisão de carga horária da equipe NASF não são definidos proporcionalmente pelo número de eSF por unidade, pois é levado em consideração o diagnóstico e vulnerabilidade do território, demanda dos usuários, fragilidade das equipes de Saúde da Família, entre outros aspectos. “Uma característica é que a carga horária maior a gente faz em uma das clínicas, apesar de não ter o número maior de equipes e por isso a gente consegue participar das coisas dessa unidade” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

“A carga horária maior é em uma clínica, então a gente conseguia participar mais das reuniões de equipe e na outra foi um processo um pouco diferente” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Os profissionais observam a facilidade de participarem da rotina – atividades, ações no território, reuniões – nas unidades que realizam a carga horária maior, influenciando positivamente na relação entre a equipe de referência e o NASF. Quando a carga horária é muito reduzida em uma unidade, os profissionais não conseguem participar das ações da unidade e desenvolvem poucas atividades, como acontece com o NASF Florido. “No momento, em uma das clínicas é muito pequena a carga horária, muito reduzida. Ficamos lá um turno, fica difícil pensar em qualquer trabalho, isso dificulta pensar várias outras estratégias de cuidado” (PSICÓLOGA 2 NASF FLORIDO). Como podemos observar na fala do psicólogo acima, em uma das unidades o NASF trabalha apenas um turno, ou seja, metade de um dia por semana, o que impossibilita, inclusive, a realização das atividades essenciais para o desenvolvimento do apoio matricial.

Outra questão pontuada pelos profissionais se refere ao número de equipes de Saúde da Família que o NASF apoia. Quando ocorreu a expansão da APS e ampliação das equipes de

Saúde da Família, não houve a ampliação das equipes NASF na mesma proporção. O município não obedece a recomendação do Ministério da Saúde que delimita o apoio de cinco a nove equipes para NASF Tipo 1 e, com isso, todas as equipes que participaram da pesquisa estão com um número bem acima do recomendado, que é considerado um dos maiores obstáculos no processo de trabalho. “Acho que um ponto negativo é o número de equipes apoiadas, sete profissionais para quinze equipes é cansativo” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

“[...] Acho que esse é o principal ponto que atravessa o nosso trabalho, que dificulta. A gente reflete, dezesseis equipes é um problema? É um problema!” (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

A gente cobre dezesseis equipes, então o que a gente consegue minimamente realizar e sustentar depende muito da clínica. Na outra unidade a gente consegue fazer algumas atividades e aqui conseguimos fazer outro tipo de atividade. Acho importante retomar antes de descrever o trabalho que quando iniciamos em 2015, fomos contratados para sermos NASF de uma clínica da família. Ficaríamos apenas em uma clínica e iríamos dar um apoio a outra unidade que tinham seis equipes e posteriormente iria existir outro NASF (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

A partir dos relatos e da experiência da pesquisadora, enquanto trabalhadora do NASF no município, percebemos o quanto tem sido penoso desenvolver o trabalho diante de um cenário que precariza o trabalho, a vida e as relações sociais. Não temos dúvidas que é um dos principais desafios trabalhar nessas condições, realizando as atividades preconizadas, tendo em vista a sobrecarga de trabalho, o excesso das demandas e a continuidade dos serviços prestados. “A gente tem a sensação que é cada vez mais precarizar o trabalho do NASF aumentando a quantidade de equipe mesmo” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Faz-se extremamente necessária uma reflexão teórica e crítica a fim de compreender os problemas existentes nesse complexo cenário que envolve a realidade vivenciada pelos trabalhadores de saúde (PIRES, 2000). Diante disso, constata-se que as OS contratadas pela gestão municipal não obedecem a portaria nº 3.124/GM/MS 28 de dezembro de 2012, que define os parâmetros de vinculação dos NASFs às equipes de saúde da família, incluindo a carga horária total dos trabalhadores do NASF e o quantitativo de equipes apoiadas.

No entanto, apesar dessa realidade ser parecida em todas as APS do município, torna-se complexo o monitoramento das recomendações realizadas pelo Ministério da Saúde, visto que o dado do município é fornecido pelo cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES). No ano de 2018, as informações apresentadas pelo SCNES sobre equipes NASF que

participaram da pesquisa, estavam de acordo com as definições recomendadas para o NASF tipo 1 e realizavam apoio de 5 a 9 equipes, gerando uma informação que não condiz com a realidade apresentada.

5.2.2 Principais atividades realizadas

A abordagem sobre as atribuições do NASF nos possibilitou uma reflexão sobre a percepção das equipes diante das atividades realizadas. O Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 39, que fala sobre as ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF, descreve as diversas atividades desempenhadas pela equipe, a saber:

[...] discussões de casos, atendimento em conjunto com profissionais das equipes apoiadas, atendimentos individuais e posteriormente compartilhados com as equipes, construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares, educação permanente, intervenções no território e em espaços da comunidade para além das unidades de saúde, visitas domiciliares, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, etc (BRASIL, 2014, p. 22).

Vale destacar que, a maioria das atividades que são atribuídas ao NASF pelos cadernos ministeriais foi citada, porém, nem todas foram descritas como são realizadas. Por este motivo, desenvolvemos sub tópicos das atividades mais comentadas ao longo dos grupos focais.

De modo geral, as atividades apresentadas foram: consultas, interconsultas, visitas domiciliares, reunião de matriciamento, reunião equipe NASF, participação na reunião das equipes mínimas, participação na reunião de módulo, grupos, ações intersetoriais, articulação com a rede de serviços, participação no fórum NASF, participação no fórum de saúde mental, participação na supervisão de território. Além disso, os profissionais citaram a realização de supervisão de estágio e práticas integrativas e complementares como auriculoterapia.

Faço interconsultas, consultas individuais, visita domiciliar, reunião de matriciamento. Em uma das unidades consigo acompanhar algumas reuniões de equipe, estamos fazendo grupo de saúde mental. Tenho participado de reunião com as escolas para planejamento do Programa Saúde do Escolar (PSE) em uma das clínicas e reuniões na Coordenação de Área Programática (CAP) (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

Realizamos visitas domiciliares, colegiado gestor, fórum NASF, fórum de saúde mental, supervisão de território, tinha reunião de rede com todos os equipamentos sociais onde as instituições da política de assistência social estavam presentes. [...] Também tem reunião com as escolas, apoiamos atividades na escola, reunião de módulo (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

As atividades realizadas são bem semelhantes entre categorias profissionais e entre

equipes NASF. As diferenças no desenvolvimento de ações estão relacionadas à adesão dos usuários/profissionais/unidades e disponibilidade de carga horária. No caso das unidades em que o NASF tem uma carga horária maior, os profissionais conseguem participar da rotina das atividades da unidade como reuniões e grupos realizados pelas equipes mínimas e das atividades de rotina das unidades. “Dependendo chamam a gente para participar de algumas organizações da unidade, como colegiado gestor e aí a gente vai participando do fluxo de atividades da unidade” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

5.2.2.1 Apoio Matricial e Reunião de Matriciamento

O apoio matricial propõe uma relação horizontalizada, com a intenção de produzir ampliação na capacidade de análise da equipe de referência para lidar com os casos e ampliar sua capacidade resolutiva. As práticas entre os atores possibilitam potencializar e reduzir a fragmentação das equipes, contribuindo com a rede e efetivação do cuidado integral, universal e equânime à saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF Resiste foi a equipe que se diferenciou das demais ao falar da experiência do apoio matricial. Avaliaram o apoio matricial realizado como algo positivo, no sentido de que conseguem trabalhar em conjunto com as equipes sem muitas dificuldades. Disseram que as equipes mínimas já tiveram o desejo de que o NASF trabalhasse na perspectiva ambulatorial, mas conseguiram desenvolver o trabalho colocando em prática o matriciamento. “[...] Pela discussão do caso a equipe consegue conduzir, conseguimos instrumentalizar a equipe” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Pra mim, de positivo desse trabalho é que a gente faz matriciamento, nós conseguimos. Não realizamos ambulatorio com já foi o desejo de muitas pessoas aqui dentro. Acho que conseguimos mostrar que esse não é o caminho, claro que tem alguns casos que temos que fazer resistência, acho que isso foi uma conquista, de quando a gente começou para agora (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Com relação ao apoio matricial, o NASF Amor e Florido destacaram os obstáculos para colocá-lo em prática. Apesar dos profissionais apresentarem compreensão quanto à lógica de trabalho e esforço em realizá-lo, demonstram angústia diante das discrepâncias do trabalho que realizam em relação ao que é prescrito.

Eu acho que a gente tem diversas exigências do trabalho do NASF que estão muito referenciadas ao ideal do que seria o trabalho do NASF e que está muito distante da

nossa realidade. Então a gente fica o tempo inteiro se deparando com esse ideal e esse real, a gente não consegue nunca e isso move a gente, a gente se movimenta bastante, mas isso causa muita angústia (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Pra mim, a maior dificuldade é a falta de aceitação do modelo do NASF, mesmo quando, por exemplo, a unidade é boa, que trabalha bem com a estratégia os profissionais não aceitam o modelo de matriciamento, eles não querem o matriciamento, querem que a gente realize o atendimento individual, ambulatorizado e isso dificulta muito todo nosso processo de trabalho. É desgastante, muito cansativo, a gente fica cansado de ficar o tempo todo remando contra a corrente, a gente fica falando o tempo inteiro para fazer interconsulta. Têm casos que precisam também ser vista a parte clínica antes de vir para o NASF, é bem difícil isso (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

O matriciamento não se realiza apenas pelo conhecimento e boa vontade do NASF, visto que é exigido um trabalho interdisciplinar entre as equipes, que devem estar disponíveis para realizar rearranjos quando necessários. Essas reflexões dos profissionais identificam a dificuldade em desenvolver o apoio matricial que, de acordo com Cunha e Campos (2011), é uma retaguarda especializada às equipes e aos profissionais para atenderem problemas de saúde, compartilhando ações e diretrizes clínicas e sanitárias. De acordo com Barros et al., “Matriciar exige mudança nas prioridades de ação das equipes: o que antes era oferecido apenas por um profissional a um sujeito ou a uma população, deve ser não apenas implantado, mas também planejado de forma compartilhada e coletiva” (2015, p. 2854).

Ao longo dos grupos focais, os profissionais relataram como o apoio matricial é colocado em prática. Notamos que todos os profissionais se debruçaram mais em descrever como a equipe organiza seu processo de trabalho para contemplar a reunião de matriciamento, que são reuniões com os profissionais das equipes de Saúde da Família junto com os profissionais do NASF. Foram realizadas poucas reflexões sobre o apoio matricial e a utilização das suas ferramentas.

O NASF Resiste descreveu que organiza sua reunião de matriciamento em mini equipes, ou seja, os profissionais da equipe se dividem para realizarem as reuniões de matriciamento. Os profissionais se dividem tentando, na medida do possível, contemplar diferentes eixos de atuação como saúde mental e reabilitação/atividade física:

Realizamos matriciamento semanal das equipes, média de duas equipes por semana. Nos dividimos em três grupos de dois ou três profissionais para realizarmos o matriciamento. Nesta unidade são quinze equipes, cada grupo forma uma mini equipe e acompanha cinco equipes. Nos organizamos em mini equipes privilegiando um profissional da saúde mental e reabilitação/atividade física (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Além do espaço das reuniões de matriciamento, o NASF Resiste oferece às equipes um

espaço a mais na agenda semanal, com a mesma proposta de realizarem apoio matricial. Vale lembrar que, essa atividade só é possível pelo fato dos profissionais atuarem em apenas uma unidade. Neste dia, todos os profissionais ficam reunidos aguardando, em demanda livre, as equipes de referência, para que os casos sejam discutidos com todas as categorias presentes.

Nós ofertamos duas horas por semana para que as equipes venham até nós para fazer matriciamento de casos. Como nós rodamos entre as equipes, podemos demorar a realizar reunião novamente e com esse espaço a equipe pode discutir casos mais urgentes, complexos. Nos dividimos em mini referências e às vezes as equipes querem conversar com profissional de outra categoria para compartilhar informações, dificuldade de discutir caso com outra categoria profissional. Temos esse espaço para tentar contornar essa dificuldade porque é um momento que todo mundo tem contato com todos. Quando nos dividimos em mini equipes somos a ponte, mas faz toda a diferença discutir um caso de reabilitação com o fisioterapeuta, por exemplo (PSICÓLOGA I NASF RESISTE).

O NASF Amor obtinha a mesma organização que o NASF Resiste para realizar as reuniões de matriciamento nas duas unidades que atua. Porém, após a apresentação do NASF em uma reunião geral em uma das unidades, com todos os profissionais presentes, foi unânime que essa forma de organização não era considerada positiva. “Com marco da apresentação do NASF para clínica, o NASF ficou em pauta, que foi quase que unanimidade que o NASF não funcionava tanto dessa forma com referência de equipe” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Com isso, a reunião de matriciamento foi adequada para cada unidade que o NASF atua, levando em consideração a sugestão feita pelos profissionais das eSF. Nas falas abaixo os profissionais descreveram como organizam as reuniões nas duas unidades: “Acho que tem uma coisa da nossa própria organização ser diferente nas unidades. Lá a gente trabalha com referências de profissionais do NASF por equipe no matriciamento, trabalha com duplas de profissionais para o matriciamento” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

[...] a gente pensou em se organizar por eixos de trabalho: infância e adolescência, saúde mental, saúde do adulto, reabilitação, práticas integrativas. A gente teria uma dupla de profissionais por eixo e trabalharia com todos os profissionais de acordo com os eixos, pensando na articulação dos serviços, da rede, não pensando apenas nos atendimentos. A gente tem tentado trabalhar com esses eixos nessa clínica (PSICÓLOGA I NASF AMOR).

5.2.2.2 Consultas

O atendimento compartilhado pode ser considerado uma das intervenções mais frequentes na rotina de trabalho do NASF e surge como uma atividade realizada diante da

necessidade do acompanhamento especializado. É uma das primeiras formas do profissional atender diretamente o usuário ou a família e devem contar com a participação de pelo menos um membro da equipe NASF e um membro da equipe de referência. Essa ferramenta contribui para a qualidade no acompanhamento do caso e discussão mais integral, reconhecendo a necessidade de uma atividade interprofissional, interdisciplinar ao trazer uma visão mais ampliada para as equipes. Configura-se como uma ferramenta imprescindível no processo do apoio matricial, tanto por sua estrutura como também pelas demandas do serviço (BRASIL, 2014).

Nos resultados obtidos, os profissionais utilizam o termo interconsulta para pontuar a realização das consultas compartilhadas. Para o NASF Resiste essa atividade acaba sendo o primeiro contato direto entre o NASF e o usuário. “Realizamos interconsultas, geralmente o primeiro contato com o usuário é por meio da interconsulta [...]” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Os profissionais do NASF Amor enfatizaram que a equipe realiza esforço para que a consulta compartilhada aconteça, demonstrando certa dificuldade para colocar em prática tal ação. “[...] a gente sempre faz o esforço de fazer uma consulta conjunta” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

As equipes NASFs sinalizaram com quais profissionais conseguem realizar esta atividade. Enquanto alguns destacaram a realização das consultas compartilhadas com enfermeiros, com os quais a relação flui mais facilmente, outros enfatizaram que possuem mais facilidade em desenvolver a ação com os profissionais da própria equipe NASF. “Faço interconsulta com enfermeira, médico muda muito [...]” (PSICÓLOGA 2 NASF FLORIDO).

“[...] faço mais consultas com os profissionais do próprio NASF do que de consulta com a estratégia [...]” (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

“[...] não temos dificuldade em atender junto com as equipes, atendemos muito em conjunto, inclusive entre profissionais do NASF” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Em alguns casos foram descritos como consulta conjunta os atendimentos entre os profissionais do NASF, sem incluir a equipe de Saúde da Família, realizando a lógica do apoio matricial de uma forma controversa. A consulta conjunta nestes moldes traz ganhos para a visão mais integral do caso, entretanto, reduz a chance de promover uma intervenção em prol da integralidade e capacitação das equipes de referência. Além disso, pode contribuir para o

enfraquecimento da coordenação do caso sob a responsabilidade da equipe Saúde da Família.

Uma das psicólogas do NASF Resiste destacou a facilidade da realização de interconsultas. Disseram que grande parte dos colegas de trabalho de outras unidades possui dificuldades em desenvolver ações conjuntas, inclusive a consulta compartilhada. Essa potencialidade destacada foi associada aos programas de residências médica e de enfermagem existentes na unidade que atuam.

Essa clínica tem uma diferença, outros NASFs falam da dificuldade da realização de interconsulta e aqui não temos tanto essa dificuldade porque é uma unidade que tem muita residência (enfermagem, medicina), tem mais o hábito de realização de interconsulta, mesmo as equipes que não tem residência. Uma ou outra que temos dificuldades, mas é exceção (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Os profissionais do NASF Amor também consideraram os programas de residência como algo que facilita o trabalho conjunto. “[...] a residência entendia o trabalho do NASF, a residência queria trabalhar com NASF” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR). Os profissionais consideram o programa de residência como uma forma de qualificar o trabalho da ESF, que impacta diretamente no trabalho do NASF.

A gente já passou por momentos em que era mais difícil de trabalhar, quando a gente tinha residência médica era mais fácil, por exemplo. Trabalhar na unidade com residência era muito tranquilo, a residência entendia o trabalho e queria trabalhar com NASF. É muito perverso, a gente vê que esse trabalho é possível, a gente vivenciou isso com a residência, que é possível e que não depende só da gente (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Um dos principais desafios diante do tema abordado foi a concretização da consulta compartilhada como prática habitual. Observamos que na maioria das discussões realizadas nos grupos focais, as equipes NASFs relataram as dificuldades de realizarem o atendimento conjunto no cotidiano de trabalho e problematizaram a realização excessiva de atendimentos ambulatoriais diretamente com o usuário.

A gente tem atendido muito individualmente, não só a categoria de psicologia, as outras também e acho que foi algo que a gente avaliou como momento de reaproximação com as equipes, de tentar retomar o trabalho pensando também nessa via de retomar com as equipes. Estamos no momento de reavaliar o quanto essa retomada tem sido difícil para as equipes, quantos casos chegam pra gente e fica com a gente como se fôssemos a equipe de referência (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

De acordo com Tesser (2017), existe a predominância do NASF desempenhar um trabalho de cunho assistencial, que seria a centralidade dos cuidados especializados aos usuários, contradizendo o conceito de apoio matricial. Muitas vezes, a expectativa das equipes

de Saúde da Família é de que o NASF resolva os casos mais complexos apenas sob a ótica assistencial. De acordo com Nascimento e Oliveira (2016), para tentar diminuir essa visão simplista se faz necessário superar a visão fragmentada do sujeito e ultrapassar a lógica biológica.

Os profissionais, muitas vezes, reproduzem a lógica de produção com atendimentos individuais em grande quantidade e fazem crítica ao próprio processo de trabalho direcionado a uma lógica mais curativa, por encontrar dificuldades de realizar ações em uma perspectiva mais direcionada à promoção da saúde. “Acho que a saúde da família ainda trabalha numa lógica muito curativa, não conseguimos fazer a promoção, estamos tentando curar as pessoas. [...] Sinto falta da promoção, ficamos muito aqui, com esses atendimentos graves” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Dentre os fatores que podem contribuir com o trabalho do NASF, no que se refere à indução dos atendimentos individuais em relação às outras atividades previstas para o NASF se encontram na falta de compreensão da lógica do apoio matricial por parte dos profissionais e usuários, como também na baixa cobertura de serviços de especialidades da rede secundária e terciária (CUNHA; CAMPOS, 2011).

No geral, os serviços de saúde permanecem a reproduzir o modelo tradicional de saúde, no qual há a priorização do aspecto individual do atendimento, fato este que configura um óbice ao desenvolvimento da gestão compartilhada do cuidado e evidencia uma deficiência na integralidade da atenção (CELA, 2014; PATROCÍNIO, 2012).

Outro aspecto relevante a ser destacado, refere-se ao atendimento realizado individualmente, posto a dificuldade de realizar um trabalho conjunto, mesmo com a agenda sendo fechada por turno, para consultas compartilhadas com outros profissionais.

[...] A enfermeira disse que tinha muitos pacientes para atender e pediu para eu acolher um caso de dor lombar, ela disse que sabia que ela deveria atender comigo, mas mesmo assim pediu para eu dar uma olhadinha, para ela atender a agenda dela. Você vai falar o que? Não? Claro que não! Você vai acolher né, o paciente tá ali com dor, você vai acolher atender, orientar (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Observamos que as diferenças nas prioridades entre o processo de trabalho das equipes tem sido um obstáculo para que o apoio matricial seja efetivado, levando em consideração a prioridade, produtividade, demandas, ferramentas utilizadas, constituição das equipes, entre outros aspectos.

Os profissionais também discutiram sobre a pressão que sofrem para desenvolverem um trabalho direcionado à perspectiva ambulatorial, pela forma como o município organiza e

desenvolve as ações de saúde. Foram pontuadas as dificuldades de desenvolver um trabalho coletivo e intersetorial com os profissionais, na perspectiva do apoio matricial, pela sobrecarga de trabalho e falta de equipes completas.

A gente tem visto uma pressão assistencial que estamos sofrendo que é o que o município está preconizando, infelizmente é o nosso cenário atual. Eu não sei o tipo de meta que eles estão conseguindo priorizar aqui, nesse momento que é isso, né? Da gente pensar no enfermeiro que está sozinho há séculos, sem médico, como vou pensar em tirar aquele enfermeiro da sala, porque tem a discussão de um caso no CAPS e ele tá sozinho na equipe, não tenho coragem propor isso para ele, não dá pra pensar que o cara vai deixar a equipe dele aqui sozinha e ir ao CAPS discutir um caso (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Ante a essa reflexão, os profissionais realizaram autocrítica do trabalho desempenhado nos moldes clínico assistencial, diante dos desafios encontrados para ‘sair desse lugar de atendimento’. Mesmo assim não deixaram de problematizar a própria atuação, principalmente a lógica introduzida com relação ao quantitativo de ações realizadas de maneira individualizada. “A gente sabe que ficar atendendo é a resposta e ao mesmo tempo não é isso, não vai acabar nunca. Então a gente tem que se desdobrar entre fazer os atendimentos que fazem sentido para as equipes [...]” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

A gente já vem discutindo isso há um tempo na equipe. Enquanto proposta de sair desse lugar de atendimento para ações mais coletivas. Embora a gente faça grupo, nessa coisa mais da promoção no território, mas é impossível sair desse lugar hoje pela gravidade dos casos que vem surgindo não tem como fazer, embora tenha o desejo (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Alguns profissionais têm conseguido criar estratégias para diminuir a apropriação isolada dos casos pelo NASF, a partir dos atendimentos ambulatoriais no seu cotidiano de trabalho. Uma dessas estratégias se realiza pela criação de mais parcerias e compartilhamento com as equipes de saúde da família, para acompanhamento dos casos, tendo em vista a compreensão da necessidade de um conjunto de saberes para acompanhamento dos casos.

Construí a estratégia de diminuir os atendimentos, priorizar mais os espaços de matriciamento coletivo, devolver mais para a equipe, então nos últimos tempos antes das férias estou no processo de diminuir os atendimentos, não estou atendendo o quanto eu atendia, eu vi que estava me sobrecarregando. As pessoas que já havia dado alta começaram a retornar em crise, eu como referência absoluta das pessoas, percebi que precisava construir parcerias para dar conta do trabalho (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

5.2.2.3 Grupos

Os grupos vêm sendo desenvolvidos no SUS, principalmente na APS, caracterizando as

ações coletivas de caráter educativo, que visam o aprendizado de diversas formas de viver e lidar com a doença ou mudança de hábitos. Além disso, a atividade em grupo contribui para promover um trabalho na perspectiva educativa, informativa, esclarecer dúvidas e compartilhar assuntos diversos com os usuários. Esse tipo de ferramenta é considerado potente na ampliação do acompanhamento dos casos, no aprofundamento do contato com a comunidade e no fortalecimento da atuação da equipe de referência junto aos usuários (CELA, 2014; MATIAS, 2017; MENEZES; AVELINO, 2016).

Todas as equipes NASF destacaram o desenvolvimento de grupos na sua rotina de trabalho semanal. O NASF Resiste foi a equipe que apresentou maior facilidade para desenvolver os grupos como atividade frequente. Um fator que pode ter contribuído para tal prática está relacionado ao fato de a equipe trabalhar em apenas uma unidade, o que facilita na organização da agenda, como também no vínculo com usuários.

Fazemos muitos grupos, temos um grupo chamado reviver, com mulheres em sofrimento psíquico, depressão; grupo de família com crianças e seus responsáveis (pai, mãe, avó, tia), esses grupos ocorrem quinzenalmente; grupo de cozinha experimental com crianças e adolescentes com ou sem deficiência cognitiva para trabalhar alimentação saudável e desenvolvimento cognitivo; grupo da dor crônica, tem 8 anos que acontece, trabalha com o corpo, estimula o autocuidado e educação em saúde; grupo de atividade física; alimentação e saúde; badminton que o educador físico coordena junto com ACS. Realizamos todos os grupos no espaço físico da clínica, exceto o educador físico, na unidade não tem academia carioca, então utiliza os espaços do território, e por isso realiza outras atividades (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Esses grupos possuem uma prática coletiva, que gera um processo crescente de aprendizagem compartilhada. Percebemos que esta atividade funciona como espaços para a escuta das necessidades dos usuários, além de proporcionar uma relação de aproximação e troca. Com isso, é facultada a fala para que todos exponham seus problemas e busquem soluções, conjuntamente com os profissionais, de forma que a informação e a oportunidade de fala circulem ao longo do desenvolvimento da atividade.

Desta forma, observa-se nas falas dos profissionais do NASF Amor, a relevância do trabalho em grupo para a construção da saúde, sob uma ótica ampla, que tem o intuito de propiciar práticas de prevenção e promoção, numa perspectiva da qualidade de vida.

[...] A gente consegue dar acesso ao usuário que não consegue chegar nem a sua equipe, por exemplo, os usuários que participam dos grupos. Às vezes a psicóloga atende e vê que o paciente precisa de socializar, aí ela encaminha para os grupos. Grupo de reabilitação, o usuário poli queixoso, aí ele vai lá, participa, interage, melhora a qualidade de vida, consegue inserção do usuário de uma forma ou de outra, independente de como é o fluxo (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Também queria compartilhar uma fala que não sai da minha cabeça: uma usuária tem uma obesidade expressiva, ela disse que se pesa toda semana e pode até não estar emagrecendo, mas toda vez que ela sai do grupo, disse sair mais leve. Talvez se fosse uma conversa com outro profissional ou até mesmo com uma nutricionista mais nutella, isso não faça muito sentido, se você só pensa na questão clínica na perda de peso em si. Um usuário chegar e falar que sente mais leve depois desse encontro, é isso, a gente vê que mesmo no sufoco a gente consegue propiciar alguns momentos pra essa população que pode contar com poucos recursos do território que vive (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Diante de uma perspectiva mais ampliada de cuidado em saúde, alguns profissionais conseguem vincular os grupos com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Essa prática associada à Medicina Tradicional Chinesa, tem se fortalecido e expandido na ESF através de atendimentos fornecidos por profissionais que tem formação para exercê-la.

Conseguimos que o grupo de alimentação ficasse associado ao grupo de auriculoterapia. A gente conseguiu vincular e estabelecer um teto de 10 pessoas que ficassem para fazer a auriculoterapia, isso aconteceu até a chegada da greve, quando tudo se dissolveu e acabou. Hoje em dia o eixo de práticas integrativas está reduzido a auriculoterapia. A gente não faz o grupo de auriculoterapia em si, a gente realiza a ação em atendimentos individuais, ainda está em processo essa coisa de avaliar os recursos (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Todas as equipes NASF realizam pelo menos um grupo para cada área de atuação: alimentação saudável, atividade física, reabilitação e saúde mental. Apesar de o grupo ser uma atividade destacada e muito mencionada na coleta de dados, foram observados alguns desafios. Geralmente esses grupos são desenvolvidos apenas pelos profissionais do NASF, sem a participação das equipes de saúde da família. “[...] O grupo é semanal e eu sou sozinha, não tem ACS, não tem ninguém nem aqui, nem lá, só eu” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

“[...] Existe uma dificuldade da participação das equipes nos grupos realizados pelo NASF, quando o NASF está planejando alguma atividade/grupo eles acham que não precisam participar e acabam vendo a participação como mais trabalho” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

O grupo desenvolvido pelo NASF é visto pelos outros profissionais como uma atividade que pertence exclusivamente à equipe, o que gera uma desarticulação e a falta de integração entre equipe NASF e equipe Saúde da Família. Geralmente, quando o grupo conta com a participação de outros profissionais, podemos notar uma divisão de tarefas e não a discussão e planejamento conjunto das ações.

Realizo grupo de nutrição na outra unidade, aqui não consigo fazer. Aqui a gente tinha o grupo peito ou prato para falar de alimentação complementar, uma participação muito forte de uma ACS que também pede demissão e o grupo se dissolve porque ela organizava, falava com as equipes, com a responsável técnica de enfermagem para chamar as mães que têm filhos (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Notamos que, os profissionais que trabalham em três clínicas possuem mais dificuldades na adesão dos usuários às atividades de grupo, o que pode estar relacionado com pouca disponibilidade de carga horária do profissional e a dificuldade de estabelecer vínculo com os usuários. Outra questão que vale a pena pontuar é o desenvolvimento dos mesmos grupos pelos profissionais em territórios diferentes, cabe refletir também sobre as necessidades do território e a real demanda dos usuários.

Em uma das clínicas faço grupo, na verdade o grupo começou diferente, geralmente participam os mesmos pacientes há mais de dois anos, às vezes aparecem pessoas novas. Na outra clínica tenho dificuldades de fazer grupos, pacientes não tem regularidade, já troquei várias vezes de data. Na terceira é um grupo que já existia e quando marquei algo da unidade ninguém aparecia então lá eu não faço (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Ademais, os participantes da pesquisa apontaram a participação do NASF nos grupos desenvolvidos pelas equipes mínimas como de gestante, de hipertensão e diabetes. Algumas equipes realizam grupo em saúde, para atender as demandas baseadas nas linhas de cuidado que as equipes precisam acompanhar longitudinalmente. “[...] Tenho tentado participar dos grupos organizados pelas equipes de referência, grupo de hiperdia e gestantes” (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

Agora eu tenho conseguido participar de alguns grupos de hipertensão e diabetes que algumas equipes têm feito com mais regularidade. Lembro-me da fala de uma médica no grupo que não é com uma consulta de 15/20 minutos que os usuários vão conseguir resolver os problemas deles, sendo que os problemas deles estão relacionados a várias outras coisas na vida, que vai além de tomar uma medicação (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Destaca-se, aqui, a importância da articulação do NASF com a equipe de saúde da família, levando em consideração as propostas de matriciamento, que não excluem as atividades em grupo. Torna-se responsabilidade conjunta das equipes a elaboração, estruturação e execução, visto que o grupo não deve pertencer a um profissional, mas sim à unidade, com envolvimento de todos os profissionais necessários.

Os profissionais também realizam grupos com intuito de ‘filtrar’ e organizar o fluxo de algumas demandas que chegam ao NASF, principalmente nas unidades que os profissionais das

equipes mínimas responsabilizam integralmente o NASF para acompanhamento dos casos.

[...] a gente tem feito o grupo de recepção de saúde mental para pensar na porta de entrada dos casos, pensando também na dificuldade das equipes em acessar o NASF, na quantidade de demanda. Enfim, a gente pensou de ser uma via de aproximação com as equipes, de ter esse primeiro momento de porta de entrada e a partir disso a gente retomar para as equipes os casos e trabalhar a partir daí (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Existe também a falta de compreensão dos usuários no desenvolvimento do trabalho com grupos, que está muito atrelada à ausência de compreensão do trabalho de educação em saúde e do acompanhamento baseado no cuidado.

Uma coisa que estou lembrando, a fala de uma usuária assim: ‘nossa como vocês fazem comida numa unidade de saúde?’. Acho que é isso, fica um negócio muito distante trabalhar com a saúde dentro de uma unidade de saúde, parece que isso é o que foge e o que não deveria ser (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Os profissionais descreveram outros grupos que realizaram com os trabalhadores da saúde. No período da coleta de dados nenhum destes grupos estava sendo desenvolvido. “[...] A gente tentou também fazer um grupo de alongamento com os profissionais durante uns dois meses, a gente tentou sustentar, mas logo em seguida veio a greve, aí tudo se desmoronou e a gente não conseguiu dar continuidade” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

[...] a gente conseguiu realizar um grupo de alimentação para os profissionais, a gente conseguiu fazer em três encontros, um grupo que acontecia mensalmente e reverberou em grupo de ACS, porque viram que tinha muita relação com a alimentação e o trabalho. Nesse momento estamos tentando reestruturar um grupo parecido com esse, junto com a psicóloga, pensando que esse grupo será para os profissionais como espaço de educação permanente na ideia de reverter isso para o trabalho (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

[...] Depois desses horários de reunião de equipe que era um momento em que as pessoas ficavam mais light, porque não tinham agenda, aí a gente construiu um espaço de chá com poesia. Pegava as plantinhas do jardim, fazia chá na unidade mesmo, fazia uma roda e começava a ler poesia e aí teve uma mobilização da unidade (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Os obstáculos encontrados para dar continuidade à realização dos grupos destinados aos profissionais podem estar relacionados com a mesma falta de compreensão sobre saúde e cuidado. Para o profissional de saúde, o espaço de grupo deveria ser também um espaço de compartilhamento de informações e trocas para qualificar o seu trabalho. Mais uma vez também refletimos sobre os limites de compreensão da própria perspectiva de mudanças da lógica do modelo de assistência à saúde proposta pela ESF.

5.2.3 Padronização do trabalho

5.2.3.1 Agenda

Muitas das tecnologias para aperfeiçoar o processo de trabalho em saúde no município estão estruturadas a partir do modelo da reestruturação produtiva. Essa lógica tem viabilizado os moldes de operar saúde e elaborar as formas de cuidado por meio de um processo produtivo centrado na execução de procedimentos (FRANCO, 2003 apud FERREIRA et al., 2009).

Reforçando essa lógica de trabalho, temos a agenda padrão. O município recomenda que os profissionais sigam uma agenda padrão contemplando os procedimentos e a quantidade de atividades realizadas por turno. Através da elaboração da agenda padrão, os profissionais devem seguir também o tempo médio estabelecido para cada procedimento, como, por exemplo, o atendimento individual, que devem ser realizados seis por turno. Considerando que um turno tem quatro horas, na lógica da agenda padronizada o tempo médio por atendimento é de quarenta minutos. Isso ocorre com todas as outras atividades.

A análise das questões nesse entorno permite observar em que medida um protocolo facilita a prática por possibilitar adaptações à especificidade de cada caso ou, ao contrário, institui-se de forma inflexível, dificultadora da prática. A padronização pode ser muito útil aos trabalhadores e garantir eficiência ao processo, entretanto, há uma grande diferença entre um uso taylorista das padronizações e um uso inteligente, subordinado à apreciação e à individualização de soluções propostas para o atendimento (SANTOS FILHO, 2014, p. 1019).

Apesar dessas recomendações, nenhum dos profissionais participantes da pesquisa organiza seu processo de trabalho nos moldes da agenda preconizada, pois compreendem que ao mesmo tempo em que essa ferramenta de trabalho facilita na organização também contribui para deixar o trabalho engessado. Tendo em vista a dinâmica da rotina de trabalho, os profissionais preferem deixar os turnos abertos para contemplar a demanda das equipes. Os horários fixos na agenda são destinados para as atividades permanentes como grupos e reuniões.

Não trabalhamos com agenda padrão, temos uma agenda padrão para constar. Turnos fechados são de matriciamentos e grupos. Mas não temos como fechar um turno semanal para visita domiciliar, tem semana que não vamos realizar visita domiciliar. Além disso, temos que nos adequar com as necessidades das equipes, quando você pode fazer visita domiciliar outra equipe não pode, tem uma flexibilidade, a gente trabalha com o que aparece. Nós trabalhamos com que a agenda padrão pede, mas não com a rigidez de uma agenda, todos os turnos fechados. A gente faz as atividades

que são preconizadas, mas não tem dia específico para aquilo. Mas se a gente olhar para a agenda na semana até que fazemos agenda padrão: um ou dois turnos para grupo, um ou dois turnos para matriciamento, só não temos tudo muito fechado de carga horária específica para consulta e visita domiciliar porque o resto é mais fechado (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

De acordo com a profissional do NASF Resiste, a equipe não segue a agenda padrão pela própria rigidez que a mesma apresenta. Os profissionais destacaram que estruturam suas agendas a partir das demandas apresentadas e não fechando turnos por atividades específicas. Ao mesmo tempo, os profissionais afirmam que seguem a lógica da agenda padrão quando analisam a própria estrutura delas no prontuário eletrônico, com turnos fechados para as atividades fixas, por exemplo.

A gente não faz a nossa carga horária fechada, tal dia, tal horário a gente tem um turno de visita domiciliar, como as equipes mínimas trabalham. A gente deixa a agenda aberta. Quando fomos convocados no fórum a olhar isso, a gente conseguiu ver certa divisão, certa porcentagem da nossa carga horária de alguns dispositivos que a gente se utiliza né, da visita domiciliar, de consulta conjunta, consulta individual, grupo, articulação de rede [...] (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

O NASF Amor afirmou que a agenda padrão pode servir como um dispositivo para os profissionais ao possibilitar a avaliação do trabalho e a divisão das atividades realizadas, visto que quando não existia uma agenda padrão a ser cumprida, os profissionais não refletiam sobre a quantidade e quais atividades realizavam. Quando o Fórum NASF trouxe a demanda para as equipes pensarem sobre a organização da agenda, a equipe mencionou que só a partir dessa avaliação que conseguiram observar o quanto realizavam atividades de cunho assistencial, por exemplo. “Antes dessa discussão a gente não se achava dessa forma, depois a gente começou a enxergar isso de outra forma” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Constata-se que o planejamento e a construção das ferramentas não são construídos em conjunto com os profissionais que estão ‘na ponta’ do serviço, o que contribui para o distanciamento entre o que é preconizado e a prática exercida. Nesse processo, percebemos uma separação entre os que planejam – gestão – e os que executam, reforçando a lógica dos profissionais serem meros executores de tarefas.

Outra questão abordada pelos profissionais foi a cobrança da gestão sobre a necessidade de evidenciar o trabalho desempenhado, no que diz respeito ao registro no prontuário eletrônico. Pelo registro no prontuário o profissional evolui o acompanhamento dos pacientes e registra sua produção por procedimentos. Um dos desafios apresentados se refere a não adaptação dos prontuários ao trabalho do NASF e a dificuldade de registro tendo em vista essa característica.

[...] pensando na agenda padrão, nos indicadores, é de que sempre tem a discussão de como a gente mostra o trabalho, que o prontuário eletrônico não está adaptado para o NASF. O prontuário registra nossas ações por atendimentos, então como registramos as outras ações, a grande importância é como a gente mostra o trabalho, isso sempre é uma sombra que percorre o nosso trabalho, entre o que é prescrito e o que é real, inclusive na forma de registro (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Vale destacar também os protocolos que os profissionais devem respeitar, que podem servir para facilitar o trabalho como também para promover o engessamento do mesmo, com vistas a garantir o cumprimento do trabalho a partir da meta estabelecida. “Falar em reestruturação produtiva na produção da saúde remete às mudanças no modo de produzir o cuidado, a partir de inovações nos sistemas produtivos da saúde, que refletem no modo de fabricar os produtos da saúde e na forma de assistir e cuidar” (PRATA; PROGIANTI; DAVID, 2014, p. 1126).

Outro aspecto que reforça a lógica da padronização e do trabalho quantitativo por ações, foi em relação às metas de cobertura por desempenho e produtividade incorporada ao contrato de gestão celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e as OS. Essa lógica tem reforçado a construção da política municipal de saúde como mercadoria, que necessita oferecer produtos de consumo – consultas, remédios e exames –, em que o profissional precisa ofertar esses produtos e mostrar o que foi produzido para que a gestão local possa avaliar se a meta foi alcançada. A avaliação está direcionada ao número produzido e não a qualidade oferecida. A fala do profissional abaixo demonstra problematização diante da forma como são desenvolvidos os serviços de saúde no município e o quanto é difícil desconstruí-la se o serviço demandado pelos usuários vai ao encontro com a lógica oferta x consumo.

Outro desafio é a forma utilitarista da saúde como oferta de procedimento que está para além dos profissionais, tem a ver com a questão da política, reduzem a lógica, pois colocam a saúde no lugar de mercadoria, do que está aqui tem que ser consumido, tem que ter a consulta, o remédio. Outro desafio é a questão cultural que a gente se depara o tempo todo, às vezes a gente tenta ofertar, mas a própria demanda vem nesse sentido de consumo (PSICÓLOGO 2 NASF AMOR).

5.2.3.2 Regulação Assistencial

A regulação de vagas de atendimentos e procedimentos é incorporada ao trabalho da ESF, no qual a APS participa da rotina de regulação do SUS, que era tradicionalmente realizada pelas Secretarias Municipais de Saúde. Um estudo realizado por Almeida et al. (2010), em quatro capitais brasileiras apresentou que a descentralização da regulação acompanhou o processo de organização de fluxos para os outros níveis de atenção.

Com a expansão da ESF em todo território brasileiro, foram constatados desafios pelos municípios para realizar a coordenação entre os níveis assistenciais dos serviços de saúde. Em busca de organização dos serviços de regulação, o MS criou o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), com intuito de facilitar o processo regulatório, promovendo controle do fluxo e transparência ao processo. O município adotou o sistema de regulação assistencial ambulatorial desde 2012, que se desenvolve nas clínicas da família por um médico na função de Responsável Técnico (RT). O médico RT tem a função de regular/autorizar as solicitações de consultas ou exames de toda a unidade (PINHEIRO, 2017).

Para aperfeiçoar o processo de regulação o município elaborou um protocolo, por meio de um guia de referência rápida, que realiza orientações baseadas de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado, para auxiliar os profissionais reguladores na tomada de decisão. Também foi elaborado um guia para o NASF sobre regulação, compreendendo o papel da equipe enquanto dispositivo de apoio na resolução de problemas e para a introdução de práticas que ampliam o escopo de ofertas. O material instrutivo direcionado ao NASF orienta as ações de responsabilidades da equipe nesse processo, assim como o manejo das listas do SISREG, com vistas a contribuir com o aumento da resolutividade da APS. De acordo com o guia, “O NASF, enquanto equipe de apoio, deve atuar junto ao regulador na Gestão das Listas do SISREG, garantindo a Coordenação do Cuidado e a Integralidade da Atenção” (RIO DE JANEIRO, 2016b, p. 05).

Quanto ao papel dos profissionais do NASF no apoio à regulação, verifica-se que esse processo não foi totalmente incorporado pelos profissionais. Observamos que apenas uma equipe NASF ressaltou a importância de realizar o trabalho qualificando a regulação assistencial e acompanhamento das listas do SISREG, que são formadas pelos encaminhamentos para realização de exames ou consultas na atenção especializada. No entanto, mesmo compreendendo a relevância deste trabalho, pontuaram as dificuldades de colocá-lo em prática. “[...] Por exemplo, a gente tem que ver as listas do SISREG com os Responsáveis Técnicos e não consegue fazer isso, mas isso faria todo sentido” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Por mais que os profissionais considerem a relevância deste trabalho, dependem de diversos fatores para serem concretizados, principalmente da disponibilidade dos médicos RTs, que geralmente têm uma demanda excessiva por terem a função de regular a solicitação de vagas de todos os profissionais, além de compor uma equipe na unidade.

Sempre ter que tomar, retomar, a gente tinha conseguido, aqui tem duas pessoas que

são reguladoras, que tinha sido priorizado um trabalho a partir das listas. Nós temos muito contato com um deles, que é uma médica, a gente tinha conseguido construir um horário por semana que ela ficasse com a gente vendo isso. Tentamos retomar o espaço que a gente não conseguia muito legitimar, mas pelo menos a gente sabia que tinha um horário pactuado que de fato deveria cumprir e agora ela não tem mais esse horário. [...] Aqui na clínica a gente vê que as equipes não dão conta do trabalho e que conseqüentemente a gente não vai conseguir fazer o nosso (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

A médica que é Responsável Técnica (RT) está diminuindo a carga horária para 20 horas, é uma médica que entende nosso processo de trabalho, super vinculada a gente e até se disponibilizou a se organizar para essa revisão de listas, ela foi em uma oficina de reabilitação comigo e se propôs a ver isso, mas desde então, com a redução da carga horária ela não conseguiu se organizar. Agora ela está saindo da função de RT, então vai ter todo esse processo de novo, era uma boa parceria que a gente tinha no processo de trabalho. A todo tempo tem essas transições essas mudanças que vão pactuando que a gente tenta construir, mas não consegue colocar em prática (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Apesar do município ter documentos próprios sobre a regulação assistencial, o MS, por meio do Caderno de Atenção Básica nº 39, descreve o papel de regulador assistencial do NASF como elemento do seu processo de trabalho, que se concretiza não apenas em reuniões com RT, mas também na discussão de casos e consultas conjuntas.

Papel regulador: assim como todos os profissionais do SUS, o Nasf tem responsabilidade pela regulação do acesso, ou seja, por qualificar os encaminhamentos relativos à sua área de atuação, tanto aqueles recebidos das equipes apoiadas, quanto os realizados por outros pontos ou serviços da Rede de Atenção à Saúde. Para isso, deve estabelecer estratégias que busquem aumentar a resolução (ou manejo) da maioria dos problemas de saúde na Atenção Básica e definir, com as equipes vinculadas e atores de outros serviços e da gestão, critérios e fluxos para encaminhamentos para outros pontos de atenção quando necessário (BRASIL, 2014, p. 40).

O NASF deve atuar junto à equipe de referência, orientando os possíveis encaminhamentos para a atenção especializada, antes de serem efetivados. Contudo, nem sempre ocorre dessa maneira e, por vezes, o encaminhamento acontece sem o contato prévio com o NASF. Apesar da institucionalização da participação do NASF na regulação, este é um processo em construção e precisa ser fortalecido (PINHEIRO, 2017).

5.2.4 Relação entre o NASF e equipes de Saúde da Família

Com o apoio matricial, existe um esforço de se estabelecer a lógica da colaboração interprofissional, ou seja, do planejamento das ações à execução das atividades com a participação efetiva da eSF. A proposta do apoio estabelece na rede de saúde relações horizontais para integrar os diferentes saberes, no entanto, através das falas dos profissionais

são exemplificadas a falta de compreensão por parte das equipes mínimas sobre a proposta do NASF. Isso dificulta a efetivação do trabalho do núcleo bem como a realização da articulação das ações.

É um pouco da falta de compreensão do que é o modelo de saúde da família, os profissionais das equipes mínimas não conseguem entender então fica parecendo que toda vez que a gente propõe algo que vai significar redução de demanda, que vai significar uma qualidade melhor de atendimento, eles acham que é mais trabalho. Não acho que seja só uma questão de não compreender, tem um pouco de estarem sobrecarregados, por uma coisa que está distorcida de um modelo que deveria ser (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Também constatamos que existem barreiras para realização da integração entre as equipes. Apesar da articulação ser essencial para o processo de trabalho, foi destacado que as eSF estão sobrecarregadas com as demandas e acabam enxergando o NASF como um trabalho a mais.

Em busca da superação desses desafios, torna-se fundamental para concretização do trabalho a integração entre as equipes e coesão na realização do trabalho em conjunto, tendo em vista a contribuição do apoio matricial na produção do cuidado. Uma das estratégias apontadas pelos profissionais diz respeito à construção de vínculo entre as equipes, que facilita a interação e a colaboração.

Tem um avanço no trabalho com as equipes, porque é essa história de construção de vínculo com as equipes, história do trabalho. Sustenta o trabalho por ter profissionais há mais tempo. Por exemplo, tem equipes que agora, depois de dois, três anos de aproximação bem constante e intensa que a gente está vendo os efeitos do trabalho [...] (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

De acordo com a psicóloga do NASF Amor é necessário tempo para construção de vínculos no trabalho. Relatou que após anos apostando no trabalho próximo do núcleo com as equipes estão percebendo os efeitos positivos no trabalho. A terapeuta ocupacional do NASF Amor também destacou que o vínculo aproxima a relação interprofissional, facilitando a compreensão do trabalho do NASF. Antes de conseguirem estabelecer essas parcerias, os desafios do trabalho integrado sempre eram discutidos na reunião de equipe NASF, visto que interferia diretamente no acompanhamento dos casos e no excesso de atendimentos individuais.

Acho que só de um tempo para cá teve aproximação, entendimento e um avanço do nosso processo de trabalho. Antes a maioria da nossa pauta de reunião, inclusive, era a dificuldade do trabalho, da gente conseguir sustentar que as pessoas chegassem sem que a gente ficasse lá atendendo sozinho e as equipes se apropriassem dos casos. Enfim, que a gente conseguisse fazer alguma coisa junto com eles, isso foi uma queixa durante muito tempo e só recentemente a gente conseguiu perceber o quanto isso

andou (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Os profissionais do NASF Florido e Resiste frisaram como aspecto positivo as parcerias com os profissionais das eSF, destacando o ACS e o quanto conseguem se aproximar dos casos, do território e das equipes pelo vínculo com este profissional.

Acho que a gente consegue estabelecer parcerias boas com ACS, mesmo não tendo clareza do que a gente faz no NASF, eles têm disponibilidade de trazer os casos, contribuir no monitoramento e aqui a gente tem uma boa relação com a gerência local, que tem clareza sobre o trabalho da estratégia e do NASF, isso potencializa muito, pelo entendimento muito bom do trabalho (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

Quem chega à gente não é só médico e enfermeiro, ACS também vem trazer caso, falar de caso conosco, do que podemos fazer, acho que temos uma disponibilidade do NASF reconhecida por toda a equipe. Não é só por um profissional ou outro, temos um trabalho em que o ACS é muito importante nesse processo (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Diante dos resultados, podemos notar a necessidade do trabalho com mais recursos de apoio à colaboração interprofissional, que precisa ser um esforço coletivo e ampliado entre os diversos profissionais. A integração das ações, com a manutenção da eSF como referência do acompanhamento, propõe a autonomia e a complementaridade dos saberes na oferta do cuidado ao usuário. Assim, para a construção dialogada e compartilhada entre apoio e referência, faz-se necessária uma relação comprometida com a superação de suas barreiras estruturais (CELA, 2014; MATUDA et al., 2015).

A colaboração interprofissional tem sido identificada como uma estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado, efetivo também tem sido pauta nas discussões das políticas de saúde, a fim de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, na perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente. Esta tendência em adotar novas formas de organização dos serviços requer, não apenas, a implementação de novas áreas e funções nas estruturas organizacionais existentes, mas também o desenvolvimento de práticas de cuidado compartilhado (MATUDA et al., 2015, p. 2517).

Ademais, os profissionais do NASF Amor discutiram bastante a questão da discrepância dos protocolos de prioridade para o acompanhamento dos casos, trazendo à tona algumas reflexões, como: a diferença entre as demandas prioritárias do NASF e equipe de Saúde da Família e encaminhamento direto para o NASF. Foi pontuado que muitas vezes a equipe de referência não conhece o caso e mesmo assim realiza encaminhamento para o NASF. Os profissionais do NASF, em alguns casos, redirecionam para equipe com a intenção de discutirem em conjunto as intervenções necessárias para a situação que se apresenta.

[...] Alguns não se propõem muito para a proposta da estratégia, para outro tipo de trabalho e o que acontece com a gente aqui é pela restrição do acesso que os usuários têm nas equipes deles, por exemplo, as equipes mínimas tem que atender aqueles casos padrão: hipertensos, diabéticos. Isso eles tentam dar conta de atender, mas qualquer pessoa que fuja um pouco disso ou que não consiga explicar a demanda que ele veio até aqui pedir vem na nossa sala. Eles não conseguem dar acesso, então mandam a pessoa para nossa sala para conversar com o usuário e tentar entender melhor. Muitas vezes a pessoa nem passou pela equipe e já chega direto aqui para gente conhecer, de primeira vez (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

A gente também tem um incômodo de como constrói um trabalho com esses profissionais que seja diferente da lógica que eles estão convocados a se inserir sem que a gente se apresente como outra demanda. É um desconforto muito grande ir até os profissionais demandar o que foge muito do que vem sendo pedido para eles, a forma como a agenda deles está organizada, o que a gente propõe é muito diferente (PSICÓLOGA I NASF AMOR).

Os profissionais do NASF acompanham os eixos prioritários formados pelas áreas estratégicas que são compostas por: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; saúde da mulher; saúde da criança e do adolescente; serviço social e assistência farmacêutica (BRASIL, 2014).

Diferentemente do NASF, as equipes mínimas organizam os processo de trabalho priorizando as linhas de cuidado pré-estabelecidas, com as seguintes áreas de atuação: agravos – hipertensão, diabetes, tuberculose, gênero – saúde da mulher, saúde do homem, ciclos de vida, criança, adolescente, idoso. De acordo com o município, a organização por linhas de cuidado pressupõe o estabelecimento de percursos assistenciais com diretrizes clínicas e direcionamento específico. Além disso, sua implementação auxilia na organização da atenção a saúde e nos fluxos estabelecidos.

Percebemos que os fluxos de trabalho organizados pelo município são bem distintos entre as equipes. Podemos destacar estas diferenças como uma das principais barreiras para a realização do trabalho integrado, tendo em vista a organização do trabalho e a prioridade dos casos que são padronizados. O município estipula percentual de acompanhamento das eSF de acordo com as linhas de cuidado, induzindo, ainda mais, a agenda com uma organização pré-determinada, com intuito de responder as cobranças e atender as metas estipuladas.

As questões apontadas se somam a orientação do trabalho das duas equipes, fruto de documentos norteadores distintos para cada uma delas, que determinavam diferenças e uma grande heterogeneidade do ponto de vista da organização do trabalho; no trabalho previsto; nas prioridades de ação; no tempo destinado para a realização das atividades; nas metas, na produtividade exigida, nos indicadores de desempenho utilizados; na coordenação técnica e na organização administrativa para cada equipe (BARROS et al., 2015, p. 2854).

Além disso, vale destacar a relevância da formação profissional especializada em saúde da família para uma compreensão mais qualitativa sobre o processo de trabalho. Os profissionais do NASF reforçam a dificuldade de compreensão sobre apoio matricial com relação aos profissionais que não possuem cursos e experiências em saúde da família e áreas afins. Muitos reproduzem a lógica de encaminhamento para o especialista dentro da unidade, sem que o caso seja compartilhado para se pensar em estratégias de cuidado.

A gente percebe que o profissional que tem uma formação na área de saúde da família entende muito mais o trabalho do NASF do que aqueles profissionais que chegam sem essa formação, que chega para entender o trabalho do matriciamento demoram um pouco mais. É um trabalho de conquista da lógica matricial porque ainda assim tem pessoas que resistem um pouco (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

A relação com os gerentes também é algo relevante para o desenvolvimento do processo de trabalho. Nota-se que quando o gerente não estimula o trabalho das equipes em conjunto com o NASF, este se torna mais moroso e fragilizado diante do processo de desenvolvimento do trabalho integrado. O NASF Florido destacou a experiência negativa com uma das gerências das unidades que a equipe apoia. “[...] a gerência tem muita dificuldade de entender, não sei se é de entender ou aceitar o matriciamento” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

O NASF Amor frisou como desafio uma crítica elencada pela gerente da unidade pela demora de atendimento quando os profissionais realizam interconsultas, como se fosse um aspecto negativo. Vale refletir que os casos compartilhados com o NASF, geralmente, são aqueles que requerem um tempo maior de escuta pela complexidade da situação.

A gente sempre faz o esforço de fazer uma consulta conjunta, mas um dia desses escutei a gerente procurando pela enfermeira e eu disse que estava em interconsulta com o NASF. E ela disse: “ah, se é interconsulta, então não vai terminar tão cedo”. E ainda tem isso a coisa do tempo, o tempo real que levam em uma consulta sozinho que seguem um determinado protocolo e consegue dar minimamente conta daquilo, dar conta com aspas, daquilo que chega. E que quando a gente tá presente o que aquilo representa (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

O apoio do gerente foi descrito como uma característica potente para os avanços no processo de trabalho do NASF, pois estimula a equipe de referência a utilizar o NASF como um dispositivo de trabalho para qualificar o serviço prestado.

[...] a outra questão é do entendimento e participação do apoio do gerente da unidade e isso contribui para que as equipes saibam do papel do NASF. Nessa clínica chamam o NASF para tudo mesmo, mas em contrapartida em outros lugares o NASF está lá, mas poderia não estar, tanto faz (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

Quando o gerente compreende o trabalho do NASF, contribui para qualificar a conduta

da equipe, estimular o trabalho interprofissional e auxilia na diminuição da verticalização dos encaminhamentos, buscando manter a referência do caso com as eSF, capacitando e oferecendo a retaguarda necessária.

5.2.4.1 O NASF e a saúde dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família

Um tema que apareceu em forma de crítica pelas três equipes participantes da pesquisa foi a maneira como o NASF é demandado em ser um dispositivo de saúde do trabalhador, ou seja, fornecer esse tipo de serviço para os profissionais das eSF. A queixa do NASF está ligada ao fato de não existir um espaço de saúde do trabalhador direcionado aos profissionais do núcleo e, mesmo assim, serem demandados a oferecer tal serviço para a unidade. “Quando tem grupo de saúde do trabalhador nós temos que fazer” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

A demanda chega de diversas formas, a psicóloga do NASF Amor relatou que esses momentos de escuta do sofrimento são recorrentes no trabalho, os profissionais sempre desabafam e se sentem confortáveis ao serem ouvidos para além das demandas de trabalho.

Um dia desses veio uma enfermeira aqui para passar um caso, a partir desse caso começou a falar sobre a vida dela, coisas que estão acontecendo e no final ela falou: “nossa, sinto muita falta de alguém que possa conversar comigo sobre algumas coisas que não sejam o trabalho”. A gente tem escutado muito isso. Tem sido muito comum escutar as queixas deles sobre o trabalho também. As falas têm sido na direção de um adoecimento real e eles têm falado muito sobre isso (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Diante dessa fala, observa-se o quanto que alguns profissionais utilizam o apoio do NASF para falar sobre o seu adoecimento, que revela não apenas a ausência de espaços institucionais para promover qualidade de vida no trabalho como também a carga de trabalho do NASF, que acabam oferecendo suporte aos profissionais das eSF. Assim sendo, os profissionais também são demandados a fornecerem apoio diante do sofrimento dos trabalhadores.

Diante disso, existe a demanda de ações de saúde do trabalhador por parte da gestão local, que se tornou mais recorrente no período de atraso de salário, greve e aumento da violência no território. Os profissionais problematizaram que foram demandados a promover estratégias para cuidar do trabalhador, sem que a gestão local considerasse que estavam com as mesmas demandas diante do cenário de crise e passando pela mesma situação. A solicitação de cuidado das equipes no momento crise pode se configurar como uma estratégia de amortizar o sofrimento deflagrado pelas condições de trabalho e violência institucional. Camuflar os sintomas dessa violência pode possibilitar uma ação assistencial despolitizada.

Além disso, podemos notar um consenso entre os trabalhadores das três equipes, destacando o processo de cobrança para cuidar dos profissionais. O NASF Resiste explicitou a cobrança por parte da gerência para criar estratégias de cuidado e termina sua fala com uma pergunta bastante pertinente.

Uma fala que a gente usou na reunião com a gerência foi que nesse momento de crise nós realizamos grupos e acolhemos os profissionais para fazer roda de conversa, ter um espaço para que eles falassem, roda de relaxamento, uma proposta para cuidar dos profissionais e quem cuida do NASF? (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

A fala do NASF Amor caminha no mesmo sentido, no qual o profissional evidencia as solicitações realizadas para a equipe cuidar do trabalhador e a falta de cuidado com eles.

Acho que pode acrescentar também sobre o cuidando de quem cuida do trabalhador. Sempre o NASF é solicitado a cuidar, mas não vejo em canto nenhum alguém que venha cuidar do NASF. Aliás, teve até uma reunião, uma proposta que surgiu e a gente foi achando que a proposta era essa, que o objetivo era esse, que não foi nesse sentido a reunião. Na verdade era pra pensar em cuidar do profissional que nem era a gente (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

O NASF Florido pontuou também que se encontram estressados e ao criar estratégias e ações para diminuir o estresse dos profissionais das eSF não diminuem os sentimentos deles.

O estresse da gente não está diminuindo, quando tentamos diminuir o estresse dos outros. Não estou dizendo que os profissionais da equipe mínima não ficam estressados, todo mundo fica, mas aí a questão não é a gente não querer diminuir dos outros, mas isso não diminui o nosso, como se não tivéssemos razão para estarmos estressados [...] (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Além disso, os profissionais do NASF Amor refletiram também sobre a necessidade de espaços de saúde do trabalhador de um modo mais efetivo, para além das intervenções pontuais em momentos de crise, como ocorreu ao longo de 2017 e 2018. Os profissionais aproveitaram o espaço do grupo focal para refletir sobre uma solução mais efetiva diante das circunstâncias em prol da saúde do trabalhador.

Acho que nem é de alguém cuidar da gente, ah, vamos desabafar. Acho que alguma intervenção objetiva no nosso processo de trabalho que eu não vejo saída para coisas, não sei por quanto tempo a gente vai resistir das coisas funcionando dessa forma. Acho que a gente tem tido força para se reinventar para continuar, mas não sei por quanto tempo (PSICÓLOGA I NASF AMOR).

O processo de adoecimento e a sua relação com o trabalho se faz cada vez mais presente. O importante a ser enfatizado se refere à falta de estratégias da gestão municipal para promover

cuidados efetivos aos trabalhadores e, conseqüentemente, qualidade de vida no trabalho. Pela ausência de ações direcionadas à saúde dos trabalhadores, os NASFs são demandados a promover esse trabalho, contribuindo para o aumento da carga de trabalho e para o adoecimento cada vez mais frequente no trabalho em saúde.

5.2.5 Integração da equipe NASF

O trabalho em equipe é extremamente necessário para a concretização do trabalho do NASF. Para Peduzzi (2001) o trabalho em equipe se constrói por meio de uma relação bilateral entre os profissionais de distintas áreas, através das intervenções técnicas, que é possibilitada a integração e articulação das ações. Com isso, o trabalho em equipe é considerado uma das principais bases para a realização da ação interdisciplinar e o desenvolvimento da assistência integral e equânime da saúde.

Assim sendo, entende-se a articulação das ações no sentido de colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho, e a interação dos agentes no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo e colocam-se de acordo acerca de seus planos de ação (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016, p. 105).

Diante das colocações teóricas para a realização do trabalho em equipe, vale destacar o trabalho realizado pelo núcleo. O NASF Florido avaliou a interdisciplinaridade como uma potencialidade no desenvolvimento do trabalho. Destacou como aspecto positivo o olhar mais amplo para o acompanhamento dos casos pelas possibilidades de troca de saberes e experiências entre os profissionais. A assistente social descreveu uma conversa que teve com uma amiga, destacando o trabalho da equipe, que não se limita pela área de atuação. De acordo com ela, os profissionais do NASF Florido, independente da demanda, acolhem o usuário, exercitando a troca de saberes e realizando um trabalho para além da divisão da formação profissional.

Pode parecer meio romântico, mas acho bom de ser NASF, de trabalhar com NASF é a questão da interdisciplinaridade, sou apaixonada. Para além da questão do trabalho em si, a gente sabe que é complicado, que é corrido, mas de ter a possibilidade de sentar com o profissional de outra categoria e conseguir fazer uma leitura ampla sobre alguma coisa. Um dia uma amiga, que é enfermeira e trabalha em outro lugar, estava dizendo que o NASF lá é o mesmo que nada, se chega um caso de saúde mental e só está a nutricionista ninguém pode atender. Ai eu falei: ‘você está com problema, se no meu NASF chega um caso de saúde mental qualquer um de nós atende, atende não, acolhe’. Não é atender, é acolher. A gente tem condição de fazer com muita propriedade. A gente consegue fazer essa conversa que não é tão simples como a gente pensa. Talvez pra gente seja, mas no nível mais geral isso não é tão simples assim (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Complementando a fala da assistente social, a nutricionista da mesma equipe também destacou a interdisciplinaridade no seu processo de trabalho. Além disso, discorreu sobre o aprendizado adquirido de outras áreas distintas com a sua inserção na ESF e o quanto isso contribui para qualificar o atendimento ao usuário.

A questão da interdisciplinaridade é muito legal porque a gente se matricia e a gente evolui enquanto profissional. Hoje em dia eu sei mais sobre fisioterapia, serviço social, saúde mental do que eu sabia antes de trabalhar na estratégia de saúde da família. Muito positivo enquanto profissional para gente dar o melhor para o usuário, para acolher as questões que chegam quando só está a gente na unidade (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Frente às questões apresentadas, a equipe torna-se coesa ao considerar o envolvimento dos profissionais em todo o processo, desde o processo de planejamento até a tomada de decisão. Todos os membros da equipe sentem-se responsáveis pela equipe e as demandas que chegam como foi exemplificado pelo NASF Florido. Com isso, os profissionais empenham-se para manter relações de cooperação por meio de objetivos mútuos compartilhados, comunicação, reconhecimento e apoio recíproco (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016).

De acordo com os achados de Nascimento, Quevedo e Oliveira, os profissionais reconhecem a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe como fonte de prazer e satisfação, por contribuírem no crescimento profissional e intervenções mais abrangentes, através das trocas entre os profissionais e seus saberes. “O trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade favoreceu uma nova visão de mundo, um olhar menos fragmentado sobre os fenômenos da saúde e da doença, por meio da superação dos limites disciplinares e do exercício da convivência, com respeito às diferenças” (2017, p. 6).

Ademais, o NASF Resiste descreveu a relevância do companheirismo entre os profissionais para o desenvolvimento do trabalho em equipe. “A estrutura da equipe NASF e composição, acho que somos companheiro de trabalho, estamos o tempo todo discutindo, isso é um ponto primordial para a qualidade de trabalho” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

O cuidado entre os membros da equipe foi reconhecido como uma potencialidade, principalmente pela possibilidade de contarem um com o outro para realização do trabalho. Destaca-se também a importância da afinidade e parceria entre os membros para conseguirem realizar o trabalho em equipe. Segundo o NASF Amor um dos espaços de fortalecimento da equipe é a reunião NASF, momento que conseguem parar para planejar e exercer a prática

comunicativa, não apenas no sentido de articular as ações como também de pensar em estratégias de cuidado da equipe para os seus membros.

Acho que a gente se cuida bastante, acho que da gente continuar tendo força. [...] acho que tem a ver também da gente sustentar que nossa reunião semanal e que a gente fecha um turno para reunião. Da gente perceber a importância da nossa coesão enquanto equipe, é perceber o momento do outro, fulano não está muito bem, vamos retirar ela de cena durante um período ou dar uma dica (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Aqui nos debruçamos em detalhar a troca entre os profissionais a partir da relação interpessoal dos membros da equipe, trazendo resultados positivos para o trabalho. “[...] A gente sempre contou muito com as pessoas que estão aqui e se nem isso está fluindo, então o que sobra pra gente de onde a gente pega esse folego (NUTRICIONISTA NASF AMOR)”.

Ao final das colocações do trabalho em equipe do NASF e as relações interpessoais, a nutricionista do NASF Amor, expressando emoção diante dos colegas de trabalho disse que não se sente capaz de construir seu trabalho em outra equipe, destacando a importância da relação interpessoal e interprofissional entre os membros da equipe. “Acho que se hoje em dia eu pensar em começar o trabalho em outro NASF, em outra equipe, acho que eu não me sinto capaz, é isso” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

5.2.6 Vínculo com o usuário

Na relação entre usuário e profissional é preciso o estabelecimento de vínculo, que aproxima o envolvimento entre os sujeitos. Na ESF o vínculo é fundamental na medida em que favorece a produção do cuidado e troca de afetos. Conhecer a realidade dos usuários sobre sua vida – família, moradia, trabalho – bem como os limites e possibilidades diante dos problemas apresentados é uma estratégia de fortalecer o vínculo. “O vínculo profissional-usuário se estabelece a partir do momento em que o profissional se interessa pelo usuário, reconhecendo a sua singularidade e a realidade de vida em que este se insere, e assim estabelecendo conversas com conteúdo” (ILHA et al., 2014, p. 561).

Os profissionais destacam como aspecto positivo do processo de trabalho o estabelecimento de vínculo e, a partir disso, a possibilidade de realizar o acompanhamento longitudinal aos usuários. Destaca-se nesse processo o sentimento gratificante de acompanhar os casos e a evolução com a contribuição do profissional. “Têm essas questões bem gratificantes, de relatos, você vê a evolução do paciente, os que consegue acompanhar, é bem gratificante, tem esses pontos positivos também” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Diante dos dados apresentados observamos que, a equipe NASF Resiste realçou o sentimento de prazer ao associar a evolução dos pacientes. Ter a oportunidade de acompanhar os casos graves e avaliar o quanto o NASF potencializa o cuidado motiva os profissionais, mesmo com uma rotina de trabalho sobrecarregada. Muitas vezes as eSF não conseguem acompanhar as necessidades de algumas demandas que requerem uma vigilância de saúde e cuidado mais frequente, como os casos de saúde mental, que acaba sendo direcionado quase que exclusivamente para o NASF.

Acho que o trabalho do NASF, da saúde de uma maneira geral tem uma questão que é o prazer de ver a evolução desses pacientes e o quanto que somos potentes, o quanto o trabalho do NASF tem potência muito grande. A gente vê mudanças reais na vida das pessoas e isso nos deixa feliz por estarmos vendo essa diferença. Começamos uma semana muito difícil, com diversos casos de ideação suicida, só pensava que teria na semana a atividade com a usuária X (paciente grave, quase morreu). Apesar de ser um caso muito grave a gente conseguiu ver modificação real, que deixa a gente encantada pelo prazer, pela evolução (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

A assistente social do NASF Resiste destacou a potência do trabalho da equipe no acompanhamento dos casos complexos. Enquanto os profissionais das eSF enxergam o caso como mais um dentre outros, a equipe contempla como o caso, destacando sua singularidade.

O quanto a gente consegue olhar para isso e enxergar tanta potência na equipe, diante de tanto volume de demanda o quanto é difícil ter esse reconhecimento, como um caso foi tão maravilhoso, o quanto ela evoluiu. As pessoas tratam como UM caso, pra gente é O caso (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

A sensibilidade com o caso também fortalece o vínculo e contribui para as mudanças de paradigma na forma de produzir saúde, levando em consideração a potencialidade e autonomia dos usuários. Ao invés de dar ênfase aos procedimentos e metas a partir das prioridades da gestão, o cuidado se realiza pelas premissas da promoção da saúde, que favorecem a potencialização do sujeito como protagonista da sua história (ILHA et al., 2014).

Ademais, vale levantar uma questão pertinente que foi pontuada no grupo focal do NASF Amor, que diz respeito às demandas dos usuários diante do serviço. Grande parte das demandas chega ao serviço em forma de procedimento, no qual os usuários solicitam a necessidade de uma consulta, exame, remédio, entre outros. Ainda é um desafio para a ESF desconstruir essa lógica da saúde nos moldes tradicionais, estabelecida culturalmente, se fazendo necessário reforçar práticas e formas alternativas de cuidado para a população. “Outro desafio é a questão cultural que a gente se depara o tempo todo, às vezes a gente tenta ofertar

outras coisas, mas a própria demanda vem nesse sentido de consumo” (PSICÓLOGO 2 NASF AMOR).

A gente sempre se volta para o trabalho em si, dos profissionais, da clínica, mas a gente está aqui também para atender os usuários, para atender essa comunidade. E tem também uma coisa que é dos próprios usuários que chegam com uma demanda que entende que a sua demanda é a mais urgente, que é a demanda que precisa ser solucionada naquele momento. [...] Como esses usuários chegam, é de uma cultura que a gente tem de pensar o cuidado em saúde como uma resposta, quando a doença está instalada ou quando algum agravo já chegou e tem a fantasia que uma consulta vai dar conta (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Diante dos relatos apresentados, nota-se que os usuários comparecem aos serviços de saúde com uma queixa solicitando uma conduta profissional. A urgência nem sempre está na complexidade do caso, mas na necessidade do acesso ao serviço de saúde. Vale destacar que, o município, durante muitos anos, reforçou a lógica da saúde tradicional com investimento massivo no setor terciário. A expansão do serviço da APS se iniciou há uma década e encontra diversos desafios na sua consolidação, inclusive na cobertura da ESF e integralidade dos serviços. Desconstruir essa lógica é um processo desafiador para os profissionais, pois requer mudanças nas rotinas de trabalho, buscando promover o cuidado de maneira integral e integradora. Não se modifica a demanda se não for alterada a forma de fornecer cuidado em saúde.

Neste processo, o fortalecimento de vínculos contribui para a transformação das práticas de saúde com uma postura dialógica entre profissional e usuário, inclusive com a valorização do usuário e do saber popular.

Formar o vínculo profissional-usuário como requisito para a atuação na Estratégia Saúde da Família significa estreitar relações dialógicas com o outro, mas também é um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos numa perspectiva ampliada (ILHA et al., 2014, p. 561).

5.2.7 Articulação com a Rede Intersetorial

A intersetorialidade fortalece os propósitos da ESF ao adotar como princípio a integração dos diversos saberes, com intuito de estimular e desenvolver o trabalho em saúde com a rede e ações articuladas para o fortalecimento da integralidade nos serviços (CELA, 2014). “Na saúde, este esforço significa reconhecer a complexidade da realidade sanitária e que ações isoladas e descontextualizadas não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto

de vista de transformação das condições de saúde da população” (DIAS et al., 2014, p. 4372).

Torna-se necessária a articulação dos serviços, profissionais, ações para estabelecer uma rede pautada na corresponsabilização entre os equipamentos intersetoriais, com vistas a garantir o acompanhamento de um modo integral. De acordo com Ferro et al. (2014), o resultado em saúde mantém uma dependência com os diferentes equipamentos sociais, que devem se comunicar para articular e estabelecer uma rede de proteção e cuidado.

Notório que a intersetorialidade, apesar do reconhecimento de sua potência, ainda enfrenta muitos desafios. Fator importante ressaltado pelos profissionais diz respeito aos desafios encontrados para desenvolver o trabalho intersetorial, principalmente pela insuficiência e condições precárias dos serviços da rede, como podemos observar na narrativa a seguir. “[...] o NASF está inserido numa rede esgarçada, a gente não vai ser efetivo. Acho que isso também é um atravessador no nosso processo de trabalho. [...] o que que é a rede no município do Rio de Janeiro, uma rede pífia, defasada, incipiente” (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

Vale considerar que, durante o processo de expansão da APS no município não ocorreram investimentos na mesma proporção nos serviços que constituem outras áreas de atuação. Ao fornecer acesso aos serviços de saúde, por meio das clínicas das famílias, os usuários apresentam outras questões que necessitam de um acompanhamento em rede, tanto do setor da saúde como dos demais serviços. No entanto, os profissionais destacam a dificuldade existente para concretização desse trabalho pela fragilidade da rede. “A rede também é muito frágil, embora os CAPS sejam bacanas, funcionam, os ambulatorios são difíceis” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

“A rede da assistência social está fraca também” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE)

Diante das falas apresentadas, os desafios para o desenvolvimento da articulação intersetorial passam pelos limites na constituição de uma rede completa e qualificada. Além disso, deve-se levar em consideração a complexidade e vulnerabilidade dos casos acompanhados pelo NASF, que demandam diversos serviços e nem sempre estão disponíveis ou são oferecidos na rede. Muitas vezes os profissionais precisam desses serviços para avançar no acompanhamento dos casos, representando assim, barreiras para o trabalho compartilhado (CELA, 2014; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Um exemplo dessa dificuldade foi descrito pelo psicólogo do NASF Florido, que ficou durante três meses tentando articular o serviço em rede para conseguir um laudo psiquiátrico

para o usuário, destacando falta de serviços e profissionais em outros níveis dos serviços de saúde e a forma que isso reverbera na ponta.

[...] Eu fiquei três meses tentando articular um laudo para um paciente psiquiátrico, que a gente está dando conta por aqui, mas precisa de um laudo, fechar diagnóstico, ajustar medicação desse paciente. E está assim há três meses, o paciente estando inserido no serviço de saúde mental e está sem psiquiatra, tentamos articular com outro serviço que tem psiquiatra e não conseguimos. Acho que isso também é um atravessador no nosso processo de trabalho (PSICÓLOGO1 NASF FLORIDO).

A categoria profissional de serviço social foi a que mais problematizou as questões do trabalho em rede, tendo em vista a própria natureza do trabalho deste profissional no NASF. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 27, que discorre sobre as diretrizes do NASF, a estruturação do serviço social deve ser de forma interdisciplinar e integrada contribuindo para as ações intersetoriais da ESF (BRASIL, 2010).

Diante disso, as falas dos assistentes sociais problematizaram a realização do seu trabalho, perante a escassez da rede no município. Muitas vezes o assistente social é a ponte da ESF para os outros serviços intersetoriais, mas não conseguem efetivar essa interlocução, permanecendo a pendência do caso e diminuindo a credibilidade do trabalho diante dos profissionais das eSF.

[...] eu penso que não dá mais, não tenho rede para trabalhar, não tenho parceiros, tenho que ficar ligando, cobrando uma ação que eles deviam fazer sem minha cobrança, tem casos graves que ficam meses e as equipes me cobram uma resposta. Fica como se eu não tivesse fazendo nada, mas temos muitas limitações na nossa atuação principalmente trabalhando no NASF, a gente precisa dos parceiros, não consigo fazer nada no NASF, sou uma ponte. Claro que não são todos os casos, às vezes com uma escuta conseguimos resolver o problema, mas na maioria preciso encaminhar e acompanhar junto, mas não tenho parceiros, e olha que aqui o diálogo é muito bom, mas é muito difícil, me pergunto o que estou fazendo aqui (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

A assistente social do NASF Florido faz uma reflexão acerca da precarização das políticas públicas e da judicialização da saúde, que tem aumentado, como consequência da negação de direitos à população. Destacou a ausência de serviços públicos e a substituição deste por serviços assistencialistas, pautados no favor e na ajuda.

A gente vive um momento de política pública esvaziada, serviços sendo retirados, reduzidos, direitos negados, tudo muito judicializado, tudo precisa de intervenção do ministério público, do poder público para coisas que não precisaria, que são direitos das pessoas que elas não têm conseguido acessar. Então, não é uma particularidade só daqui, mas aqui a gente sente de uma forma bem acentuada por conta dessas outras coisas [...]. Vou dar alguns encaminhamentos que eu sei que o serviço não vai atender,

you know that in social assistance it does not help to refer a person, who will have to resort to philanthropy, to resources of 'ajudinha' from the community because you know that public services will not offer what the person needs (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Para o exercício da prática da intersetorialidade existe uma relação de interdependência entre os diversos serviços com a composição de uma rede estruturada que atenda as necessidades da população. Com base nos resultados, constata-se que apesar dos profissionais compreenderem a importância e a necessidade de um trabalho intersetorial, a efetivação da sua prática é considerada o maior desafio, principalmente pela ausência e restrição de serviços públicos no município. Devido às dificuldades da articulação com os demais serviços da rede de saúde e de outros setores, o trabalho do NASF nem sempre consegue avançar no acompanhamento dos casos (FERRO et al., 2014; DIAS et al., 2014).

5.2.8 Violência urbana na rotina de trabalho

A sociedade convive com o fenômeno da violência urbana, que se apresenta como um dos grandes desafios sociais. O crescimento da violência atinge os diversos segmentos da população, sua magnitude tem refletido na saúde pública, seja pela ameaça à vida, como também na manutenção da oferta de serviços nos territórios. Os profissionais da ESF sentem os efeitos da violência no trabalho, visto que atuam em comunidades e presenciam eventos de violência urbana, onde o tráfico de drogas, altos níveis de desemprego, baixa escolaridade, isolamento social contribuem para o desenvolvimento de situações de violência (BENICIO; BARROS, 2017; MACHADO et al., 2016).

No município do Rio de Janeiro a violência é um dos principais desafios para o desenvolvimento dos serviços de saúde, que se localizam nas regiões com constantes conflitos armados. Quando a comunidade está vulnerável às situações de violência, os serviços nas unidades ficam comprometidos, prejudicando a assistência em saúde. Nas narrativas apresentadas pelos profissionais, constatamos que a violência afeta diretamente o cotidiano do trabalho. “Tem a questão da violência que isso também atrapalha muito nosso processo de trabalho” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

Muitas vezes a violência urbana tem sido responsável por limitar as ações desempenhadas nas clínicas, além de dificultar o desenvolvimento de atividades no território, gerando lacunas para promoção do cuidado. Através das falas podemos perceber a interferência no planejamento dos profissionais, ocasionando, por exemplo, vários cancelamentos de atividades previamente programadas até que a situação esteja controlada na comunidade. Um

exemplo disso foi a própria dificuldade apresentada pelos profissionais e usuários em chegar ao serviço devido à violência no território. “A questão da violência no território inviabiliza tanto a nossa chegada ao serviço, quanto as ações no território e acaba interferindo na assiduidade dos pacientes” (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

De acordo com Benício e Barros (2017), a violência é considerada um obstáculo que interfere no desenvolvimento do trabalho, tendo em vista as limitações dos profissionais neste contexto. “[...] Eu acho que a violência atravessa muito o nosso trabalho, tem momentos que isso pega a gente de uma forma muito mais agressiva. Aqui todo mundo já vivenciou situações muito complicadas [...]” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Você tem violência, lugar que está tendo tiro hoje, está aqui hoje e está tendo tiro lá no outro e você vai pra lá amanhã e não sabe o que vai acontecer. Isso tudo deixa a gente muito paralisado, sem perspectiva do que a gente faz, como que a gente faz um bom trabalho (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Para Machado et al. (2016), a violência repercute nas práticas de cuidado, de modo que os serviços ofertam ações de acordo com as condições diárias de cada território. Os profissionais falam da frustração que sentem ao presenciarem uma situação no território por não conseguirem intervir diante das ameaças implicitamente apresentadas. O NASF, muitas vezes, respeita a decisão da eSF, que prefere não colocar os profissionais em situação de risco, principalmente os que residem no território.

Contudo, lidar com a escolha de não promover uma intervenção diante de uma situação se torna muito complexo, principalmente nos casos acompanhados que envolvem negligência e violência. A assistente social do NASF Resiste elucidou críticas diante da situação apresentada, inclusive uma autocrítica negativa do seu trabalho ao presenciar essas situações na rotina de trabalho e se sentir impotente.

Outra coisa muito difícil é estar num território muito violento, sempre alguém é envolvido com alguém aí quando você tem que fazer, tem que recuar para não dar problema para equipe. Você também está limitado nisso, ao mesmo tempo em que a equipe cobra uma atuação sua, vamos denunciar, aí não pode. Mais uma frustração porque vê que existe uma situação acontecendo e não pode fazer nada. Vários tipos de frustrações. Se a equipe não quer que acione o conselho, ah então, tá. Fico bem, um pouco, aí depois deixo para lá e fico pensando que merda de profissional sou eu, porque estou vendo a situação x acontecendo e deixo para lá, mas não posso passar por cima da equipe (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Os profissionais demonstram preocupação em realizar um acompanhamento em saúde diante das mudanças dos aspectos clínicos atrelados ao cenário de violência, que interfere diretamente na saúde dos usuários e nos limites do serviço para proporcionar melhoria na

qualidade de vida. Segundo Benício e Barros (2017), a violência como agravo pode desenvolver sintomas de saúde pelas experiências de violência. Um exemplo disso foi evidenciado na narrativa do profissional do NASF Resiste, que refletiu sobre o efeito da violência em pessoas hipertensas, diante da experiência do acompanhamento dos usuários nos grupos de reabilitação que desenvolve na unidade.

[...] estabiliza uma pressão, uma diabetes medicamentosamente e tem um conflito no território. Você pode fazer uma pesquisa do quanto de casos de AVC aumenta, pico hipertensivo, o usuário que descompensa, vários usuários que acompanho aconteceu assim (FISIOTERAPEUTA NASF RESISTE).

Dentro desses entraves, uma potencialidade apresentada está ligada ao fato de conseguirem desenvolver o trabalho com a população, mesmo com cenário de violência. Fornecer cuidado diante desse contexto foi destacado como um aspecto positivo para os profissionais. “[...] É algo que também tomam as pessoas, os profissionais, mais ainda quem vive aqui e a gente saber que consegue ofertar alguns espaços é um pouco reconfortante. Estou fazendo alguma coisa, meu dia não foi em vão” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

De acordo com Benício e Barros (2017) e com os achados dessa pesquisa, podemos considerar que a violência não afeta apenas os usuários, mas também os profissionais de saúde. Na fala da fisioterapeuta do NASF Amor, podemos observar as mudanças no território com o aumento da violência, principalmente com conflito armado devido às operações policiais.

Quando comecei a trabalhar sabia que estava vindo para um território vulnerável, a realidade em dois anos mudou muito aqui, é outro cenário, as operações mudaram muito também. Antes as operações eram realizadas 6, 7 h da manhã, o grupo de acesso seguro avisava e a clínica não abria. Agora é 9 h da manhã, 1 h da tarde, 3 h da tarde. Você sai para almoçar, às vezes o tiro está comendo, você sai para se deslocar de uma clínica para outra e pode ficar no meio do caminho com tiroteio, igual já aconteceu comigo de entrar e o caveirão entrar atrás de mim e o tiro comendo, faço o que? Largo o carro, saio correndo, me abaixo, são essas coisas que mexem com a gente, o território mudou muito em pouco tempo, o cenário se modificou completamente é quase que impossível não mexer com sua estrutura (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Segundo o relato, a presença da polícia na comunidade não é sinal de segurança e sim de medo por conta das possibilidades de conflito armado. Para Benício e Barros (2017), a presença da polícia gera um sentimento de desespero aos profissionais, que se sentem inseguros. Os profissionais sofrem pelas limitações de promover acesso aos usuários, sofrem com os efeitos da violência na saúde e vida dos usuários e sofrem por vivenciarem a rotina de violência armada no trabalho.

Além disso, torna-se necessário apresentar informações sobre o acesso seguro. De

acordo com Barreto et al. (2013), o Programa Acesso Mais Seguro, tem o objetivo de estabelecer um plano de segurança focado na realidade de cada área geográfica das unidades de saúde para sistematizar os procedimentos de segurança, através da definição de comportamentos seguros e da comunicação entre as equipes e destas com o território. Esse programa existe desde 2009 e foi elaborado pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que propôs adaptar protocolos à realidade do município, que são usados para proteger seus médicos e voluntários ao redor do mundo.

O protocolo do Acesso Mais Seguro estabelece uma classificação por cores de acordo com o grau de risco, simulando um semáforo de trânsito. Ele funciona da seguinte maneira: a cor verde representa estabilidade no território, risco leve e permite que todas as ações sejam realizadas; a cor amarela representa risco moderado, mantendo o trabalho interno, sem realização de atividades no território, como por exemplo, visitas domiciliares e a cor vermelha que é o risco grave, sugerindo o fechamento da unidade, por conta dos conflitos e do perigo que correm os profissionais e usuários. Com a implantação do programa, as ações de prevenção de risco diante do território armado foram padronizadas, proporcionando uma ação planejada e organizada e um melhor gerenciamento mediante situações agudas de violência (BARRETO et, al., 2013).

De acordo com uma matéria realizada pelo G1 (13/07/2017)⁶, os números da Secretaria Municipal de Saúde comprovam o crescimento da insegurança. De janeiro a julho de 2017, 1.266 notificações por eventos de violência, sendo 908 alertas amarelos e 358 alertas vermelhos. Esses números reforçam ainda mais que a violência constante no município é uma barreira de acesso aos serviços de saúde, da produção do cuidado e desenvolvimento do trabalho.

5.3 O RIO DE JANEIRO CONTINUA LINDO: ESPECIFICIDADES DO TRABALHO DO NASF NO MUNICÍPIO

Neste tópico foram abordadas questões peculiares sobre o trabalho do NASF no município do Rio de Janeiro. Procuramos pontuar os temas destacados pelos profissionais sobre os vínculos de trabalho, rotatividade dos trabalhadores, reorganização do NASF, greve e demissões. Diante da experiência do trabalho no NASF elucidado pelas equipes, a maioria dos

⁶ Reportagem do G1: 'Protocolo de guerra' é acionado 1,2 mil vezes em unidades de saúde do Rio em 6 meses; profissionais relatam traumas. FONTE: <https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/protocolo-de-guerra-e-acionado-12-mil-vezes-em-unidades-de-saude-do-rio-em-6-meses-profissionais-relatam-traumas.ghtml>.

pontos destacados neste tópico apareceu de forma transversal ao logo da coleta de dados, operando influências tanto no processo de trabalho quanto na saúde dos trabalhadores.

5.3.1 Organizações Sociais e Vínculo de Trabalho

A implementação da reforma do Estado vem trazendo propostas para a efetivação das políticas públicas através das instituições do terceiro setor, sob a justificativa de modernizar a gestão por meio de privatizações dos serviços, flexibilização e desburocratização. No município do Rio de Janeiro, a priorização por esse modelo ocorreu entre 2009 e 2016, em que a gestão municipal optou pelas OS para o desenvolvimento e expansão dos serviços de saúde (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Diante disso, as OS têm a responsabilidade de prestarem serviços de acordo com o estabelecido no contrato de gestão; apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da AP; estabelecer controle da frequência de funcionários por meio do Registro Biométrico de Ponto; utilizar processo seletivo para contratação de pessoal, utilizando critérios exclusivamente técnicos; administrar bens móveis e imóveis até sua restituição ao Poder Público, bem como realizar adaptações/reformas com anuência deste nas unidades já existentes; utilizar sistema informatizado para execução das atividades de gestão assistencial, administrativa e econômico-financeiro; garantir recursos financeiros para execução do contrato; acompanhar a execução do Contrato de Gestão, por meio da Comissão Técnica de Avaliação (CTA); elaborar instrumentos para monitoramento e avaliação, e realizar o acompanhamento do contrato (RIO DE JANEIRO, 2019)⁷.

Nota-se a concessão de autonomia administrativa e financeira as OS, desde a aquisição de bens e serviços até a contratação de recursos humanos, permitindo a realização de todos os arranjos institucionais dentro dos limites orçamentários estabelecidos. Assim, o serviço que deveria ser complementar se torna substitutivo no setor público, caracterizando a transferência das responsabilidades do Estado para a iniciativa privada (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; BARBOSA; ELIAS, 2010).

Um fator que contribui para a lógica de incentivo à terceirização é a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), que traz prejuízos imensuráveis à organização do trabalho no serviço público e, conseqüentemente, ao SUS. De acordo com as regras da Lei de Responsabilidade Fiscal, os gastos com a folha de pagamento não podem exceder 60% dos

⁷ Informações retiradas do Curso de Introdutório em Saúde da Família promovido pela prefeitura do Rio de Janeiro. FONTE: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>.

gastos com o funcionalismo público do orçamento. Esse fato resultou em uma distorção na gestão do trabalho em saúde, principalmente nos municípios de grande porte como Rio de Janeiro e São Paulo, cujos gastos com recursos humanos representam a maior parte do orçamento. Como alternativa, os gestores passaram a terceirizar a contratação de recursos humanos para constar no orçamento público como prestação de serviços, ao invés de gastos com folha de pagamento (BORGES, 2012).

As redefinições nos serviços públicos fazem parte do processo de redução do papel do Estado, que se utiliza do argumento do excesso no quadro de recursos humanos levando em consideração a Lei de Responsabilidade Fiscal. Diante dessas circunstâncias a terceirização vem sendo implementada através da transferência da administração pública direta para a gestão de OS, implicando na mercantilização do trabalho em saúde, por meio da transferência de recursos públicos para instituições e empresas privadas/filantrópicas (CAVALCANTE; LIMA, 2013; DRUK, 2016; SOUZA, MENDES, 2016).

Qualquer semelhança com o Plano Diretor de Reforma do Estado, do governo de Fernando Henrique Cardoso, não é mera coincidência. Notem que, ainda que de maneira não muito explícita, o Plano defende a limitação das funções do Estado, o qual deveria coordenar e financiar as políticas públicas, sem, no entanto, ter a responsabilidade de executá-las (OLIVEIRA, 2015, p. 50).

À vista disso, os profissionais destacam o contrato de gestão com OS como algo que fragiliza o serviço de saúde no município. “Quando entrei na residência multiprofissional em saúde da família em 2013 eu vi a expansão dos serviços de saúde, não imaginava que seria algo tão frágil como se transformou” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Outro trabalhador também fez essa pontuação, ressaltando o modelo de OS no município do Rio de Janeiro, que são preponderantes nos serviços da APS e não complementares. “Começando pelo modelo de Organização Social (OS) que não é bom nem pra nós, nem pra saúde da família. Atrapalha o vínculo com o usuário, atrapalha o vínculo com o trabalhador, além de ser um desperdício de dinheiro público” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Considerando a precarização do trabalho e as questões citadas neste tópico, alguns profissionais problematizaram o contexto com a expressão do cobertor curto para fazerem menção às condições de trabalho.

A gente ouviu diversas vezes nos últimos meses que o cobertor está curto, a gente puxa aqui vai faltar ali. Beleza, o cobertor está curto, mas e aí? Tá curto vai morrer todo mundo de hipotermia? Tá curto vai amputar o pé? O que faz? É isso, né! Você escolhe o que? É muito difícil conseguir, entram os vínculos de trabalho, a gente está aqui porque depende do trabalho, ninguém está aqui por caridade. A gente está aqui

porque precisa trabalhar e aí as condições que se impõe, a gente acaba aceitando (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

O vínculo contratual leva os profissionais a uma posição de insegurança quanto à manutenção do seu emprego, que se soma à falta de perspectiva da ascensão profissional. Destacamos a ausência dos planos de cargos e salários, como podemos observar no relato a seguir: “Não tem progressão de carreira, falamos sobre isso, temos profissional que está há oito anos no NASF, não tem perspectiva de carreira, isso é muito desmotivador” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Outro fator apontado como um incômodo está relacionado ao reconhecimento salarial, que se configura como mais uma característica que contribui para a precarização do trabalho. “[...] Existe uma questão que incomoda bastante que é a questão reconhecimento salarial, acho que é algo que falamos pouco sobre isso, nós recebemos bem menos que um médico” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

De acordo com as falas acima podemos perceber a inexistência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) no município do Rio de Janeiro para os trabalhadores dos serviços de saúde contratados por OS. Vale ressaltar que, no âmbito do SUS, existe uma série de incentivos às carreiras e documentos que respaldam tais incentivos na área de recursos humanos como é o caso da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos de 2005 (NOB/ RH – SUS), que dispõe sobre princípios e diretrizes para gestão no trabalho. A NOB RH-SUS é considerada um instrumento para ordenação do trabalho em que o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) são definidos como ferramentas de gestão do trabalho, com o intuito de valorizar o trabalhador e estabelecer processo de progressão de carreira aos trabalhadores do SUS (VIEIRA et al., 2017).

Cada esfera de gestão do SUS (Administração Direta e Indireta) contará com Plano de Carreira, Cargos e Salários, com isonomia salarial, considerando-se o nível de escolaridade e a carga horária de trabalho, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde no âmbito de suas competências e responsabilidades, de acordo com a legislação do SUS, mantendo-se negociações permanentes para que os prestadores privados (filantrópicos e lucrativos) de serviços de saúde, contratados e conveniados pelo SUS, efetivem esta mesma política (BRASIL, 2005, p. 42).

Diante do trecho acima, destaca-se o incentivo das negociações permanentes para a efetivação da mesma política para todos os trabalhadores, inclusive os contratados por empresas prestadoras de serviços no SUS. Percebemos que, mesmo prestando um serviço público, o PCC não tem sido assegurado aos profissionais do município contratados por OS. “[...] a relação público-privada, que introduz a terceirização de serviços no âmbito do SUS e produz diversas

modalidades contratuais de trabalho, também acabam por excluir grande parte dos trabalhadores do escopo das políticas de gestão do trabalho [...]” (VIEIRA et al., 2017, p. 119).

Evidencia-se a desvalorização da carreira pública dos trabalhadores alocados em setores considerados prioritários como saúde e educação, pela ausência da progressão na carreira pelo tempo de trabalho, valorização salarial, garantia de benefícios como adicionais e melhores condições de trabalho, considerando os trabalhadores contratados por OS. Isto posto, devemos salientar outros problemas existentes para a efetivação do PCC nos serviços públicos, como ausência de concursos; variadas modalidades de contratos de trabalho; ausência de planos de carreiras adequados; dificuldade de fixação de profissionais; limitação da expansão de quadro de pessoal imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal (VIEIRA et al., 2017).

É preciso ter em mente que a implantação de um PCCS não significa apenas ganhos em termos remuneratórios. Ela pode constituir-se como um instrumento poderoso de melhorias das condições de trabalho, capacitação profissional e, mais do que isso, de reconhecimento do trabalhador (VIEIRA et al., 2017, p. 118).

Ademais, grande parte dos profissionais mencionou o início das suas atividades enquanto trabalhador do NASF no período de expansão da APS no município. Os profissionais que tinham especialização em saúde da família nos moldes da residência relataram que após a formação já conseguiam ser contratados com facilidade, como é o caso da assistente social da equipe Resiste. Em 2016 ela decidiu pedir demissão para realizar a residência em gestão de saúde da família. Após mais um curso concluído e experiência profissional, relatou que encontrou dificuldades de ser contratada novamente. “Lembro que quando comecei a trabalhar, logo saí para fazer a residência em gestão e pedi demissão com segurança. Quando terminei a residência, fiquei seis meses desempregada e já foi nesse momento de não ter contratação, de ficar algo nebuloso e só foi piorando” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Importante frisar que, existem algumas gratificações como forma de incentivo à qualificação profissional. Em 2015, o município do Rio de Janeiro publicou um ofício nº 023/2015/SUBPAV/SAP sobre a remuneração dos profissionais contratados pelas OS, com a intenção de evitar aumentos desordenados de salários e competições entre OS. O documento também descreve as gratificações por responsabilidade técnica, titulação e preceptoria. Os trabalhadores médicos e não médicos que obtém o título de especialista nos moldes da residência em Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública ou Saúde Coletiva, com carga horária mínima comprovada de 1000 horas de curso, tem direito a gratificação mensal de 20% sobre o salário. A gratificação também é válida para os títulos de mestre e doutor

na mesma área de atuação e mesma porcentagem de gratificação. Ao final do ofício, no tópico ‘observações importantes’ foi descrito que as gratificações descritas têm natureza cumulativa (RIO DE JANEIRO, 2015a).

No entanto, podemos perceber que nem sempre as OS respeitam as orientações da administração pública direta, não colocando em prática as recomendações realizadas pelo município. Apesar de alguns profissionais afirmarem o recebimento da gratificação, outros disseram que nunca acumularam, mesmo possuindo mais de um título. Pela experiência da pesquisadora, em outras APs a gratificação é repassada apenas aos profissionais das equipes mínimas, mesmo não tendo esse tipo de recomendação no ofício. Além disso, alguns profissionais relataram que gestores locais sinalizaram a possibilidade dos cortes com relação à especialização, além da redução da porcentagem do incentivo e da impossibilidade das gratificações serem cumulativas.

[...] Conversando com o médico ele disse que estava fazendo mestrado pensando que ia acumular a gratificação e não vai mais, ele disse que ia trabalhar na rede privada. Li em algum lugar que a gratificação pela especialização seria cortada. Tempos difíceis. Todo ano está difícil, o cenário está ficando cada vez pior (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

5.3.2 Rotatividade dos trabalhadores

A expansão da ESF ocorreu num período com tendências à precarização do trabalho, associada à flexibilização das relações trabalhistas na saúde pública, o que contribuiu para uma problemática relevante: a rotatividade dos profissionais. A manutenção das eSF em sua completude é considerada um dos grandes desafios para o desenvolvimento dos serviços (CAMPOS; MALIK, 2008).

A permanência dos profissionais em longo prazo é uma característica primordial do serviço, haja vista a necessidade do conhecimento do território, desenvolvimento do trabalho em equipe e o vínculo com os usuários. Segundo Campos e Malik (2008), a rotatividade dos profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, constitui-se como um dos entraves para o desenvolvimento da APS, comprometendo a efetividade do modelo proposto além de trazer prejuízos à qualidade da assistência e satisfação dos usuários (CAMPOS; MALIK, 2008).

Barbosa e Elias (2010) elucidam a necessidade de considerar a forma de contratação dos profissionais com relação à rotatividade, visto que os contratos realizados pela administração direta, mediante concursos públicos, condicionam maior estabilidade no trabalho favorecendo

a baixa rotatividade se comparado às contratações por OS.

De acordo com os participantes da pesquisa, a rotatividade dos profissionais das equipes de saúde da família interfere no desenvolvimento do trabalho do NASF, principalmente pela dificuldade de entendimento dos profissionais com relação ao trabalho e a dificuldade de estabelecimento de vínculos entre os profissionais. O NASF Amor destacou as diferenças do trabalho nas unidades que atuam e associam a aproximação com os profissionais nas clínicas com menor rotatividade.

Nessa clínica a gente não conseguia a vinculação com os profissionais, diferente do que foi acontecendo na outra clínica, que a gente conseguiu se aproximar bastante. Sempre teve rotatividade de profissional muito grande. Lá a gente percebe que os enfermeiros são os mesmos, os médicos mudam muito e isso diferencia muito as ações que a gente consegue fazer lá e hoje consegue fazer aqui (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Em algumas situações, o NASF se torna a referência dos casos acompanhados, por ser uma equipe com menos rotatividade se comparada às equipes mínimas. “Uma dificuldade é a rotatividade dos médicos nas unidades, tem gerência que toma a gente como referência e quer tapar buraco, faz um fluxo contrário [...]” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

Além disso, o município tem passado por dificuldade de contratação de profissionais e por isso muitas equipes se encontram com vacância, agravada pelo contexto de crise na saúde municipal. “Acho que os profissionais aqui da estratégia, claro que de quatro, cinco equipes com médicos, quatro equipes não tem médicos, tá todo mundo sobrecarregado” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Perante o exposto, consideramos os dados da pesquisa sobre a Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos, em que foram indicados alguns fatores para rotatividade dos médicos, destacando: contratação de recém-formados, que após curto período abandonavam o emprego para cursar residência médica ou contratação de profissionais idosos e aposentados com um perfil de difícil adaptação (BRASIL, 2002).

Muitos fatores tentam explicar e compreender o motivo pelo qual os profissionais permanecem ou se demitem de um posto de trabalho, além do que já foi evidenciado, destacamos a insatisfação como um dos fatores que contribui com a alta rotatividade, que possui relação direta com a realização profissional, condições e sobrecarga de trabalho (CAMPOS; MALIK, 2008).

Além disso, foi elucidada a redução da equipe NASF se comparado a sua composição inicial. Os profissionais de licença não foram substituídos conforme pactuado com a CAP,

como também não ocorreu contratação após a demissão de profissionais. “Diminuição de profissionais do NASF, éramos oito e agora somos seis. Isso diz da nossa organização. De quanto a equipe tinha braços, que podíamos contar e de quanto isso foi reduzindo a partir de um desmonte. Depois disso teve a saída da psicóloga sem reposição” (PSICÓLOGO 2 NASF AMOR).

Com a saída de dois profissionais ao mesmo tempo, a CAP dizia que a gente teria reposição que a licença ia ser coberta e que viria outro psicólogo para a nossa equipe, foi um processo terrível porque chegaram a marcar dia, hora da chegada da psicóloga, o nome e no outro dia disseram que não que não vem, que ela ia para outro NASF. Então são muitos atravessamentos (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Diante dessas falas observam-se as condições precárias de trabalho que o NASF está inserido, interferindo diretamente na sobrecarga de trabalho e até mesmo na insatisfação dos profissionais diante das questões apresentadas (CAMPOS; MALIK, 2008). Muitas vezes a sobrecarga permanece aos que se mantêm no trabalho até a substituição e adaptação dos novos contratados, quando acontecem novas contratações. Uma das psicólogas do NASF Resiste problematizou as condições de trabalho, que estão cada vez mais precárias e o papel da equipe nesse contexto, que pode considerada uma característica negativa, que dificulta o desenvolvimento do trabalho.

Qual é o lugar do NASF nisso tudo? A gente vai tapar buraco? A gente vai ficar tapando buraco ou precisa se reformular, porque a gente não vai dar conta de tapar buraco [...]. Muitas vezes ficamos com essas batatas quentes nas mãos e grande parte da nossa sobrecarga vem daí (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

5.3.3 Período de Greve

A greve ocorreu no segundo semestre de 2017 e em diversos períodos 2018 devido à ameaça de redução das clínicas, demissões, atrasos salariais e falta de insumos. Os profissionais destacaram, ao longo das discussões, as consequências do período da greve no desenvolvimento do trabalho do NASF. Constatamos poucas reflexões sobre o processo da greve em si. Diante desse contexto, foi enfatizada a descontinuidade dos serviços ofertados, como o trabalho com grupos em saúde e ações no território. “[...] Foi um grupo que conseguiu ser sustentado por um tempo, mas com a greve se dissolveu e até então não conseguiu retornar” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

“Lembro do ano passado (2017) que estávamos passando pelo mesmo momento que agora,

greve, não greve, atraso, a gente não conseguiu fazer nada no território” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

O NASF Florido destacou as dificuldades de reorganização do trabalho desde o período da greve. “E a bola de neve está até hoje, a greve acabou e sobrecarga não” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

O NASF Amor ressaltou o aumento do pedido de demissão nesse período e realizou as mesmas reflexões do NASF Florido, ao considerar as dificuldades de retomar o trabalho após o término da greve, como as atividades coletivas e ações em conjunto com as equipes mínimas, frisando o aumento do atendimento individual no processo de trabalho do NASF.

Teve o processo de greve que teve um impacto importante no nosso processo de trabalho nas duas clínicas, mas aqui como era mais fragilizado foi mais grave, a rotatividade dos profissionais também se intensificou com a greve, muitos profissionais saíram, o trabalho ficou mais fragilizado. Desde então, a gente não conseguiu reorganizar nosso trabalho, a gente vem tentando, mas aqui nosso trabalho tem sido pautado muito no atendimento que é realizado, a maior parte das vezes, de maneira individual (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Além do mais, devemos considerar quanto os profissionais se sentiram desgastados neste período, principalmente pelas condições de trabalho apresentadas. A psicóloga do NASF Amor considerou o período de greve quase insuportável, no qual tentava elaborar estratégias para não deixar a população desacompanhada, presenciando a não garantia da oferta de serviços, falta de insumos e medicamentos, atraso de salário, além da violência no território.

O período da greve foi quase que insuportável, teve momentos que a gente estava aqui trabalhando sem receber, tendo operação com o helicóptero atirando de cima [...]. Deve ter alguma explicação sei lá, de carma. A gente está sem receber, mas está trabalhando aqui, pensando no trabalho nas estratégias, nas saídas, como a gente organiza o trabalho, tentando o tempo inteiro [...] (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

O outro psicólogo da mesma equipe problematizou que as dificuldades apresentadas estavam sendo associadas com a greve. Diante disso, retomou a discussão com outra perspectiva sobre o assunto e enfatizou o processo da greve como consequência da precarização do trabalho e do SUS. Observamos que, de um modo geral, a greve foi vista pelos profissionais como algo negativo levando em conta o desenvolvimento do processo de trabalho. Apenas um profissional destacou o processo de greve como algo positivo enquanto movimento coletivo dos trabalhadores em prol dos direitos e contra o contexto de precarização do SUS.

A culpa não é da greve. A greve é consequência. A questão maior foi o

desfinanciamento da saúde, atraso salarial, a greve é consequência disso, não é o motivo das pessoas saírem do trabalho. Não foi a greve que teve impacto e sim quem produziu atraso de salário, falta de insumo, medicamentos, que produziu um o caos nos serviços de saúde (PSICÓLOGO 2 NASF AMOR).

Apesar do foco dos profissionais estarem mais direcionado ao processo de trabalho, nos cabe tecer algumas considerações sobre o assunto. A primeira delas diz respeito à ausência de reflexão sobre a greve enquanto movimento de luta, diante da conjuntura de crise da saúde pública. Historicamente a greve é um fenômeno que representa a luta de classes e uma forma de reivindicação por melhores condições de trabalho.

No que se refere à organização dos trabalhadores para o movimento de greve que ocorreu nas clínicas da família, foi respaldada através dos sindicatos das categorias profissionais. Isso foi uma característica que trouxe dificuldades para o próprio processo de mobilização coletiva, visto a inexistência de uma organização formal reconhecida que responda pelos interesses de todos os trabalhadores da saúde. Vale frisar que muitas profissões que atuam nas clínicas da família solicitaram apoio sindical das suas respectivas categorias, mas nem todos tiveram respaldo. Dentre as categorias que atuam na equipe do NASF houve relatos de que os fisioterapeutas e educadores físicos não tiveram apoio sindical. Apesar das diversas categorias terem aderido ao movimento de greve, muitos profissionais continuaram realizando o trabalho normalmente, por medo de demissões e pela falta de compreensão sobre a luta coletiva dos trabalhadores.

Para facilitar a organização da greve, os profissionais têm utilizado o coletivo do Nenhum Serviço de Saúde a Menos para que todos possam dialogar e discutir coletivamente sobre as mobilizações (atos, passeatas, tipos de greve, entre outros). Destacamos que, a crítica não é com relação à mobilização via sindicato, mas da própria fragmentação dos processos de luta por categoria profissional, o que se torna mais um obstáculo para as mobilizações e organizações coletivas dos trabalhadores terceirizados.

Tendo em vista a vivência da pesquisadora enquanto trabalhadora do NASF, participante dos movimentos de luta e do coletivo de trabalhadores Nenhum Serviço de Saúde a Menos, ocorreram relatos de assédio moral, tanto por parte da gestão local, quanto pela CAP de diferentes áreas do município. Em algumas APs os profissionais foram pressionados com ameaças referentes aos descontos salariais (adesão à greve, participação em atos e assembleia dos sindicatos), demissões, advertência pelo não cumprimento do trabalho de acordo com as metas, como por exemplo, o número de visitas domiciliares e o acompanhamento das famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família.

De acordo com o artigo sobre o movimento sindical frente às organizações sociais foi possível perceber, por meio das falas dos sindicatos, o quanto que o vínculo de trabalho precarizado, enquanto efeito da gestão de OS sobre os trabalhadores, se torna um obstáculo no processo de organização coletiva. “[...] o SINDSPREV pontua o quanto o vínculo contratual precarizado dificulta, ou mesmo impede, a organização dos trabalhadores para lutarem por direitos trabalhistas e por melhores condições de trabalho” (BARBOSA, 2015, p. 92).

5.3.4 Reorganização do NASF

No início de 2018 o Fórum NASF da AP 3.1, que é formado por um conjunto de trabalhadores e apoiadores, teve a proposta da CAP de reorganizar as equipes do NASF. O objetivo proposto para os profissionais era de que as mudanças seriam construídas coletivamente, considerando o número elevado de equipes apoiadas pelo NASF. “Eles tinham uma ideia de reestruturar o NASF aqui na área, diminuir a quantidade de equipes que o NASF apoia [...]” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

[...] um período que os NASF da nossa área iria passar por um processo de reorganização, de readequação do número de equipes, já que não tinha como contratar outros profissionais para compor o NASF e ficar preconizado de acordo com que é estipulado pela portaria, ia tentar readequar (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

No entanto, as equipes descreveram a reorganização do NASF como algo negativo diante do processo de trabalho. O primeiro fator se referia à possibilidade da não permanência da composição das equipes e transferência de unidade. “Isso gerou na gente uma angústia gigante porque não sabia se ia desfazer a equipe. Chegamos até a dizer que a gente topava tudo, ir para outro lugar, desde que não desfizesse a nossa equipe” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Além disso, foi problematizada a metodologia utilizada durante o processo, pois uma equipe tinha a responsabilidade de dizer sobre a outra, ao invés de participar da tomada de decisões sobre si. A gestão definiu a metodologia da discussão do fórum sem a participação dos trabalhadores, como foi descrito pela fisioterapeuta: “[...] a gente se dividiu em grupos para falar do grupo do colega, não para falar do nosso próprio grupo. Então assim, eu estipular como o NASF X ia ficar e outros profissionais para falarem como ficaria o nosso NASF, era assim” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Outro item a ser destacado diz respeito à participação dos profissionais, pois todas as equipes mencionaram uma ‘falsa’ participação, principalmente quando foi apresentado o

produto final das mudanças pelos apoiadores. Todos eles disseram que, apesar de seis meses de debates mensais sobre o assunto, o resultado final apresentado não levou em consideração os apontamentos dos profissionais. Ou seja, os resultados apresentados pelos apoiadores foram diferentes do que tinha sido definido em conjunto com os profissionais nas reuniões do fórum NASF. “Falaram no fórum que seria um processo participativo, quando foram apresentar o resultado final foi um desenho diferente de tudo que tinha sido construído, consideraram poucas coisas” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

“[...] Durou muito tempo essa discussão e quando chegou ao final, foi bem diferente o resultado daquilo que a gente ficou desenhando. É desse jeito no slide: vocês (equipe NASF) vão pra lá, vocês vão pra cá, como se a gente fosse um objeto” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Ao mesmo tempo em que diziam que a gente estava participando, entre aspas, a gente sentia na pele, na hora de bater o martelo qual era de fato o peso das nossas colocações. E não é à toa que o fórum que eu participei a gente colocou algumas possibilidades de reestruturação, reorganização e a CAP já veio com outro modelo dela, o que de fato ficaria. E aí, pelo que soube depois, pela equipe, que nesse momento eu estava de férias, o que eles apresentaram como proposta final, que não era nem uma coisa nem outra. Bastaram chegar a uma reunião colocar o que eles queriam e chegar ao outro fórum e dizer para esquecer aquilo tudo que tínhamos vivenciado em seis meses, que ficamos discutindo sobre as possíveis mudanças (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

No dia da apresentação dos resultados da reorganização do NASF, foi solicitado às equipes, que seriam realocadas, para realizarem um processo de desvinculação das unidades, equipes e usuários, fechando agenda e encerrando os grupos. Das três equipes participantes da pesquisa, duas seriam remanejadas.

Teve equipe NASF que chegou a fazer reunião com os usuários que iam sair da unidade, que não ia ter mais NASF naquela unidade. Imagina o reboliço que isso causa nos profissionais, querendo ou não está falando da nossa vida, da nossa rotina e como isso vai pegar individualmente cada um. A fala das pessoas lá conduzindo o fórum era para tentar deslocar dessa posição de profissional, tentem pensar no território, a gente enquanto gestão como é difícil pra gente. Era uma violência dupla que a gente sofreu (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Os profissionais também relataram o quanto essas mudanças impulsionaram o sofrimento no trabalho. “[...] A minha sorte é que eu estava saindo de férias, acho que isso que me salvou, eu estava no meu limite, não estava aguentando mais” (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO). E as consequências desse sofrimento na saúde: “Eu sei que nessa época fiquei doente, tive crise na lombar, fiquei dois dias sem conseguir vir por conta disso” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Após a tomada de decisão da reorganização, os profissionais foram surpreendidos com o recebimento da notícia, por e-mail, que as mudanças não ocorreriam. “Tinha data para a gente sair (até agosto de 2018), e recebemos a notícia que não iria mais ocorrer a mudança por e-mail dos nossos apoiadores” (FISIOTERAPEUTA NASF RESISTE).

Vale destacar que, o processo de reorganização do NASF foi logo após a greve, o que influenciou ainda mais as dificuldades de organização do trabalho.

Só um parêntese, esse processo durou seis meses e foi logo após a greve, então tivemos mais esse atravessamento e dificuldade de retomar o trabalho, porque a gente não sabia se o planejamento que a gente estava fazendo ia conseguir consolidar aqui, se a gente ainda estaria aqui. Todas essas coisas estavam juntas também (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Muitas equipes vêm de um ano de muita porrada, período da greve, salário atrasado [...]. Aí quando isso se estabilizou veio a questão do remanejamento das equipes, que foi um inferno, quase um ano de fórum NASF só falando, fazendo mapa, vai para lá, vai para cá, a gente sem saber para onde ir (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Os profissionais destacaram uma série de entraves, descritos como ‘porrada’ que contribuíram nas dificuldades da retomada do trabalho, diante do cenário exposto e para o desgaste no trabalho. A falta de estabilidade no trabalho atrelado à conjuntura de crise acentuou os sentimentos negativos e uma carga emocional demonstrada pelos trabalhadores participantes da pesquisa.

5.3.5 Demissões

Em outubro de 2018, pouco tempo depois da comunicação de que não haveria a reorganização das equipes, quinze profissionais do NASF foram convocados, por telefone, para comparecerem a OS. No mesmo dia da ligação (24/10/2018), a pesquisadora estava realizando o segundo encontro com o NASF Florido e alguns saíram do encontro para atender ao telefone e retornaram com a notícia da convocação. No dia seguinte, os profissionais convocados se reuniram na CAP solicitando esclarecimentos à coordenadora, que recebeu um grupo representando os trabalhadores e comunicou que todos seriam demitidos naquele dia (DIÁRIO DE CAMPO).

A nutricionista do NASF Resiste relatou o processo,

Eu sou uma das que estão cumprindo aviso. Tivemos uma ligação para nos apresentarmos. Só sabíamos que tínhamos que comparecer ao setor de recursos humanos da OS para uma reunião. No dia todas as pessoas que receberam a ligação

foram para CAP juntas solicitando explicações para a coordenadora, que foi grosseira e nos disse que não havia agendado reunião com ninguém, que no máximo receberia duas pessoas. Nós pressionamos e ela recebeu quatro (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

A principal justificativa das demissões foi pautada na necessidade de corte orçamentário, sem esclarecimentos explícitos sobre as escolhas dos profissionais demitidos. “[...] tudo que aconteceu foi uma resposta dessa desvalorização. A atual coordenação disse que desconhece o trabalho realizado pelas pessoas que ela demitiu, ela só precisou escolher e cortar, porque precisava reduzir 150 milhões. Não teve critério para a demissão” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

No dia 25 de outubro de 2018, alguns profissionais confirmaram a notícia da demissão para a pesquisadora por telefone. No mesmo dia ocorreu a assembleia do movimento dos trabalhadores Nenhum Serviço de Saúde a Menos, com a participação de muitos profissionais, inclusive da pesquisadora. A plenária parecia um velório, não apenas pelas demissões, mas também pelo desmonte do SUS. Os profissionais demitidos estavam muito abalados e choraram durante a assembleia. Outros profissionais prestaram solidariedade aos demitidos e convocaram o coletivo para resistência e luta em prol do SUS. O sentimento foi de uma tristeza dolorosa que permanece enquanto usuária, trabalhadora e pesquisadora do SUS, que acredita na potencialidade de um SUS público, universal e de qualidade (DIÁRIO DE CAMPO).

Diante desse contexto, no segundo encontro do NASF Resiste todos os profissionais participaram do grupo, diferentemente do primeiro encontro em que dois profissionais se ausentaram, apesar de estarem na unidade. Neste dia, dois profissionais estavam aniversariando e escolheram participar do grupo ao invés de solicitarem folga. Insta frisar que, após a comunicação das demissões, os grupos com o NASF Amor e Florido já tinham sido finalizados, restando apenas o segundo encontro com o NASF Resiste. Como os profissionais estavam aflitos e angustiados com o contexto, utilizaram o espaço do grupo focal para desabafarem. Por esse motivo, todas as falas que compõem esse tópico são apenas desta equipe. “É muito estressante e o clima está muito complicado, ninguém sabe o que vai acontecer, essa prefeitura é uma bomba relógio. Um dia um tanto de demissões, outro dia mais demissões [...]” (EDUCADOR FÍSICO NASF RESISTE).

“Acho que tudo que está acontecendo é de caso pensado, não é à toa. Eu acho que algumas movimentações foram para retirar forças das equipes” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF

RESISTE).

Além dos profissionais demitidos que atuavam diretamente nas equipes do NASF, dois dos três apoiadores do NASF também passaram pela mesma situação. Para os profissionais, a demissão dos apoiadores foi estratégica para fragilizar o NASF. “Demitir os apoiadores foi uma forma de retirar a força da equipe” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

“[...] a gente está num momento dramático, estamos perdendo um apoiador NASF que foi demitido nesse momento de corte. A gente se sente mais exposto, mais desinvestido nesse sentido” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Além disso, um dos profissionais questionou o motivo pelo qual a CAP não realizou a tomada de decisão sobre as demissões em conjunto com os apoiadores. “Também foi questionado porque a CAP não sentou com os apoiadores para pensar, estruturar a questão da demissão ou pensar em estratégias, redução de carga horária, por exemplo [...]” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Já o outro profissional disse que antes das demissões, a CAP solicitou um relatório individual de produção dos profissionais do NASF aos apoiadores, contudo tal solicitação foi questionada e os apoiadores se colocaram contra o pedido, argumentando que não dava para realizar uma avaliação dos profissionais do NASF apenas por dados quantitativos de produção.

A CAP pediu aos apoiadores um relatório individual de produção de cada profissional do NASF da 3.1 aí os apoiadores disseram que não dava para avaliar quantitativamente e individualmente porque o trabalho desenvolvido é qualitativo e têm coisas que não traduzem num relatório retirado do prontuário e que o trabalho é desenvolvido em equipe. Acho que isso foi uma forma de retaliação (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Outro profissional destacou que a produção da equipe pode ter sido um fator para não demitirem a equipe toda, apontando que a decisão tomada pela CAP teve relação com a produção quantitativa. “Nós não fomos todos demitidos por termos sido elogiados pela produção. Eles devem ter olhado produtividade. Vão olhar produtividade, porque se tiver alguma merda eles vão jogar isso [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Frente a essas questões fazemos eco a Pires, ao afirmar que o crescimento do desemprego é uma das consequências mais significativas da reestruturação produtiva (2000, p. 258). Souza e Mendes (2016) ressaltam o desmonte do emprego permanente nos serviços públicos diante da flexibilização do trabalho. Demissões sem justa causa, como vêm

acontecendo nos serviços de saúde no município, representam os efeitos da flexibilização dos contratos de trabalho que ocorrem desde a década de 1990. “[...] a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, têm sido chamadas, pelos defensores, de flexibilização e, pelos críticos, de precarização das relações de trabalho” (PIRES, 2000, p. 260).

O amparo legal adotado permite novos formatos de contratação dos trabalhadores, com menos direitos e maior flexibilidade de demissão e rompimento do contrato do serviço prestado. Diante dessa realidade, o crescimento das ocupações tem sido acompanhado por uma intensificação da precarização nos contratos de trabalho, que contribui para a ampliação da fragilidade das condições de trabalho (CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010; SOUZA, MENDES, 2016).

Dessa forma, ao discutirmos a precarização do trabalho, necessariamente o termo nos remete à análise das alterações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, sobre a hegemonia do capitalismo, consubstanciadas pelas alterações nos direitos trabalhistas, nas proteções sociais, nas perdas salariais, nos benefícios sociais, na segurança e higiene no trabalho, na proteção sindical, enfim, nas mudanças que acompanham a vida dos trabalhadores (CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010, p. 4).

Com o aumento dessa lógica, devemos considerar o impasse do trabalho no SUS. Apesar de normas, leis e regulamentações sobre a valorização do trabalho e desprecarização do SUS, percebemos na prática um processo permanente de antipolítica dos recursos humanos, o que tem suscitado diversos problemas para a gestão do trabalho. Levando em consideração as demissões dos profissionais do NASF por justificativas de corte no orçamento, podemos perceber que essa realidade não é o resultado de um caso isolado, mas sim do processo de precarização e desmonte do emprego estável com as terceirizações. Esse contexto vai ao encontro com as tendências de valorização do capital e da organização do trabalho a partir do pós fordismo. “Com o avanço das medidas neoliberais atreladas à reestruturação produtiva, tem-se um quadro alarmante de desempregados, cujas consequências atingiram dimensões negativas para os proletários enquanto indivíduos e como classe, vulnerabilizando-os” (CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010, p. 7).

O desemprego e situação de vulnerabilidade, sobrepostos às suas determinações, estão agravando a situação dos trabalhadores ao ocasionar rupturas em alguns segmentos sociais e ampliar o grau de pauperização. Inclusive, vale destacar que o desemprego tem se transformando em demanda para os profissionais que trabalham na saúde, principalmente com o aumento das questões relacionadas ao sofrimento psíquico, que podem acarretar a baixa autoestima, estado de ânimo e humor reduzidos, estresse, ansiedade, sentimentos de vergonha,

humilhação e distúrbios no sono (BARROS; OLIVEIRA, 2009; CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010).

5.3.6 Entidade de direitos dos trabalhadores

Os profissionais apresentaram dúvidas ao serem questionados sobre a entidade de direitos que participam ou são representados. Mesmo assim, todos consideraram o sindicato como representante coletivo dos trabalhadores. Notamos uma relação mais próxima aos sindicatos após o movimento de greve, que ocorreu em 2017. Nesse período muitos profissionais procuraram os sindicatos em busca de representação para legitimar os movimentos de greve e para retirar dúvidas legais sobre o contexto de atraso de salários e demissões. “Eu fui à reunião do sindicato do ano passado no período da greve. [...] Ele serviu enquanto respaldo para estar nos atos e algumas coisas assim” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

“Sou próxima do sindicato, principalmente nos momentos de crise” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

“Não estou muito ligada, mas nos momentos de crise recorro ao sindicato de nutrição, a gente consegue fazer as reuniões” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

“Sindicato de nutrição, minha participação foi mais ativa no momento da greve” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

“[...] Particpei mais ativamente no período da greve no Nenhum Serviço de Saúde a Menos e das reuniões do sindicato da minha categoria” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

A falta da participação permanente nos sindicatos pode estar atrelada a forma de contratação e a gestão por OS. Nos achados de Barbosa (2015), foram levados em conta os apontamentos do SINDSPREV ao afirmar que o vínculo contratual de trabalho dificulta ou impede a organização coletiva dos trabalhadores em promover lutas por direitos trabalhistas e melhores condições de trabalho. “No Rio de Janeiro, em particular, SINDSPREV elenca, além da precarização, a flexibilização e a pressão exercida pelo desemprego que, segundo ele, atua como um ‘machado’ sobre a cabeça dos trabalhadores” (BARBOSA, 2015, p. 92).

Diante das fragilidades evidenciadas, percebemos as dificuldades de mobilização dos trabalhadores e a adesão da participação em atos, mobilização e até a participação das reuniões

do sindicato, principalmente quando é realizada no horário de trabalho. No artigo de Barbosa, essas questões são relatadas através do sindicato dos agentes comunitários de saúde.

Sobre as dificuldades de mobilização do sindicato, o SINDACS observa o quanto é difícil organizar uma categoria cujos vínculos são precários. Em suas palavras, “como é que eu vou te chamar, te convidar para ir ali na porta da prefeitura fazer uma manifestação, se quando eles voltarem, eles podem estar demitidos e eu não poder garantir que ele fique [no emprego]?” (2014, p. 94).

Cabe salientar que, até 2017, outro obstáculo para organização sindical dos trabalhadores dizia respeito à própria contribuição sindical descontada da folha de pagamento dos trabalhadores. Esta era destinada automaticamente para o sindicato que representa as Organizações Sociais e não ao sindicato da categoria profissional. A alteração da contribuição para o sindicato da categoria era realizada mediante solicitação do próprio trabalhador.

No período da greve, os profissionais precisaram recorrer ao sindicato da categoria e muitos foram representados mesmo sem a sindicalização, o que é uma característica de fragilidade do sindicato com a diminuição das contribuições e do trabalhador que não possui proteção representativa formalizada. Alguns sindicatos cobraram o pagamento da taxa de sindicalização dos profissionais para que possuíssem o respaldo do sindicato. Diante da cobrança e sem compreender a necessidade da sindicalização, muitos interpretaram a solicitação como algo negativo. “Quando começamos a participar eles estavam cobrando três anos para eles poderem apoiar a gente. Tá de brincadeira, de sacanagem com a gente, a gente está vindo aqui dizer que está sem salário e tá pedindo para pagar três anos” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Ao destacar a aproximação com o sindicato, um psicólogo reconheceu o trabalho do mesmo e o apoio realizado aos profissionais. “Aproximação com sindicato dos psicólogos. Sindicato de psicologia muito presente forneceu auxílio jurídico para os trabalhadores no período da greve” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Apesar da contribuição sindical não ser obrigatória desde a reforma trabalhista, instrumentalizada pela lei nº 13.467 de 2017, a sindicalização é um direito do trabalhador e um exercício de cidadania coletiva. Os sindicatos são os legítimos representantes dos trabalhadores e sindicalizar-se significa lutar para manter direitos já conquistados e ampliá-los. Para que um sindicato seja forte, é necessário um número crescente de trabalhadores sindicalizados.

Alguns profissionais refletiram sobre as fragilidades dos sindicatos ao associar a reforma trabalhista. “Estamos numa fase da reforma trabalhista que houve uma diminuição da contribuição sindical, não é mais obrigatório a contribuição sindical, tem uma série de

mudanças na reforma também que vai fragilizar isso” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Um profissional destacou a falta de representatividade dos sindicatos. Ao relacionar o sindicato à reforma trabalhista, sobre a contribuição facultativa, afirmou que o sindicato não vai mais existir e não vale de nada, reforçando uma ideia destrutiva/negativa. “[...] sindicato não vale mais de nada não, ele vai acabar, você sabe né [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Alguns sindicatos se encontram fragilizados como demonstra a fala do próprio sindicato para a categoria de nutrição, diante da necessidade de contribuição. “Uma coisa até que as representantes do sindicato falaram na reunião, a gente pode fazer reuniões, a gente articula com vocês, mas uma das pautas precisa ser o apoio ao sindicato por estar quase fechando” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Outros relataram que se sindicalizaram durante o período da crise na saúde e adesão da greve pelos profissionais. “Nesse período de greve me sindicalizei” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO). Também foi ressaltada a falta de apoio do sindicato da categoria e a ausência de reconhecimento do trabalho da categoria no NASF. “Sindicato de fisioterapeutas muita dificuldade, não tem apoio” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

“O sindicato é o último a fazer algo, não reconhece nosso trabalho no NASF, na saúde da família, não tratam a gente como um campo sério, não se fala do trabalho no NASF, se fala do trabalho nos hospitais” (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Um dos profissionais apresentou em sua narrativa a importância da participação contínua dos trabalhadores nos sindicatos, além do período de atraso de salário como vem ocorrendo e criticou essa mobilização pontual. Além disso, afirmou que não se sente representada pelo sindicato da sua categoria.

[...] Um espaço esquisito e não me sinto representada. Agora as pessoas estão se mobilizando novamente e eu acho muita cara de pau, porque todo mundo sumiu do sindicato. Agora as pessoas estão mobilizadas por falta de salário e volta, mas é um espaço que deveria ter uma participação contínua. Não é um espaço ocupável, é muito esquisito (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Através dos relatos dos profissionais, constatou-se, pela maioria, a falta de reconhecimento do sindicato como um espaço legítimo e coletivo de luta pelos direitos dos trabalhadores. Os profissionais encontram dificuldades de compreenderem o trabalho dos sindicatos, a relevância da sua participação contínua nestes espaços, como também a ausência

de sindicalização e, conseqüentemente, a diminuição da arrecadação da contribuição sindical.

O vínculo precário, a instabilidade e o medo do desemprego ocasionam uma série de problemas que dificultam a organização coletiva. Esses processos prejudicam a capacidade de resistência dos trabalhadores e individualizam as estratégias de luta. Diante disso, o maior desafio frente às questões atine à realização de lutas unificadas e permanentes para o enfrentamento da precarização do trabalho, assédio moral, ameaça de demissões, entre outros aspectos, especialmente em uma realidade de crise econômica e ajuste fiscal.

5.3.7 Contexto atual na política de saúde

Presenciamos o desmonte das políticas públicas, com o aumento dos cortes, redução de programas e políticas que garantem direitos essenciais à população. Diante dessas circunstâncias, os profissionais refletiram sobre o processo de desmonte das políticas de saúde atrelado às possibilidades da diminuição dos serviços, o contexto de demissões e notícias veiculadas pela prefeitura sobre o processo de reorganização da APS no município. “Estamos vivendo uma desestruturação” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

“Outra dificuldade é um pouco desse momento político, econômico pelo qual estamos passando, que é outra avalanche [...]” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Vale destacar que, no dia 30 de outubro de 2018, a prefeitura anunciou a Reestruturação da Atenção Primária⁸, com uma metodologia baseada em três pilares: foco na permanência de equipes em áreas que mais necessitam; eliminação de equipes com baixa produtividade; aumento no número de atendimento das equipes que permanecerem. Além desses pilares, o plano municipal almeja adequar os serviços de saúde ao orçamento municipal, que sofreu impactos relevantes com a crise financeira do país e com a diminuição da arrecadação de tributos (RIO DE JANEIRO, 2018).

Diante desses argumentos, percebemos que as propostas da gestão são semelhantes à cartilha neoliberal, que tem como apelo o falso pretexto de déficit das políticas com indicações de reformas para o enfrentamento das “crises” do sistema capitalista por meio de ajustes e diminuição de direitos da classe trabalhadora (RIO DE JANEIRO, 2018).

⁸ Notícia publicada no site da prefeitura municipal do Rio de Janeiro sobre reestruturação da APS no dia 30/10/2018. FONTE: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=8651039>.

Na coletiva de imprensa realizada pela prefeitura, foi anunciado pelo secretário da Casa Civil um corte de 239 equipes – 184 de saúde da família e 55 de saúde bucal, contabilizando uma média de 1.400 profissionais. Diante do plano de reorganização proposto a secretária de saúde se pronunciou dizendo que,

Não estamos fazendo cortes lineares. É uma medida pensada e estudada. A Estratégia Saúde da Família é um método de assistência, mas não é o único. Hoje, por exemplo, temos menos de 300 médicos especialistas em Saúde da Família nas equipes. Além de ser um método caro, percebemos que não está funcionando de forma adequada (RIO DE JANEIRO, 2018).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) se pronunciou por meio de uma reportagem⁹ intitulada ‘Crise da saúde no Rio: Qual é o valor da vida para o prefeito?’, no dia 21 de dezembro de 2018. Na matéria foi evidenciado o cenário de cortes do serviço e redução de equipe, nela a médica Valeska Antunes apresentou um relatório do Grupo de Trabalho criado pelo Conselho Municipal de Saúde com a colaboração de entidades como Abrasco, Cebes e Fiocruz: “Foi pouco tempo para analisar o projeto da prefeitura. Há uma contradição entre as premissas e os objetivos. Diz que se compromete com a manutenção da rede e evita diminuição de cobertura, mas propõe redução de 184 equipes. É contraditório”.

Com a proposta da redução de equipe em massa, os profissionais se sentem ameaçados com relação ao corte no quadro de funcionários e continuidade dos serviços públicos de saúde. Preocupado com a situação, o educador físico do NASF Resiste pontuou: “[...] Que nesses dois anos eles não acabem com o SUS no município do Rio de Janeiro”.

No cenário de desmonte do setor público, as políticas sociais e, especificamente as políticas de saúde, são influenciadas por essas mudanças, sendo, inclusive, de interesse da iniciativa privada (BEHRING, 2003). Desta forma, os profissionais destacaram a seletividade que vem ocorrendo, na medida em que a saúde está se tornando uma política ‘pobre’, no sentido da não garantia da universalidade, da ausência de investimentos e intensificação da precarização dos serviços.

Querem transformar o serviço de atenção básica num serviço pobre para pobre. [...] isso que a gente está presenciando hoje acontecer. Isso que a gente está assistindo, o universal acabou. [...] a gente colocando um serviço assim, o mínimo do mínimo, quem sobrar pra contar história vai ter o mínimo, quem ficar vai pagar o preço (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

⁹ Matéria publicada no site da Abrasco no dia 21/12/2018. FONTE: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/crise-da-saude-no-rio-qual-e-o-valor-da-vida-para-o-prefeito/38735/>.

A política de saúde no município, na prática, tem caminhado na direção de restrição de direitos, com diminuição de serviços, sendo operacionalizada de forma cada vez mais focalizada, como foi demonstrado na fala da secretária de saúde. Assim, evidencia-se que o desenvolvimento da política de saúde tem se afastado do princípio de universalização, visto que tais políticas têm incidido de maneira focalizada para determinados segmentos da sociedade, como tem sido desenvolvido o plano de reestruturação da APS no município. Observamos não apenas o desmonte do serviço da APS, mas a própria desconstrução do SUS.

[...] o princípio da universalidade é desrespeitado, onde o atendimento preventivo é apresentado como uma ação voltada apenas para aqueles que dela necessitam. Diante disso, pergunta-se: De quais critérios a prefeitura se utiliza para eleger aqueles que necessitam de ações preventivas? Essa seria mais uma ação de caráter focalizado na população mais pobre, que fortalece a lógica da universalização excludente, na qual os serviços privados seriam direcionados àqueles que possuem poder aquisitivo para bancá-los e os serviços públicos para aqueles que não podem suprir suas necessidades de saúde nos serviços particulares? [...] (OLIVEIRA, 2015, p. 49).

Diante disso, os profissionais realizaram associação ao cenário de desvalorização entre a gestão municipal e a APS. “Percebemos que na atual gestão a valorização da atenção básica é muito pequena” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Os profissionais também refletiram sobre as alterações nas políticas de saúde a partir das mudanças dos gestores e secretários municipais. Embora a saúde da família seja uma estratégia amparada pela Política Nacional de Atenção Básica, destaca-se a fragilidade da APS, principalmente a maneira pela qual foi estruturada no município.

A política de saúde fica muito afetada pela política do governo municipal e a gente vai dançando conforme a política vigente e isso é ruim. Embora seja uma política nacional consolidada, o município vai dando o seu tom. Eles fazem o que querem, conforme quem entra no governo e entrou uma pessoa que não sabe nada de gestão e não sabe o que é atenção básica. A gente fica à margem dessas pessoas da prefeitura, é uma loucura. A atenção básica sofre diretamente com essa política, essa gestão (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Além disso, um profissional relacionou o descaso da saúde pública com a omissão do governo perante as necessidades das populações mais carentes. “O descaso é com a ponta, é com a população mais carente, é o descaso que replica para gente, profissional. Então a gente passa a ter o valor dessa população, que não vale porra nenhuma para essa gestão, a não ser quando eles vão ser candidatos” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Também foi apontado o quanto que a população mais carente sofre com as violações de direitos, principalmente do Estado. Por serem profissionais da saúde pública, foi

problematizado o papel destes enquanto representantes do Estado. Ademais, foi ressaltado pelos profissionais o sentimento de impotência diante das situações adversas no cotidiano de trabalho, quando comparado o nível de complexidade dos casos e oferta de serviços.

[...] Você fica de mãos atadas porque você vê todo tipo de violação de direitos. Você vê que você é o Estado e o Estado é aquele que vai fuder com aquelas pessoas, desculpa o termo. Você se sente meio impotente, essas pessoas vêm sofrendo violações e mais violações, parece que você só enxuga gelo, tem esse misto de sentimentos (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

Os profissionais mencionaram a falta de investimento nas políticas públicas e o quanto isso interfere no desenvolvimento de trabalho do NASF. Vale considerar o elo entre os direitos sociais diminuídos, os impactos negativos na ação profissional e na qualidade dos serviços prestados. “Cada vez mais as políticas públicas estão sucateadas, a gente não sabe até quando vai ter isso, vai ter aquilo [...]” (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

Os ataques às políticas de saúde que vêm ocorrendo no município do Rio de Janeiro trazem efeitos alarmantes para a consolidação do direito à saúde. Os profissionais têm presenciado a estruturação de um quadro de precarização e insuficiência na oferta dos serviços públicos, em meio à expansão da privatização e acentuada mercadorização dos serviços de saúde. Dessa maneira, o projeto privatista de saúde está sendo fortalecido, visto a ampliação dos planos populares de saúde. Diante das falas dos profissionais fica explícita a crescente descaracterização do SUS enquanto sistema universal e integral.

O projeto neoliberal sempre esteve em curso no país, com a intenção de não colocar em prática os direitos previstos na constituição de 1988, mas de se utilizar do discurso da necessidade de reforma e ajustes nas políticas de saúde para mercantilizá-las. Com discurso da melhoria e otimização dos recursos públicos, o Estado elabora uma série de estratégias que defende a redução de direitos sociais conquistados, sob o argumento da crise fiscal do Estado. Essa conjuntura traz em seu bojo a transformação das políticas sociais em ações pontuais, impondo à classe trabalhadora um cenário de precarização e barbárie, na medida em que restringe as obrigações do Estado a partir da diminuição das políticas sociais (CAVALCANTE; PRÉSTES, 2010).

Com isso, percebemos que, ao longo da história na conjuntura brasileira, os diversos governos trataram o serviço público de forma precarizada, e à medida que as reformas acontecem, aumenta o esfacelamento de direitos que já estão fixados na Constituição, mas que não são efetivados de fato na sua totalidade, visto que essas reformas estão sempre atreladas às necessidades do capital, pois um dos eixos da reforma foi a diminuição das funções do Estado e a ampliação da oferta de serviços coletivos da rede privada (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p. 13).

5.4.1 REFLEXÕES DOS TRABALHADORES DO NASF SOBRE A SUA SAÚDE

Neste tópico vamos abordar aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores diante de uma perspectiva que envolve a saúde física, uso de medicação, saúde psíquica, adoecimento e todas as demais questões pertinentes. Vamos considerar todo o contexto descrito nos tópicos anteriores para analisar a saúde a partir dos elementos da saúde do trabalhador associados às mudanças no trabalho em saúde através da reestruturação produtiva. Apesar de não ser o foco dessa dissertação, não deixamos de considerar elementos sobre a Psicodinâmica do Trabalho desenvolvida por Dejours.

5.4.1 Vida e trabalho, trabalho e vida: onde um começa e a outro termina?

No que diz respeito à relação entre o trabalho e a vida, muitos falaram sobre seus filhos e o trabalho doméstico, visto que a maioria dos sujeitos da pesquisa é do sexo feminino. Diante disso, alguns apontamentos serão realizados com relação ao trabalho e gênero levando em consideração que as mulheres convivem cotidianamente com pressões do trabalho e da vida privada. Vale ressaltar que, a conciliação entre a inserção da mulher no trabalho profissional, no trabalho doméstico, o papel do casamento, da maternidade, a relação entre satisfação individual e vida familiar cooperam para um processo de adoecimento e sofrimento das mulheres (SILVA; SILVA, 2013). Uma das trabalhadoras ressaltou essa questão: “[...] Tem momentos que não consigo dar conta da minha casa, do meu companheiro, da minha cachorra, acho que é o todo da vida [...]” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

A fisioterapeuta do NASF Florido falou que o trabalho contribui positivamente na sua vida e o quanto isso influencia sua família ao compartilhar experiências, casos e histórias do trabalho. No entanto, destaca seu adoecimento e o quanto isso prejudica sua rotina com os filhos.

Acho que positivamente, de casos que acompanho, de processo de trabalho, das famílias, das organizações familiares. Acho que isso influenciou muito na minha vida pessoal com a minha família, com meus filhos, mas também essa questão do adoecimento, eles foram afetados por isso, fiquei bem agressiva, a gente era bem parceiro e chegou uma época que eu não conversava com meus filhos (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

A assistente social do NASF Resiste também discorreu que aprende bastante com o

trabalho, mas frisou o rebatimento negativo, principalmente com a ausência de tempo livre para estar com o filho. Esta trabalhadora fez associação da sua vida privada e os casos atendidos ao considerar a ausência de tempo livre para promover os cuidados do filho. Com isso, destaca o paradoxo de ‘julgar’, enquanto profissional de saúde, uma situação semelhante que ocorre na sua vida pessoal.

A influência boa é a visão de mundo, muda a forma como a gente enxerga as coisas, mas eu tenho rebatimento muito negativo, que é o tempo que deixo de estar com meu filho, é um nível de culpa muito grande, tenho tentado lidar com isso, eu tenho necessidade de trabalhar, por muitas vezes me pego pensando nisso. Hoje mesmo estava falando sobre isso o que é ser um pai ou uma mãe negligente. O que é estar ou não estar presente na educação de um filho. Eu estou ausente 54 horas por semana. Então sou uma mãe negligente, se eu for classificar como as pessoas costumam usar. Ah, quem cuida do seu filho? Ele fica com a avó! Essa é a minha situação, ele fica com a avó. Ela é a pessoa que hoje é a cuidadora do meu filho, não sou eu. Eu estou ciente? Estou! Mas não estou participando, não estou lá. É um dilema, um paradoxo grande, porque a gente está do lado de cá e às vezes está num lugar de julgador disso, o que é uma droga (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

A mesma profissional seguiu refletindo e argumentou que não se sente bem quando é demandada pelas eSF a fazer visita domiciliar, principalmente quando existe a intenção de fiscalizar, de certa forma, a vida do usuário/família ou investigar algum tipo de violência/negligência.

Eu odeio fazer visita domiciliar para fiscalizar a vida das pessoas, para saber se tem ou não condição de alguma coisa, isso é a parte mais agressiva do meu trabalho, acho isso muito pesado, porque estou do outro lado e sei o que é uma mãe sair de casa 7 horas da manhã e só voltar as 23 e não conseguir ver o filho, eu sei o que é isso, eu passo por isso. Às vezes chego à sexta feira eu vejo meu filho e ele fala: ‘mamãe que saudade de você’. Ele não me viu a semana inteira, quando eu saio ele tá dormindo e quando chego ele está dormindo. Isso é muito ruim, a gente tá aqui disponível para o usuário, disponível para entender as pessoas, compreender a vida das pessoas, o drama das pessoas, tentar amenizar alguma dor, alguma vulnerabilidade, mas a gente também está exposta o tempo todo e não tem quem cuide disso (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Após a fala emocionada da assistente social sobre a relação com o filho e a ausência de tempo para exercer o papel de mãe, a fisioterapeuta também ficou emocionada e chorou durante a realização do grupo focal, pois passa pela mesma situação de ter uma vida com dupla jornada e ausência de tempo para a família.

Notamos que as trabalhadoras não têm tempo para dedicar à família como gostariam, e o pouco tempo que dispõem, nem sempre é aproveitado, pois a paciência e a disposição, muitas vezes, foram gastos no trabalho ou pela própria ausência de saúde das mesmas. Assim, ao mesmo tempo em que o trabalho ensina, ele também influencia diretamente nas relações

afetivas devido o desgaste físico e mental. Muitas vezes recai sobre o trabalhador um sentimento de culpa, por estar em falta com a família (CARREIRO, 2010).

Observa-se que em geral, a grande parte das mais frequentes categorias de consequências negativas para o marido/companheiro e para o casal/família relaciona-se ao distanciamento da mulher, em função do trabalho, dos seus papéis tradicionais de mãe, esposa e dona de casa. O conjunto dessas informações indica a manutenção da invisibilidade da mulher como sujeito, sendo mais valorizada pelos papéis/atividades de mãe, esposa e dona de casa (NASCIMENTO; GIANORDOLI-NASCIMENTO; TRINDADE, 2008, p. 157).

A outra profissional também destacou que sua vida é dividida entre o tempo necessário para realizar o trabalho e o tempo dedicado à filha. Exercer o papel de trabalhadora e o papel de mãe por vezes tomam 100% da sua vida e a mesma encontra dificuldades de ocupar outros espaços e exercer outros papéis, como ela mesma citou o exemplo da ausência de tempo para o marido e disponibilidade promover seus cuidados básicos no dia a dia.

Eu estou com perda de memória muito grande, acho que não esteja apenas relacionado com a amamentação. Eu percebo também que tem relação com o processo de trabalho, com o espaço que o trabalho tomou na minha vida e o espaço que a minha filha toma na minha vida também, não sobra tempo pra mais nada, o espaço do trabalho às vezes ganha o da minha filha. Às vezes eu não consigo fazer nada, não consigo conversar com o meu marido, fico um pouco com minha filha e coloco ela para dormir, às vezes nem consigo jantar, às vezes tomo banho no dia seguinte de manhã (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Considerando os relatos das mulheres, mães, trabalhadoras, esposas, estudantes, constatamos o desafio de exercer vários papéis e a sobrecarga que isso possui. Um estudo realizado por Costa et al. (2005) revelou que as trabalhadoras são conscientes quanto à sobrecarga que têm na vida profissional e doméstica, entretanto elas afirmaram não saber como reverter esta sobrecarga e que, na maioria das vezes, esquecem de si mesmas, o que as torna susceptíveis à perda da integridade mental.

O trabalho doméstico e o cuidado com os filhos é uma extensão da jornada de trabalho que contribui significativamente para a exaustão física. Estas atividades desempenhadas majoritariamente por mulheres não tem descanso semanal, nem férias remuneradas. Vale considerar nesse contexto o fato do trabalho doméstico ser uma atividade desvalorizada socialmente que, muitas vezes, não consegue elevar a autoestima da trabalhadora (CARREIRO, 2010).

A segregação da força de trabalho segundo o sexo e o persistente desequilíbrio das relações de gênero no trabalho doméstico condicionam as trabalhadoras à dupla exposição: fatores de risco ocupacionais e os da vida doméstica, sendo esta de elevada

sobrecarga, com impacto no tempo para lazer e repouso. Demandas contínuas com diminuição do tempo para descanso e relaxamento implicam dificuldades de recuperação do organismo e aumentam as chances de ocorrência dos sintomas musculoesqueléticos, desencadeados pelas atividades laborais e transtornos mentais (CARVALHO; ARAUJO; BERNARDES, 2016, p. 9).

Ao final de um dia de trabalho intenso, dentro e fora de casa, os trabalhadores relatam não possuir ânimo para promover cuidados com a saúde – física e mental, contradizendo o próprio discurso no âmbito profissional, uma vez que, constantemente, os trabalhadores repassam essas orientações aos usuários do serviço, como a importância da participação na academia carioca para atividade física e encaminhamento para psicoterapia.

Estou há séculos tentando entrar numa terapia e não consigo. Não consigo porque eu acho que não vou ter tempo de encaixar isso na minha vida, eu vou encaixar isso que horas? De madrugada, vou fazer terapia pela internet? Não sei, não tenho onde colocar isso. Não tenho tempo de encaixar uma atividade física que eu sei que vai ser saudável pra mim (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Outra questão abordada pelos trabalhadores diz respeito à intensidade do trabalho do NASF e o quanto que isso interfere nas suas vidas pelo tempo que ocupa, maior que a carga horária cumprida, prejudicando principalmente o autocuidado e a inserção das atividades que poderiam contribuir para qualidade de vida.

[...] uma coisa que mudou a minha vida de maneira radical foi que eu parei de fazer capoeira, acho que não é só a questão da capoeira, eu parei de fazer terapia. Tem essa dificuldade de cuidar da casa, das plantinhas, cozinhar é algo que não cabe mais, eu tenho que fazer escolhas, optar por dormir um pouco menos pra cozinhar, e, às vezes, acabo deixando de comer mesmo, prefiro dormir. Sem contar a minha prática também de fazer minhas orações, não tenho conseguido por conta do processo de trabalho, faço quatro dias de 10 horas e no day off (folga) faço mestrado, estou sem tempo para mim, não consigo ver a minha família, fico mais de dois meses sem viajar para ver meus pais, acho que é isso (PSICÓLOGO 1 NASF FLORIDO).

Observa-se que os trabalhadores destinam excessiva parte da sua vida ao trabalho, reduzindo ou até mesmo eliminando a disponibilidade de tempo para o lazer, o descanso e uma boa alimentação, como estratégias para evitar a “perda de tempo”.

Nos três dias que estou aqui, estou aqui 10 horas por dia e são três dias consecutivos, terça, quarta e quinta e eu não consigo fazer nada nesses três dias da semana, tipo, a minha vida fora do trabalho é só segunda e sexta porque terça, quarta e quinta eu não consigo fazer uma comida. A minha exaustão é tamanha que eu não consigo conversar com as pessoas, é muito louco isso, a gente se dá tanto, eu estou aqui 10 horas por dia (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

O tempo destinado ao trabalho nem sempre tem relação com a carga horária cumprida,

mas pela intensidade com que ele se concretiza, como podemos perceber no relato a seguir:

A sensação que eu tenho é que não tenho espaço pra mais nada na minha vida, só para o trabalho. Acho que é tão intenso e olha que estou aqui só 30 horas, mas é tão intenso que se espalha por toda a minha vida, por outras partes e isso é um exercício que estou tendo é de limitar porque está demais (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

A assistente social do NASF Resiste afirmou que trabalho não é vida e que ao trabalhar muito não dispõe de muito tempo livre para viver como gostaria: “[...] A gente trabalha muito e vive pouco, o resumo da minha vida é esse. Trabalho muito e vivo muito pouco, espero que um dia isso mude” (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Outra questão pertinente citada pelos profissionais foi a relação da tecnologia com o trabalho. Citaram exemplo de como aplicativos de conversa permitem que o trabalho continue sendo executado para além da carga horária realizada, principalmente com as demandas nos grupos de trabalho do próprio aplicativo. “Uma coisa que lembrei e que afeta é o whatsapp, a gente tem no mínimo uns 20 grupos e isso afeta a todos, porque a gente vive trabalhando, em casa eu tento dar uma ignorada, mas nem tudo eu consigo ignorar” (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

“Muitas vezes os casos ficam na nossa cabeça e a gente se pega trabalhando pelo telefone nos outros dias da semana que não trabalho, fora do meu horário [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

[...] nesse período de férias eu não saí do grupo de whatsapp e quando iniciou as mensagens com a crise eu comecei a não olhar, apesar de saber tudo que estava acontecendo. Alguns ficavam mandando mensagem, eu olhava lá, eles falando dos problemas e eu de casa lendo aquilo. Isso às vezes acontece também do usuário ligar a noite (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Uma das características do trabalho a ser destacada diz respeito à proximidade dos profissionais com a população, o vínculo desenvolvido no contato contínuo. Essas situações vivenciadas no trabalho invadem outras esferas da vida dos trabalhadores. Assim, em alguns casos, não conseguem se desligar dos casos atendidos quando vão para suas casas, dando continuidade ao acompanhamento mesmo fora do horário de trabalho.

Também foram pontuadas as interferências que alguns meios de transporte ocasionam no cotidiano do profissional, por estarem atrelados ao trabalho. O helicóptero dentro das comunidades representa operação policial, que gera medo e angústia. “Ou então de estar em algum lugar e ouvir um helicóptero (respirou fundo – som de preocupação) aí você tem que

parar e pensar, calma, você não está no trabalho” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR). Já a moto fora da comunidade representa uma maior ameaça como descrito: “[...] É até curioso, eu morro de medo de moto lá fora, mas quando entro aqui eu não tenho, meu medo é de ser atropelada, lá fora o medo é de ser assaltada são coisas que vão perpassando pela nossa vida que influenciam em pontos de vista diferentes” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Os profissionais descreveram também sobre a violência no território e o quanto isso influencia na vida através de sonhos sobre o trabalho. “Desses três dias, eles ficam diferentes na tua rotina e eu acho que esse território tem a questão da vulnerabilidade, da violência que a gente leva muita coisa para casa, de sonhar [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR). De acordo com Glina et al. (2001) esse não desligamento e o sonhar com o trabalho é uma contaminação involuntária do tempo de lazer ou de descanso, afetando desfavoravelmente a saúde do trabalhador, como já se observou acima, no desenvolvimento das doenças físicas e psíquicas.

Uma das profissionais descreveu sua trajetória de vida, que está diretamente ligada ao trabalho. Expressando emoção e tentando conter as lágrimas contou que saiu da sua cidade natal para se especializar em saúde da família, pois planejou a vida para trabalhar no SUS.

Tem uma coisa, pensando na trajetória individual de cada um, eu que saí de Recife e vim para o Rio de Janeiro para fazer a residência. O meu fim da faculdade foi como se eu tivesse encontrado meu local de trabalho, eu sabia que seria saúde pública, que seria atenção básica. Eu planejei a minha vida para trabalhar no SUS. Eu tive uma predisposição para sair da minha terra, para poder estudar, fazer essa formação e você está no local que imagina, que quer, que pensou. Se isso não está dando certo o que você faz da vida? [...] Esse trabalho fala de um sonho, de uma ideologia que a gente acredita. Se o que a gente acredita não está dando certo parece que tem um buraco negro na sua frente. Não é só a questão de no fim do mês você não estar recebendo. Está bom, se eu banco sair desse trabalho, o que eu vou fazer da minha vida? Acho que criou na gente de se deparar com uma dimensão do que esse trabalho tem pra gente como projeto de vida, então, isso toma proporções muito maiores (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Para ela este trabalho apresenta significado e sentido na sua vida, muito mais do que a remuneração salarial. Afirma que trabalhar no SUS e lutar por ele é um projeto de vida. Presenciar a saúde pública sendo precarizada e a equipe com ameaça de demissão representa não somente a perda de emprego, mas também a perda da identidade, com sérios rebatimentos na vida e na saúde. Frente a essas questões é inegável o lugar central que o trabalho ocupa na vida de quem o pratica, tanto por se mostrar como fonte de sustento, quanto pelo tempo disposto em prol dele. Além disso, é importante destacar que o trabalho pode se exteriorizar como uma realização pessoal, não somente profissional (ENRIQUEZ, 1999).

Além de agir sobre a identidade individual do sujeito, o trabalho influencia, também,

em sua inserção no meio social, mostrando-se, assim, mais uma vez, como uma referência essencial. Desta forma, o afastamento do trabalhador do seu labor, seja por qualquer motivo – adoecimento, acidente de trabalho, ameaça de demissão – trará junto de si a fragilização da identidade daquele sujeito, seja no âmbito individual ou no âmbito social (ENRIQUEZ, 1999).

5.4.2 O sentimento ‘bom’ e o sentimento de ‘enxugar gelo’: as oscilações de pertencer à equipe NASF

Ao descreverem os sentimentos que possuem por fazerem parte de uma equipe do NASF, os profissionais responderam em forma de desabafo, colocando diversos sentimentos, com inúmeros adjetivos impactantes. Notamos um misto de palavras negativas por pertencerem ao NASF e todas com sentido direcionado tanto ao sofrimento, frustração e angústia como também elementos que caracterizam sobrecarga do trabalho com os termos cansaço e exaustão. Nos relatos apresentados acima, as palavras com significado mais forte para expressar o sentimento pelo trabalho chamaram a atenção da pesquisadora como os termos estuprada, sufocada e morta.

“Perdidos, massacrados, exaustos, angustiada” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

“Estuprada, sufocada, angustiada, cansada, exausta, morta” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

“Acho que eu me sinto bem sugada [...]. Então é isso, você não para, as pessoas te veem e vêm, e está todo mundo com tanta demanda que te sugam, esse é meu sentimento quando está muito difícil, de estar sugada, sair daqui sem energia” (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

“[...] Quando a gente entra a gente vê a dificuldade e é uma frustração, uma sensação de impotência, acho que é essa palavra, impotência caracteriza bem a nossa sensação” (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Pra mim, além da frustração é o cansaço, o cansaço é maior do que a frustração, esse cansaço do dia a dia, de estar o tempo inteiro convencendo as pessoas de que tem que fazer matriciamento, de que é legal o matriciamento, de que o NASF é importante, convencer as pessoas que meu trabalho é importante, isso é muito cansativo (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Além do mais, a nutricionista do NASF Resiste destacou o termo desvalorizada, tendo em vista a opinião de alguns profissionais que não reconhecem o trabalho do NASF,

reproduzindo uma fala que escutou de um profissional da equipe de saúde da família.

A minha palavra é desvalorizada, a gente dá tanto por aqui, dá a cara, o suor por isso aqui [...]. Não são todos, mas têm aqueles que não reconhecem e que não valorizam nosso trabalho. Vocês não fazem nada, tudo tem que fazer junto, trabalhar junto, a gente tem que ver primeiro pra depois passar para vocês o que está acontecendo [...] (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

A terapeuta ocupacional da equipe Amor considerou que o trabalho do NASF tem certa validade devido ao esgotamento que ele produz, dizendo que os profissionais ‘aguentam’ a rotina na tentativa de dar continuidade ao processo de trabalho.

[...] Não tem como sustentar este trabalho durante muito tempo, por esse esgotamento, você vai aguentando por muito tempo e as coisas sempre batendo na mesma tecla. [...] vai aguentando mais um pouco, mais um pouco e depois vem as férias e aí dá um gás para aguentar mais um ano (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Alguns profissionais demonstraram sentimentos ambíguos por pertencer à equipe. A assistente social do NASF Florido falou que considera potencial o trabalho em equipe, mas ressaltou que o sentimento perante o trabalho é de ‘enxugar gelo’, visto que as equipes enxergam seu trabalho como algo ruim por não representar eficiência diante das situações.

Então, tem aquele sentimento bom de ser equipe, de saber que tem uma potencialidade boa, mas tem um sentimento de enxugar gelo que é enorme, pelo menos o meu é. [...] E isso reflete muito na maneira como as equipes veem a gente porque fica parecendo que o seu trabalho que não é bom. Você que não é eficiente (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Outra profissional diz que seu sentimento ‘oscila muito’, pois, ao mesmo tempo em que considera desgastante também se sente empolgada com o trabalho quando pensa no que dá certo. Contudo, reforça o sentimento de levar ‘rasteiras’ na maior parte do tempo e precisar ‘renascer das cinzas’, destacando assim os desafios encontrados para realizar seu trabalho.

Para mim, isso oscila muito, também é muito desgastante, mas às vezes eu estou muito empolgada com o trabalho, porque muita coisa dá certo, a gente vê muita coisa funcionando. Logo em seguida vêm umas rasteiras, acho que é isso que a gente sente, rasteira o tempo todo, mostrar que você consegue renascer das cinzas (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Também foi ponderado o sentimento comparado a ‘fezes’ por não conseguir colocar em prática a lógica de trabalho que é preconizado para o NASF. “A gente estudou para estar aqui, sabe qual é a lógica de trabalho, todo mundo aqui tem uma formação profissional que condiz com o trabalho do NASF e a gente não consegue colocar em prática, a gente se sente um cocô

em relação a isso [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF AMOR).

Sentimentos de potência de invenção com relação ao desenvolvimento do trabalho e impotência surgiram ao descreverem a gravidade dos casos que são acompanhados. “Ao mesmo tempo é um trabalho extremamente bacana, não conseguiria me imaginar em outro lugar, eu me acho super fundamental aqui, acho que temos potência de invenção. Ao mesmo tempo é uma impotência quando vê o grau de adoecimento das demandas” (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

O NASF traz uma proposta inovadora para a ESF, o que resulta em possíveis entraves para o seu desenvolvimento. “Estas questões são fontes de estresse, desgaste e sofrimento, que comprometem o desenvolvimento do trabalho e a efetivação da proposta do NASF” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 850).

Com relação ao processo de trabalho do NASF um estudo realizado por Correia, Goulart e Furtado (2017), sobre avaliabilidade foi constatado que são evidentes inúmeras dificuldades. Isso interfere diretamente no desenvolvimento das habilidades e competências da equipe, ou seja, suas potencialidades ficam limitadas por diversos fatores, considerando as dificuldades na compreensão das mudanças teórico-práticas no trabalho, a relação entre os trabalhadores das equipes de Saúde da Família e equipes NASFs, as exigências da gestão baseadas em um determinado modelo de gestão que não condiz com o trabalho do NASF, entre outros aspectos.

Isso proporciona não apenas cobranças indevidas aos trabalhadores, como também incertezas com relação à necessidade da atuação de tal equipe na composição de profissionais nas unidades. A falta de compreensão do trabalho do NASF possibilita também o desenvolvimento do cansaço, angústia, estresse, desgaste e sofrimento do trabalhador, que pode resultar em dificuldades na implementação e proporcionar um aumento de exigências de resultados que nem sempre fazem parte do seu rol de competências e atribuições (CORREIA; GOULART; FURTADO, 2017; LACMAN, 2013).

Fica explícito o sofrimento, a desmotivação e a luta quase diária dos trabalhadores do NASF para enfrentar as resistências, efetivar seu modelo de trabalho e serem reconhecidos em face das dificuldades de compreensão e tentativas de distorções de seu papel de equipe de apoio (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 850).

Diante dos achados da pesquisa, percebe-se um sofrimento atrelado a sobrecarga de trabalho e ao contexto de precarização. “[...] o sofrimento dos trabalhadores do NASF relaciona-se ao perfil e à sobrecarga de trabalho. Apenas os que realmente se identificam com a proposta conseguem permanecer no trabalho, enfrentando o estresse, a sobrecarga e o

adoecimento [...]” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 852).

Os profissionais discorrem sobre o sofrimento ao tratar sobre o cotidiano do trabalho no NASF. O sofrimento, inevitavelmente gerado na relação entre o homem e trabalho (DEJOURS, 2007), é invisível, não mensurável e acessível através da fala do trabalhador no momento em que o sente e o nomeia (BUENO; MACÊDO, 2012). Pode ser gerado a partir dos aspectos relacionados à organização do trabalho ou mesmo à subjetividade do trabalhador, em função do esgotamento produzido pela sobrecarga de trabalho, aliado aos afetos como estresse, frustração, insegurança e medo (GIONGO; MONTEIRO; SOBROSA, 2015).

5.4.3 E a saúde dos trabalhadores do NASF, como vai?

O modelo de gestão em saúde com inclinação à reestruturação produtiva, que traz mudanças significativas ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, vem sendo considerado uma possível causa do sofrimento do trabalhador. Ponderando estes aspectos, relacionados à precarização do trabalho e seu desencadeamento, torna-se um desafio constante para o trabalhador alimentar formas de cuidado que atuem em defesa da vida, quando o processo de trabalho se mostra fragmentado e fragilizado (KOSTER, 2008; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Na medida em que consideramos a relação indissociável entre vida e trabalho, fica visível a associação entre trabalho e saúde. O trabalho tem a potencialidade de ser fonte de satisfação, como também de adoecimento. A saúde do trabalhador depende, sobretudo, dos processos de trabalho, assim é oportuno corroborar de que forma a reestruturação produtiva tem incidido no processo saúde-doença (WÜNSCH; MENDES, 2015).

No que atine ao trabalho em saúde, este pode ser uma via para a autorrealização, para a construção de identidades, tendo em vista a realização da saúde e o cuidado com as famílias acompanhadas. No entanto, diante da realidade apresentada presenciamos cada vez mais sinais de insatisfação com o trabalho, podendo ocasionar o adoecimento nas diversas categorias profissionais que representam o setor (ASSUNÇÃO, 2011).

Ao serem questionados sobre a saúde, todos os profissionais relataram problemas de saúde, uns demonstraram maior desejo de desabafar sobre a saúde e o trabalho. “Hoje de manhã eu falei que nunca adoeci tanto como estou adoecendo, isso já diz alguma coisa. Acho que é tanta carga emocional, que fica difícil da gente lidar com as coisas” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

O NASF Amor descreveu a questão da saúde dos profissionais com relação aos atestados

médicos. A nutricionista afirmou que mesmo quando os profissionais não ficam de atestado por motivo de doença, existem momentos que se afastam do trabalho por não estarem bem. “Mesmo quem não tirou licença ficou distante, o corpo presente, mas a cabeça muito longe” (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Um efeito disso são as licenças, não dá para não falar disso. Eu já tive processo de licença (atestado) de quase me demitir quando completei um ano de trabalho aqui, acho que a outra psicóloga antes de sair daqui entrou num processo de tirar licença algumas vezes, não licença oficial (pelo INSS), mas ficar de atestado. Acho que todo mundo já teve esse momento de se afastar um pouco mais do trabalho, por estar muito difícil (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

A psicóloga do NASF Amor relatou que quase pediu demissão e precisou ficar de atestado durante um período por motivos de saúde. Também descreveu que a psicóloga que trabalhava no NASF antes dela entrar na equipe passou pelo mesmo processo.

A fisioterapeuta do NASF Florido disse que está adoecida e relacionou a sua condição de saúde à sobrecarga de trabalho.

Estou adoecida, tenho ficado muito doente pela sobrecarga de trabalho, por eu não saber falar não para os pacientes. Atender, mesmo que o fluxo seja inverso. Estou me policiando agora nisso. E escutar que é frescura da própria equipe da unidade: ‘você só vive doente’. Pois é, eu estou doente por conta disso tudo, realmente fiquei muitas vezes doente, aumentou a quantidade de equipe para apoiar, cancelamento das férias, atraso de salário, falta de medicações, a greve [...] (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

Mesmo doente ela disse não ficou afastada pelo INSS, mas já ficou de atestado algumas vezes. Apresenta crises de ansiedade, insônia e faz uso de medicação controlada.

Ainda não tenho nada diagnosticado, vou esperar novembro porque tenho um exame para fazer, estou muito adoecida mesmo. Não cheguei a ficar afastada pelo INSS, só peguei atestado. Parei de tomar a medicação, estava aumentando a dosagem e continuava com insônia então resolvi parar. Estava tendo crise de ansiedade e tomando clonazepam, de domingo para segunda eu não durmo, se eu dormir duas horas é muito, sempre chego muito exausta [...] (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

A insônia tem sido uma característica negativa que afeta os profissionais da saúde. Um estudo realizado com profissionais da ESF apontou o sono como um fator de risco para o adoecimento mental, onde cerca de 30% dos trabalhadores reconheceram que dormiam mal (PASCOAL, 2008 apud MOURA, et al., 2017). Além disso, outros problemas de saúde podem estar associados ao sono, como níveis de estresse e ansiedade entre os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Diante disso, Moura et al. (2017) afirmam que o indicativo de qualidade

de sono ruim, ou, efeito do estresse sobre o sono causam repercussões negativas para a saúde do trabalhador.

A mesma profissional destaca que fez psicoterapia por um período, mas não deu continuidade ao acompanhamento quando apresentou melhora em seu quadro de saúde. Afirmou que quando se sente mal recorre à medicação. “[...] Cheguei a fazer acompanhamento em psicologia, mas sou sem vergonha e quando me sinto melhor eu saio, mas eu e o psicólogo a gente se fala. Às vezes eu estou bem ruim mesmo. Aí eu recorro a ele e à medicação” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

Apesar de ser uma trabalhadora da saúde, percebemos a ênfase no cuidado através da medicação e, mesmo assim, afirma a não continuidade ao tratamento pela ausência de melhora no quadro de insônia, ou seja, não realiza o tratamento contínuo e se automedica quando identifica uma piora em sua saúde.

A assistente social do NASF Florido comentou como a ansiedade prejudica sua saúde, visto que apresenta um processo constante de engordar e emagrecer. Informou que inseriu uma medicação para controlar a ansiedade e a compulsão por comida. Diante do sofrimento que vivencia no trabalho, a comida era uma estratégia para lidar com seus sentimentos. Disse ainda que o processo se intensificou quando recebeu a notícia que seria transferida de unidade no período da reorganização do NASF.

Eu sinto muitas dores nas costas e meus processos silenciosos de engorda e emagrece, engorda e emagrece, engorda e emagrece [...]. Agora eu inseri uma medicação para dar uma segurada na ansiedade porque nos últimos meses isso foi absurdo de não conseguir trabalhar sem comer, comia o tempo inteiro e sem fome. Só conseguia trabalhar se tivesse comendo alguma coisa, fora daqui a mesma coisa, em casa a mesma coisa, de férias o mesmo processo. Aí a gente tenta sair dos grupos, tenta desligar, você leva um tempo daí quando consegue acabou as férias, você tem que voltar. Às vezes os processos são mais agudos, às vezes mais silenciosos, na época que a gente estava pra sair (possível mudança), eu entrava no carro, ia embora chorando. De manhã entrava no carro e vinha para o trabalho chorando e a rotina era essa. Como eu não podia chorar em casa, não podia chorar nenhum outro espaço chorava nos trajetos, era o que tinha de tempo sozinha. Têm alguns momentos que a gente não consegue (ASSISTENTE SOCIAL NASF FLORIDO).

Alguns profissionais associaram o trabalho diretamente aos sintomas da ansiedade. “[...] Sempre que eu tenho o problema de ansiedade eu penso nesse lugar (uma clínica específica) e no outro pela quantidade de equipes eu não consigo dar conta. [...] Fico pensando o quanto tudo isso é cansativo” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO).

[...] Estava conversando sobre as crises de ansiedade que venho tendo, principalmente quando estou esperando o trem para vir, quando vai ter reunião de equipe, já aconteceu em casa a noite, antes de jantar. E quanto mais eu tento controlar a coisa vai piorando.

Aí falei: acho que isso é crise de ansiedade. Antes eu nem sabia o que era. Mesmo que eu tente a coisa se aflora de outra forma, mesmo que achando que estou bem eu não estou (ASSISTENTE SOCIAL NASF RESISTE).

A assistente social do NASF Resiste trouxe uma reflexão importante sobre a invisibilidade de alguns sintomas e doenças. Constatamos isso principalmente com doenças psicológicas e psicossomáticas. Muitas vezes esses processos de adoecimento silenciosos são os que mais prejudicam a saúde mental e até mesmo transcendem para a saúde física com outros sintomas.

Uma profissional do NASF Florido relatou seu processo de adoecimento quando entrou na equipe e precisou procurar tratamento psicológico. Apesar de ter melhorado, disse estar numa fase ‘mais ou menos’. Também informou que não tem diagnóstico de nenhuma doença, contudo, o que chamou atenção foi o fato de sentir dores articulares intensas e se automedicar com altas doses de relaxante muscular.

Quando entrei aqui em 2016 estava muito mal emocionalmente, não sei se vocês lembram, fiquei procurando serviço de psicologia, mas acabei melhorando um pouco e agora estou numa fase que estou mais ou menos, com altos e baixos. Têm dias que eu fico mal, não quero saber de clínica da família, mas tem que estar aqui, isso é muito relacionado ao trabalho mesmo. Acho que existiam outros fatores, mas é mais direcionado por conta do trabalho. Eu não tenho diagnóstico de nada, mas tenho dores articulares muito intensas, tomo muito relaxante muscular, doses cavalares de relaxante, quase que diariamente. Tomava muito dorflex, mas começou a me dar problema no estômago, então parei e fui para relaxante muscular. Sem o relaxante muscular eu não durmo (NUTRICIONISTA NASF FLORIDO).

Outra profissional destaca sentir dores de cabeça e que os sintomas se agravam quando o trabalho está mais difícil. Como estratégia para não ficar em uso constante de medicação, afirma que faz uso de remédios homeopáticos. Destacou que os sintomas das dores afloram com a exaustão e a preocupação sobre a sua permanência no trabalho, tendo em vista que não vislumbra ser nutricionista ‘de outra forma’.

Eu tenho facilidade de ter dor de cabeça, mas isso é mais presente quando as coisas estão mais confusas no trabalho, junta coisas daqui com as coisas pessoais, a minha cabeça vive doendo. Vivo com alguma coisa para tentar melhorar, tentado fugir dos remédios, às vezes recorrendo a homeopatia, sensação de exaustão [...] (NUTRICIONISTA NASF AMOR).

Observa-se que alguns profissionais utilizam tratamento medicamentoso como tentativa de diminuir os efeitos colaterais da doença e sofrimento mental. De acordo com Carreiro (2010), os profissionais que atuam na saúde são mais vulneráveis ao uso de medicação, principalmente psicotrópicos, levando em consideração o fácil acesso e a constante convivência com muitas dessas substâncias, somam-se condições de trabalho exaustivo a que estão submetidos.

A profissional do NASF Resiste destacou que chegou a entrar em um processo depressivo e relatou alguns sintomas que apresentou durante seu adoecimento, como falta de apetite e taquicardia. Ao perceber que estava doente conseguiu elaborar estratégias de cuidado, como fazer terapia e a própria comida.

Teve um tempo que estava entrando num processo depressivo, mas acho que era um misto de coisas, não era só o trabalho. [...] Emagreci muito, não comia direito, começou dar taquicardia, principalmente às quartas quando tinha reunião de equipe. Aí comecei a fazer terapia, fazer a própria comida, fui adotando algumas estratégias e conseguindo sair um pouco disso. Eu me sinto muito exausta, sensação de exaustão o tempo inteiro (PSICÓLOGA 2 NASF RESISTE).

A outra psicóloga do NASF Resiste informou que foi diagnosticada com refluxo e está em uso contínuo de medicação. Além disso, a profissional destacou o cansaço que sente por conta do trabalho e o quanto que isso interfere negativamente na sua saúde e no seu trabalho.

[...] recentemente tenho sentido dificuldade de digerir, fui ao otorrino ele disse que eu estava com refluxo, nada que me impeça de comer, mas ele receitou pantoprazol, ajudou, estou tomando. Acho que é principalmente o cansaço, Me pego angustiada, que vejo que está relacionado ao trabalho. Estar nesse trabalho muitas vezes é uma violência. E tudo isso vai para algum lugar, a gente simplesmente recebe, recebe, recebe e não vai para lugar nenhum, a gente precisa fazer alguma coisa com tudo isso, com essa sobrecarga toda. Me vejo no modo automático no trabalho (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Levando em conta os problemas apresentados pela psicóloga do NASF Resiste, a terapeuta ocupacional, que faz parte da mesma equipe, disse que sente dores na coluna e no estômago. Diante do problema de saúde refletiu que as crises com relação ao sistema digestivo podem estar relacionadas diretamente ao trabalho. “[...] acho que estamos engolindo um monte de coisas que não deveríamos, aí a gente tem que colocar para fora, e acaba tendo palpitações, tem a ver com ansiedade. Tenho visto coisas no corpo que apontam que a ansiedade está aparecendo” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE). Ou seja, ela associou as dores físicas e os sintomas com o fato de ‘engolir problemas’ no trabalho.

Um sintoma generalizado na equipe NASF Resiste é a dificuldade de acordar para trabalhar. Todos os profissionais destacaram o atraso não como uma doença, mas como um sintoma da equipe. Uma das psicólogas fez a seguinte reflexão: “O atraso é um recurso pra gente conseguir chegar, eu entendi isso hoje, é um recurso que se a gente não tem a gente não vem trabalhar, cheguei a essa conclusão. Ou eu venho trabalhar atrasada ou não consigo vir” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

O fisioterapeuta destacou o atraso e os outros sintomas como uma resposta do corpo e da mente, como uma forma de resistência do trabalho. “A gente chega aqui atrasado, não quer

vir, tem dor de barriga, vômito, dor de cabeça, enxaqueca, visão turva, chegar aqui e não enxergar nada. [...] Isso é consequência de uma crise de ansiedade. Como você oferece saúde adoecido?” (FISIOTERAPEUTA NASF RESISTE). Torna-se pertinente destacar o questionamento realizado pelo profissional, ao perguntar de que forma vai ofertar saúde se alguns trabalhadores encontram-se adoecidos e sem nenhum suporte para lidar com tais sentimentos e condições de saúde.

O processo de adoecimento de alguns profissionais se deu de forma mais pontual. A nutricionista do NASF Resiste destaca, por exemplo, que ficou doente quando iniciou a crise nos serviços de saúde em 2017. Percebemos que os problemas no trabalho, principalmente quando envolvem a falta de estabilidade, podem contribuir para que os profissionais fiquem doentes.

Não senti diferença na saúde no geral, mas em alguns momentos sim. Por exemplo, no ano passado nesse momento de greve, dessas crises todas. Eu fiquei afastada alguns dias de atestado, que não é comum eu ficar doente. Fico com muita dificuldade de acordar para vir à unidade (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

O educador físico relacionou o adoecimento dos trabalhadores com o processo de trabalho realizado no SUS. “[...] O SUS adocece os profissionais, não vale a pena, qual é o preço da nossa saúde” (EDUCADOR FÍSICO NASF RESISTE).

Rebatendo a fala acima, o fisioterapeuta destacou: “Não é o SUS, é o sistema, a gestão mau caráter, as pessoas que estão à frente. A gestão atual te deixa doente” (FISIOTERAPEUTA NASF RESISTE). Isto significa dizer que, os efeitos de uma gestão municipal que precariza os serviços e fragiliza o trabalho na saúde pode gerar algumas consequências como o adoecimento dos trabalhadores.

De acordo com Castro (2015), os trabalhadores da ESF no município do Rio de Janeiro ressaltaram os aspectos emocionais diretamente relacionadas ao trabalho, como ansiedade ou irritabilidade. Também foram destacadas características como a precarização do trabalho, o crescimento da demanda, o aumento da burocracia e a baixa remuneração, como influenciadoras nas condições de saúde e adoecimento dos trabalhadores.

Para Seligmann-Silva (1994, p. 46) dependendo das condições que o trabalho é realizado, “[...] tanto poderá fortalecer a saúde mental quanto levar a distúrbios que se expressarão coletivamente em termos psicossociais e/ou individuais, em manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas”. A autora considera que nas relações de trabalho em que predominam a dominação e pressões sofridas no contexto de precarização do trabalho, como a informalidade, a terceirização e o desemprego, há contribuição para o aumento do adoecimento

mental dos trabalhadores.

Além disso, um dos profissionais enfatizou a violência urbana nos territórios das unidades que atua como a principal causa dos agravos na sua saúde.

No meu caso o que afeta a minha saúde mais aqui é a questão da violência, porque nesses dois anos que estou aqui a maioria das operações aconteceram no meu dia de trabalho. [...] Aconteceram vários episódios de operação, de violência que mexeram muito comigo e eu já tinha episódio de labirintite, mas muito espaçada e ocorreu de ter episódios constantes de labirintite e viver sob tensão. [...] Abala meu físico, meu psicológico (FISIOTERAPEUTA NASF AMOR).

Faz-se necessário estabelecer conexões entre o cotidiano de trabalho e o momento histórico a fim de compreender a situação e os interesses decorrentes. Assim, a análise dos fatores psicossociais e suas determinações indicam que, ao nível dos serviços de saúde, constata-se um ambiente de trabalho caracterizável como estressante e conflituoso. Não restam dúvidas de que esta condição, na intensidade percebida entre situações críticas no processo de trabalho representam riscos à saúde do trabalhador e acarreta danos ao serviço ofertado (MENDES; WUNSCH, 2007).

Diante dos relatos, a maioria dos profissionais apresentou quadro de ansiedade associados a outras questões de saúde como insônia, compulsão alimentar, dor de cabeça, diarreia, dor nas costas, entre outros. Vale destacar que, as crises de ansiedade foram relatadas por todas as equipes, um dado relevante que nos chamou atenção. Segundo Moura et al., (2017), os profissionais da saúde se deparam constantemente com situações estressoras que se expressam na saúde com sofrimento, medo, conflitos, tensões, ansiedade, estresse, entre tantos outros fatores inerentes ao cotidiano de trabalho.

Para Druck e Franco (2007), o processo de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores está associado às determinações e mediações da precarização social e do trabalho que vem sendo fonte do aumento de mal-estar e adoecimento psíquico.

Em uma pesquisa realizada com 116 ACS, foi constatado que 75% dos trabalhadores entrevistados apresentaram um nível de ansiedade considerado moderado e 17,24%, apresentaram ansiedade grave (CARREIRO et al., 2013).

Levando essas características em consideração, Castro (2015) evidencia a realidade no processo trabalho da ESF com os seguintes dados que tem contribuído para o adoecimento, “67,74% sentem que trabalham em ritmo intenso; 87,09% precisam fazer várias coisas ao mesmo tempo; 72,58% lidam com muitas informações ao mesmo tempo; 74,19% têm que cumprir prazos rígidos e metas difíceis; 75,80% lidam com um número excessivo de usuários” (CASTRO, 2015, p. 113).

A sobrecarga de trabalho atrelada às pressões derivadas da organização do trabalho prejudicam a saúde mental e a estabilidade psíquica do trabalhador. De acordo com Carvalho, Araujo e Bernardes, “[...] as elevadas cargas de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da saúde podem gerar potenciais agravos que, ao longo dos anos, alteram a saúde dos trabalhadores [...]” (2016, p. 10).

É importante considerar que as pessoas respondem às situações de forma individual, pois possuem diferentes níveis de tolerância à situações estressantes. Algumas são perturbadas por mudanças mínimas, outras são afetadas apenas por estressores de maior magnitude e complexidade. Há ainda pequenos eventos do dia a dia que podem agir de maneira cumulativa e transformar-se em grandes fontes de sofrimento mental (CARREIRO et al., 2013, p. 153).

Vale considerar que, as consequências do adoecimento interferem na vida desses trabalhadores, ocasionando desde o afastamento do trabalho, até quadros de frustração e depressão. O trabalho desprovido de significação, não reconhecido ou fonte de ameaças à integridade física e/ou psíquica contribui para o sofrimento psíquico. Constata-se que, os trabalhadores da ESF estão submetidos a condições rígidas impostas, gerando sofrimento psíquico (RIBEIRO, 2006; SOUZA, 2013).

Notamos que, apesar do processo de adoecimento apresentado por muitos profissionais, nenhum relatou afastamento do trabalho pelo INSS, o que pode ser um dado relevante, tendo em vista a fragilidade dos vínculos de trabalho e pela própria subjetividade e invisibilidade das doenças/adoecimentos ocasionados pela saúde mental.

5.4.3.1 Reconhecimento e valorização

O respeito e o reconhecimento foram considerados por alguns profissionais aspectos positivos no processo de trabalho do NASF. Esses elementos são formas de valorização do trabalho realizado pelo NASF, por profissionais das equipes de saúde da família, gerente e usuário, por meio de falas que expressam sentimentos. Para Dejours (1999) o reconhecimento no trabalho revigora os profissionais, que se sentem mais valorizados e conseguem ressignificar o seu trabalho, transpondo os desafios impostos. “Um ponto positivo é o trabalho do NASF, acho que hoje os outros profissionais conseguem reconhecer o nosso trabalho. Isso por um lado é muito bom [...]” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

A motivação para o trabalho, muitas vezes, ocorre através da satisfação no trabalho e da realização profissional, que estão relacionadas ao reconhecimento profissional. “Gosto que

alguns médicos entendem e acham muito importante de colocar no grupo agradecendo, acho isso muito legal. Fiquei muito feliz de ter visto” (FISIOTERAPEUTA NASF FLORIDO). Essa forma de reconhecimento que foi explicitada ocorreu pela via do elogio ou do agradecimento e podem ser identificadas como o reconhecimento baseado em um julgamento de utilidade (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

O reconhecimento do trabalho desses profissionais contribui para a realização no trabalho ou até mesmo para diminuir a insatisfação, no sentido de realizar seu próprio potencial e de se desenvolver continuamente, levando-os a atingir a motivação no trabalho, mesmo quando as circunstâncias não estão favoráveis. “A gente se vê nesse momento difícil em que as coisas negativas prevalecem, mas acho que tem a questão do reconhecimento” (TERAPEUTA OCUPACIONAL NASF RESISTE).

Outros destacam o reconhecimento da gerência. “O reconhecimento vem mais dos usuários. [...] Acho que hoje temos um reconhecimento maior da gerência, hoje isso é mais visível do que antes. Entende mais o trabalho num sentido positivo, ela está mais junto” (PSICÓLOGA 1 NASF RESISTE).

Também existem os profissionais que enxergam o reconhecimento de uma forma diferente. De acordo com nutricionista da equipe Resiste, o NASF é reconhecido ‘mais ou menos’. Para ela o reconhecimento se concretiza de uma forma mais pontual por aqueles que estão mais próximo e têm vínculo com o NASF. “Somos reconhecidos mais ou menos, eu vejo um pouco de desvalorização do profissional do NASF, não pelos usuários, não por quem temos contato. Acho que isso já melhorou muito, conversando com a gerência hoje percebemos a diferença” (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

A mesma profissional destacou a valorização dos usuários com relação ao trabalho do NASF. Disse que quando houve a possibilidade da equipe ser transferida de clínica, a população se mobilizou para que não fosse efetivada tal transferência dos profissionais da unidade.

[...] é muito bom ver o quanto esses pacientes evoluem, quanto que gostam da gente, o quanto que eles lutam por nós. Teve um momento que a gente seria transferido dessa unidade e que aqui não teria NASF e a população ficou junto da gente, falando que isso não podia acontecer, falaram que iam fazer abaixo assinado, a gente vai fazer manifestação, fazer de tudo para vocês se manterem aqui (NUTRICIONISTA NASF RESISTE).

Importante destacar as reflexões que surgiram no grupo focal do NASF Amor sobre o quanto que os profissionais aprendem com o trabalho do NASF. Foi descrito sobre a intensidade do trabalho e ressaltados alguns elementos desse processo como o vínculo com os usuários e

produção do cuidado, que é possível pela lógica de trabalho da ESF.

Uma coisa que eu vivencio é que esse trabalho me faz aprender de uma forma absurda, a intensidade desse trabalho não é igual a nenhum outro, que é muito ruim para algumas coisas, mas que é muito positiva para outras. Até no vínculo com os usuários, acho que isso se dá de uma maneira que nenhum outro serviço com outra inserção. Isso dá substrato para gente produzir coisas para o cuidado das pessoas que também é de outra ordem, que nenhum outro serviço consegue [...] (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Além do vínculo com os usuários, a psicóloga utilizou o termo ‘alegrias microscópicas’ para destacar o prazer no trabalho, a partir do reconhecimento do trabalho do NASF por um profissional da rede de saúde mental diante do acompanhamento de um caso. A profissional ressaltou o efeito do trabalho do NASF ao qualificar a equipe de saúde da família no acompanhamento do caso, mesmo a equipe não estando com a composição completa da forma como é preconizado. De acordo com Nascimento, Quevedo e Oliveira, “O reconhecimento de usuários, equipes e gestores pelo trabalho realizado no Nasf também gera nos profissionais satisfação e prazer no cotidiano do trabalho, pois valida sua utilidade” (2017, p 3).

Estou pensando muito na fala de uma residente, porque é isso, a gente tem poucas alegrias diárias, a gente fica falando das alegrias microscópicas que tem de vez em quando. Outro dia a gente fez uma discussão de caso com uma equipe super ferrada que está sem médico há mais de um ano, com dois ACS, técnica de enfermagem de licença, mas com um enfermeiro muito implicado, a gente teve uma discussão de caso que o enfermeiro articulou com o CAPSi, depois achou importante o NASF participar, a gente foi lá para fazer discussão. Tinha uma residente de psiquiatria na discussão ela estava olhando muito interessada e no final da discussão ela agradeceu muito, disse que ficou impressionada por termos tanta apropriação do caso, do usuário, por sabermos de tudo da vida dele, da família, do território. Ela nunca tinha tido aquela experiência e achou incrível, nos deu parabéns e disse que estava emocionada (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

Diante da situação apresentada, a psicóloga, demonstrando emoção destacou a potência do trabalho do NASF e o quanto é difícil reconhecer a relevância do trabalho, inclusive o próprio NASF, diante dos problemas apresentados diariamente no processo de trabalho. Frisou a importância do reconhecimento e do feed back, que fez a profissional refletir sobre a importância do seu trabalho, principalmente no apoio as eSF.

A gente que está dentro não consegue perceber a potência desse trabalho, é tão difícil, a gente está tão envolto em torno dos problemas, que às vezes fica muito difícil de enxergar. Às vezes uma pessoa de fora consegue dar esse retorno pra gente, do quanto é importante esse trabalho e que intensidade é essa que a gente tem, de construção do trabalho com esse território, com a família, com os equipamentos, porque a gente acaba sendo o serviço que organiza de alguma maneira. A gente que faz a discussão com o CAPS, com o CAPSi, a gente que está sempre ali, então o quão é potente essa intensidade, esse vínculo. Acho que outra coisa positiva também tem sido o que temos colhido dos efeitos desse trabalho mais em longo prazo, a gente tem percebido com

uma equipe específica que era muito difícil. Participávamos das reuniões de equipe e tínhamos muitas discussões ao ponto da enfermeira falar que o paciente com transtorno mental tinha que ser internado mesmo, porque senão ia matar uma pessoa, não fazia interconsulta, marcava e não acontecia. Dois anos na insistência, persistência e presença na reunião de equipe, estamos conseguindo conquistar muitas coisas. A gente tem visto a implicação dessa equipe no trabalho com os usuários, na extensão disso com outros espaços, no trabalho com a escola, na discussão de casos em outros serviços, a gente tem colhido muitos frutos desse trabalho mais a longo prazo, é difícil, mas às vezes a gente percebe o quanto construímos (PSICÓLOGA 1 NASF AMOR).

A partir do relato apresentado nota-se que, a satisfação da profissional está associada aos resultados do seu trabalho quando realizado nos moldes do apoio matricial. Foi ressaltada a evolução e a qualidade no acompanhamento do caso através da realização do trabalho entre a eSF com o NASF. A profissional diz que ‘tem colhido muitos frutos desse trabalho mais a longo prazo’, que são as consequências positivas da realização do apoio, vínculo entre os profissionais e do trabalho mais integrado. “O compromisso ético-profissional dos trabalhadores do NASF frente a seu processo de trabalho está relacionado à ampliação do olhar e às possibilidades de intervenção por meio do empoderamento das equipes da ESF na perspectiva do apoio matricial [...]” (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016, p. 851)

O reconhecimento pode ser considerado o termo mediano entre o sofrimento e o prazer pelo trabalho. Tem grande importância na manutenção da saúde mental do trabalhador, tendo em vista as vantagens do reconhecimento no processo de trabalho, que pode ser um resultado do trabalho realizado. Frente a estas questões, apontam-se os benefícios à saúde mental dos sujeitos, tais como o fortalecimento de sua identidade, a realização com maior prazer de suas atividades e a qualidade do processo de trabalho (AMORIM et al., 2017).

Em uma entrevista¹⁰ realizada no ano de 1999, Dejours falou sobre o reconhecimento do trabalho na construção da identidade do ser, sendo que isso não implica afirmar que o trabalho se realiza sem sofrimento, mas que os profissionais conseguem obter satisfação por meio do reconhecimento no trabalho.

[...] Assim trabalhar bem não é uma coisa simples, sempre comporta uma cota de sofrimento. Mas esse sofrimento pode se transformar em realização e satisfação pessoal quando se consegue resolver problemas e, a partir disso, se obtém reconhecimento. Os assalariados, quando sofrem, sempre esperam qualquer coisa em troca e o aspecto mais importante desse equivalente não é o salário, mas o reconhecimento do trabalho pelos outros; superiores e clientes certificam a utilidade econômico-social do trabalho, os colegas admiram a capacidade profissional existente por trás do trabalho (eu domino as artes do ofício) [...] Por meio do reconhecimento dos outros, o sofrimento adquire um sentido: não sofri em vão, meu sofrimento serviu

¹⁰ Entrevista realizada com Dejours em 24 de maio de 1999. Publicada pelo jornal suíço Le Courier e reproduzida no Brasil com tradução de Leda Leal Ferreira.

para alguma coisa. Então esse sofrimento se transforma em realização pessoal e ajuda a reconstruir a identidade (DEJOURS, 1999, p. 3).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo organizacional do NASF é convidativo à análise do seu modo de atuação, o que transformou o percurso desta pesquisa em um passeio desafiador, ao considerar que a pesquisadora também é trabalhadora do NASF no município. Estudar sobre a categoria trabalho foi uma tarefa complexa, principalmente quando se encontra vinculada ao trabalho a maior parte do tempo, inclusive pela própria pesquisa. Por vezes, o processo de construção desta dissertação, tornou-se cansativo e doloroso. Contudo, a satisfação diante do amadurecimento e conhecimento adquiridos direcionou o desenvolvimento da pesquisa.

A proposta do NASF no âmbito das políticas de saúde direcionadas ao fortalecimento da ESF trouxe inúmeros desafios e possibilidades de reflexão acerca de suas formas de organização, atuação cotidiana e da saúde destes profissionais. A construção desse estudo foi um processo rico de reflexão, através da troca com os trabalhadores envolvidos na pesquisa, que permitiu compreender com mais detalhes os temas propostos. A realização dos grupos focais e a discussão dos dados coletados formaram um processo rico, que nos permitiu a realização de um espaço de escuta e a promoção do debate entre profissionais da equipe sobre seu trabalho e a sua saúde.

Consideramos pertinente reformular um objetivo específico e acrescentar mais um junto àquilo que de fato encontramos no campo de pesquisa. Essas alterações foram necessárias, tendo em vista os dados coletados, que foram mais abrangentes do que a proposta inicial do trabalho, abarcando assuntos pertinentes ao objeto.

Muitas das questões abordadas nos capítulos se interceptaram e, algumas vezes, repetiram-se. Tal fenômeno ocorreu por envolver temas transversais ao longo da discussão sobre processo de trabalho e o processo de saúde e adoecimento do trabalhador. Procuramos analisar o tema abordado sob diferentes perspectivas, a partir do referencial teórico selecionado, na tentativa de contemplar a complexidade que envolve.

O NASF apresenta um grande potencial de qualificação das ações e intervenções no contexto da ESF, entretanto, é possível identificar o descompasso entre suas premissas de base teórica e sua efetivação na realidade do trabalho. Os resultados desse estudo explicitam, num primeiro momento, uma sobrecarga de trabalho, ao considerarmos o número excessivo de eSF apoiadas, que não condiz com as recomendações do MS. Além disso, existe a luta diária desses trabalhadores para consolidar o seu trabalho a partir da lógica proposta pelo apoio matricial. Por vezes foram citados os desafios de colocá-lo em prática, diante de uma demanda de trabalho assistencial, individualizada e curativa dos usuários, gestores e profissionais.

Destacaram-se como dificuldades dos NASFs o desenvolvimento de um trabalho mais próximo das eSF, que tem relação com a falta de compreensão dos profissionais, como também as diferenças da natureza e prioridade do trabalho diante da lógica implementada no município. O desejo de integração se contrapõe às dificuldades de superar os entraves, impedindo um trabalho mais coeso. As propostas de trabalho do NASF não estão totalmente instituídas no fazer em saúde. Muitas vezes não são compreendidas, o que torna paradoxal sua implementação e submete os trabalhadores a desgaste e sofrimento (NASCIMENTO, 2015).

A implementação de uma agenda padronizada direciona o trabalho de uma maneira compartimentalizada e burocraticizada, ao definir a ferramenta utilizada e a quantidade de procedimentos realizados por turno. Isso evidencia a lógica produtivista instaurada nas políticas de saúde do município. Contudo, os profissionais de todas as equipes afirmaram que não seguem o que é preconizado pela agenda, por considerarem as necessidades, demandas e disponibilidades das equipes para desenvolver seu trabalho. Constatamos, neste processo, um distanciamento de quem executa o trabalho e de quem planeja, o que causa estranhamento dos profissionais 'da ponta' sobre o que é preconizado pela gestão municipal. Os trabalhadores não participam dos processos de elaboração e planejamento estrutural do trabalho e são tratados como meros executores dos serviços.

Vale ressaltar que, as ferramentas tecnológicas propostas no processo de trabalho do NASF não foram aprofundadas nos debates, visto que os profissionais destacaram mais os desafios e obstáculos encontrados ao longo do desenvolvimento do trabalho. Percebemos que as equipes se debruçaram em descrever mais a maneira que realizam a reunião de matriciamento, considerada uma das principais estratégias para estimular e tentar promover o trabalho em conjunto com as eSF.

Os resultados comprovam que a intersetorialidade é imprescindível para o trabalho do NASF, contudo, todas as equipes destacaram os limites apresentados, principalmente pela falta de recursos e investimento da gestão municipal nas políticas sociais. As equipes NASFs refletiram que ocorreu uma expansão da APS sem a ampliação dos serviços de outros setores, o que compromete, muitas vezes, a continuidade e qualidade do trabalho do Núcleo. Ressaltamos, também, a violência urbana nos territórios que os profissionais atuam, que faz parte da rotina dos trabalhadores e traz sérias repercussões para a saúde destes.

Apesar dos desafios, observa-se que os profissionais reconhecem o vínculo com o usuário, os resultados do trabalho a partir da lógica matricial e o trabalho em equipe como fatores satisfatórios que potencializam o trabalho.

Diante dos resultados, ao analisar o processo de trabalho do NASF, tornou-se fundamental evidenciar as questões peculiares apresentadas pelo município do Rio de Janeiro, no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de saúde. Dentre elas destacam-se o modelo de gestão, a lógica quantitativa de trabalho, a fragilidade dos vínculos de trabalho, a precarização do trabalho entre outros aspectos. Todas essas características tem se intensificado com o desmonte da saúde e cortes no financiamento, a partir de 2017. Mesmo com a greve, mobilizações e criação do coletivo dos trabalhadores em 2017, denominado ‘Nenhum Serviço de Saúde a Menos’, a gestão municipal continuou promovendo cortes e precarizando os serviços. Com respaldo da nova PNAB, que representa um retrocesso, foi proposta a reorganização da APS em 2018 pelo município, com graves rebatimentos na continuidade e universalidade dos serviços, como uma série de demissões, inclusive de dez profissionais que fizeram parte desta pesquisa.

Com relação à saúde do trabalhador, todas essas questões foram pertinentes ao analisarmos os elementos que fizeram parte dos relatos com relação aos sentimentos, que em sua maioria foi caracterizado com palavras de cunho negativo e expressões de impacto como ‘morta’, ‘estuprada’, ‘frustrada’, ‘cansada’, que explicitam a insatisfação com o trabalho. Além disso, o trabalho também traz rebatimentos na vida pessoal, principalmente pelo fato de grande parte dos trabalhadores serem do sexo feminino e possuírem dupla jornada de trabalho, diante das cobranças impostas pelos papéis construídos socialmente.

O sofrimento psíquico do trabalhador foi relatado em momentos diversos, desde experiências agudas e pontuais, até um processo contínuo, vivenciado no cotidiano de trabalho. Grande parte dos profissionais relacionou os sintomas de adoecimento ao trabalho, isto significa dizer que os trabalhadores têm adoecido por conta do trabalho. Nem todos apresentaram impactos no processo saúde-doença por meio de CID ativo ou afastamentos pelo INSS. Os trabalhadores discorreram sobre seu processo a partir das sensações, sentimentos e sintomas psicossomáticos, para expressar o sofrimento como dificuldade para acordar, dor muscular, dor de cabeça, refluxo, dor no estômago, dores nas costas, aumento de peso, entre outros. Outros profissionais apresentaram sintomas relacionados a um sofrimento mais explícito, relacionados à saúde mental, como insônia, ansiedade e depressão.

Assim, a produção de saúde contextualizada na organização do trabalho, regida por uma lógica capitalista repercute de forma importante no processo de adoecimento do trabalhador. Diante dos resultados apresentados, consideramos que o sofrimento e a baixa qualidade de vida profissional não diz respeito apenas às questões pontuais, à saúde do trabalhador, mas suscitam reflexões acerca da gestão do trabalho em saúde, levando em consideração a sobrecarga e

precarização do trabalho e todos os rebatimentos já explicitados. A busca de conhecimento para desvendar estes processos deve ser de amplo interesse, uma vez que envolve a formação, a gestão das instituições e serviços de saúde, os trabalhadores, os usuários e os formuladores de políticas públicas.

É relevante destacar como uma das limitações deste estudo, o fato dos participantes pertencerem a uma única Área Programática dentre as dez existentes no município, o que restringe a compreensão do fenômeno. Vale considerar que não houve limites com relação às equipes NASFs estudadas e os objetivos propostos.

Vale mencionar que consideramos os rebatimentos no processo de trabalho e adoecimentos dos trabalhadores diante da organização dos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro. Ainda temos um caminho com muitos desafios para a concretização do processo de trabalho, com melhores condições, estabilidade, plano de cargos e salários; direito a um trabalho que garanta mais aspectos qualitativos, com menos sobrecarga e precarização; direito a um trabalho com menos sofrimento e mais prazer, reconhecimento e satisfação.

Os achados desse estudo não pretendem esgotar o debate, mas fomentá-lo, a fim de contribuir com os demais estudos sobre a saúde dos trabalhadores do NASF, que ainda é muito incipiente na literatura. Nesse sentido, reconhecemos que ainda existe a necessidade de mais produções que possibilitem um olhar mais atento para o NASF. Por fim, esperamos que esse estudo contribua para novas reflexões, formulações e transformações no processo de trabalho do NASF, com intuito de que haja minimização do sofrimento psíquico, maior satisfação no trabalho e qualidade de vida profissional.

7 REFERÊNCIAS

ABRAMIDES, M. B. C.; CABRAL, M. S. R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 3 - 10, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n1/v17n1a01.pdf>>. Acesso em 23 de out. de 2017.

ALMEIDA, P. F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400 - 415, jul.-set., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 mai. 2015.

AMORIM, L, K, A. et al. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário, **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1918 - 1925, maio 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>>. Acesso em: 09 de jan. 2019.

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 499-518, set. - dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

ANTUNES, R. **A dialética do trabalho**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, R. Fordismo, toyotismo e acumulação flexível. In: **Adeus ao trabalho?** São Paulo: Editora Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2006.

ASSUNÇÃO, A. A. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: MINAYO GOMEZ, et al. (org). **A saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. P. 453- 479. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/sites/33/2015/04/Saude-dos-Trabalhadores-da-saude_Capitulo.pdf>. Acesso em: 25 de jan. de 2019.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. I. M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema único de saúde. 1º Ed. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, p. 29 - 60.

BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, v. 5, p. 2483 - 2495, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a23.pdf>>. Acesso em: 15 de

janeiro de 2019.

BARBOSA, R. H. S. A perspectiva do movimento sindical em saúde frente às Organizações Sociais. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Eds.). **A mercantilização da Saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015. P. 88- 96

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.

BARRETO, S. S. et al. A experiência do acesso seguro à saúde na CF Herbert de Souza. In: Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 12 ed, 2013, Anais, Belém. **Anais...** Vitória, 2013. p. 1419. Disponível em: <<https://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/1000/992>>. Acesso em: 29 de janeiro de 2019.

BARROS, C. A.; OLIVEIRA, T. L. Saúde Mental de Trabalhadores Desempregados. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho (rPOT)**, v. 9, n 1, p. 86-107, jan. – jun. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v9n1/v9n1a06.pdf>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2018.

BARROS, J. O. et al. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847 - 2856. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000902847&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

BATALHA, E.; LAVOR, A. Toda atenção que o SUS e a população merecem. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 183, p, 10-15, dez. 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/>>. Acesso em: 07 de dez. de 2017.

BEHRING, E. R. A contra-reforma do Estado brasileiro: projeto e processo. In: BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 171-212.

BENICIO, L. F. S.; BARROS, J. P. P. Estratégia saúde da família e violência urbana: abordagens e práticas sociais em questão. **SANARE**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 102 – 112, 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1146/631>> Acesso em: 25 de janeiro de 2019.

BORGES, F. T. **Desafios e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS) Diante do Neoliberalismo**. 2012. 182 f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)- Universidade Estadual Paulista, São Paulo. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bfo/33004021074P1/2012/borges_ft_dr_ar_aca.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 05 de fev. 2012.

_____. **Lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 10 de jan. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 13 de jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2.^a ed. Série B. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 27**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegs/Gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 25 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM no 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para

populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 05 de jan. de 2018.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma do Estado para a Cidadania – a Reforma Gerencial Brasileira na Perspectiva Internacional**. São Paulo: Ed. 34. Brasília: ENAP, 1998.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **RAP**, Rio de Janeiro, n. 34, v. 4, p. 7-26, 2000. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/2000/81ref-gerenc1995>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

BROCARD, D. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua interface com Atenção básica: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica**. 2018. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, p. 306 - 318, out. - nov. 2012.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611- 614, set. – out. 2004.

CAMPOS, C. V. A. MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rap**, Rio de Janeiro n. 42, n. 2, p. 347 - 368, mar.-abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

CAMPOS, G. W. S. Projeto terapêutico e estratégias de promoção em situações de apoio matricial. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS**. 1º Ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017, p. 103-111.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, supl 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2014.v18suppl1/983-995>>. Acesso em 21 de junho de 2018.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399 - 407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393 – 403, 1999.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p.229-292.

CARNEIRO, C. C. G.; MARTINS, M. I. C. Novos Modelos de Gestão do Trabalho no Setor Público de Saúde e o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 45-65, jan. - abr. 2015. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00029.pdf>>. Acesso em: 23 de nov. de 2017.

CARREIRO, G, S, P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 1, p. 146 – 155, jan. – mar. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084>>. Acesso em: 30 de jan. 2019.

CARVALHO, D. B.; ARAUJO, T. M.; BERNARDES, K. O. Transtornos mentais comuns em trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, n. 17, p. 1 -13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v41/2317-6369-rbso-41-e17.pdf>>. Acesso em: 19 de jan. de 2019.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. Crise do capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 130, p. 447 - 466, set.- dez. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0447.pdf>> Acesso em: 19 de setembro de 2018.

CASTRO, A. L. B. **Atenção Primária à saúde no Brasil: composição público-privada na prestação de serviços**. 2015. 173f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.

CAVALCANTE, G. M. M.; PRÉTES, R. A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. **Libertas**, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 1 - 24, jan - jun , 2010. Disponível em:

<<https://libertas.ufjf.emnuvens.com.br/libertas/article/viewFile/1860/1309>>. Acesso em: 1 de dezembro de 2018.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 235 - 256, jan. - jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/3585/4109>> .

Acesso em 05 de janeiro de 2019.

CELA, M. **O fazer do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família**. 2014. 129 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17562/1/MarianaC_DISSERT.pdf>.

Acesso em: 06 de janeiro de 2019.

CORREIA, P. C. I.; GOULART, P. M.; FURTADO, J. P. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 345 – 359, mar. 2017.

COSTA, L. M. C. **A saúde do trabalhador da saúde no município do Rio de Janeiro nos anos recentes: impactos do atual modelo de gestão do SUS**. 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

CRUZ NETO, O.C. et al. **Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961 - 970, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 05 de dez. 2018.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 1ª e 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

_____. A violência invisível [24 de maio de 1999]. São Paulo: **Caros Amigos**.

entrevista publicada pelo jornal suíço Le Courrier e reproduzida no Brasil com tradução de Leda Leal Ferreira. Disponível em: <http://crd2000.com.br/files/Violencia_Invisivel.pdf>.

Acesso em: 25 de jan. de 2019.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371 - 4382, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf>>. Acesso em 27 de janeiro de 2019.

DOMINGUEZ, B. 3 perguntas para Carlos Vasconcellos: "Não há Atenção Básica no Rio. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 183, p, 21, dez. 2017. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/>>. Acesso em: 07 de dez. de 2017.

DRUK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v14s1/1678-1007-tes-14-s1-0015.pdf>>. Acesso em: 07 de janeiro de 2019.

ENRIQUEZ, E. Perda do trabalho, perda da identidade. In. NABUCO, M. R; CARVALHO NETO, A. M (Orgs.). **Relações de trabalho contemporâneas**. Belo Horizonte: Instituto de Relações do Trabalho - IRT/PUC-Minas, 1999.

ESCOREL, S. et al. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil **Rev. Panam salud pública.**, v. 21, n. 6, p. 164-176, 2007.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo v. 38, n. 2, p. 129 - 138, 2014. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

FERREIRA, V. S. C. 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/pdf/csp/v25n4/21.pdf>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

FILGUEIRAS, L. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. **CLACSO**, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, p. 179 - 206, ago. 2006. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/grupos/basua/C05Filgueiras.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

FLAESCHEN, H. Crise da saúde no rio: “qual é o valor da vida para o prefeito?”. **Abrasco**, Rio de Janeiro, 21 de dez. de 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/institucional/crise-da-saude-no-rio-qual-e-o-valor-da-vida-para-o-prefeito/38735/>>. Acesso em: 14 de jan. de 2019.

GIL, C. R. R. 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.

GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: uma revisão sistemática de literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.23, n.4, p.803-814, jun.- out. 2015.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: _____. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. cap. 16, p. 575 - 626.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio – jun. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n3/4643.pdf>>. Acesso em: 01 de fev. de 2019.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n.3, p. 20 – 29, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n3/a04v35n3.pdf>>. Acesso em: 22 de setembro de 2018.

GOMIDE, D. C.; JACOMELI, M. R. M. O método de Marx na pesquisa sobre políticas educacionais. **Políticas Educativas**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 64 - 78, 2016.

GONÇALVES, R. M. A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59 - 74, 2015.

GUTIÉRREZ, A. C. **Núcleo de apoio à saúde da família do Território-escola Manguinhos: análise sob a perspectiva do apoio matricial**. 2014. 135f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

HARVEY, D. Do fordismo à Acumulação flexível. In: **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HEIMANN L. S.; MENDONÇA M. H. A trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.2, p.102 - 108, 2003.

HOBOLD, F. **Neoliberalismo e trabalho: a flexibilização dos direitos trabalhistas**. 2002. 187f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**, Paraná, v. 13, n. 3, p. 556 – 562, jul. – set. 2014. Disponível em: <ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/19661/pdf_229>. Acesso em: 15 de janeiro de 2019.

JUNQUEIRA, F. Prefeitura do Rio pode fechar 11 unidades de saúde na Zona Oeste. **O Globo**, Rio de Janeiro, 01 de agos. De 2017. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-do-rio-pode-fechar-11-unidades-de-saude-na-zona-oeste-21655030>>. Acesso em: 10 de nov. 2017.

KATSURAYAMA, M. et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.414 - 419, nov. 2013.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208p. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v.13, supl.02, p.07-20, 1997.

LACMAN, S. et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 5, p. 968 - 975, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0968.pdf>>. Acesso em: 10 dez de 2017.

LAURELL, A, C. Proceso de trabajo e salud. **Cuadernos Políticos**. México: D.F, n. 17, p. 59-79, jul.- set. 1978.

LAVRAS, C. 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, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 27 de jun. 2012.

LEITE, D. F.; OLIVEIRA, M. A. C.; NASCIMENTO, D. D. G. O trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na perspectiva de seus trabalhadores. **Cienc Cuid Saude**, Paraná, n. 15, v. 3, p. 553 – 560, jul. – set. 2016. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/30748/18079>>. Acesso em: 23 de julho de 2018.

LIMA, J. B.; BRAVO, M. I. S. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no Município do Rio de Janeiro. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Eds.). **A mercantilização da Saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015. p. 53 – 60.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 17-24, jan. mar. 2014.

LISBOA, V. Prefeito do Rio quer planos de saúde pagando dívida com serviços. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 02 jan. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/general/noticia/2017-01/prefeito-do-rio-quer-planos-de-saude-pagando-divida-com-servicos>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

MACAMBIRA, D. D. C. B.; TEIXEIRA, S. M. A saúde mental do trabalhador na era do capitalismo monopolista. In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2017, São Luiz. **Anais...** São Luiz, UFM, 2017, p.1 -12. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/asaudementaldotrabalhadornaeradocapitalismomonopolista.pdf>>. Acesso em 29 de dez. 2018.

MACHADO, C. B. et al. Violência urbana e repercussão nas práticas de cuidado no território da saúde da família. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 254 -258, 2016. Disponível em: <<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/25458/20377>>. Acesso em: 19 de jan. 2019.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 26 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, livro I: o processo de produção do capital, 2008.

MATIAS, P. S. **Grupos de educação em saúde nas unidades básicas de saúde: concepções de quem faz**. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado em ciência do cuidado em saúde) – Universidade Federal Fluminense. Niterói. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3998/1/Priscila%20da%20Silva%20Matias.pdf>>. Acesso em: 20 de jan. 2019.

MATTA, G. M. Princípios e diretrizes do sistema único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. I. M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. 1º Ed. Rio de Janeiro: EPSJV - Fiocruz, 2007, p. 61 - 80.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 5, p. 1411-1416, set. – out., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 10 de mar. de 2018.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2511 - 2521, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>>. Acesso em: 21 de jan. 2019.

MEDEIROS, J. R. Greve da saúde no RJ ganha força e denuncia desmonte de Crivella. **Portal**

Vermelho, São Paulo, 22/11/2017. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/304587-1>>. Acesso em: 02 de jan. 2018.

MENDES, A.; JUNQUEIRA, V. O capitalismo contemporâneo e sua crise e os embates para o financiamento e o trabalho em saúde no Brasil. **Revista do Diesat** - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, São Paulo, n. 42, p. 05- 09, fev. 2017. Disponível em: < <http://www.cress-mg.org.br/Upload/Pics/8d/8d9a2a21-fbe9-43ed-b505-1cac6ec8e9bd.pdf>>. Acesso em: 16 de abr. 2018.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à Saúde do trabalhador. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v 25, n 5, p. 341- 349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

MENDES, J. M. R.; WUNSCH, P. R. O Trabalho no Contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com a saúde. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 291 - 302, ago. - dez. 2015. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/22516/13955>. Acesso em: 25 de jul. de 2017.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124 - 130, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>>. Acesso em: 12 de jan. 2019.

MENICUCCI, T. M. G. Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25, v. 7, p. 1620 - 1625, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf>>. Acesso em: 17 de nov. de 2017.

MINAYO, M C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 23 - 34.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, (Supl. 2), p. 21-32, 1997.

MORAES, B. et al. A categoria trabalho em Marx e Engels: uma análise introdutória de sua legalidade onto-histórica. **Rev. Arma da Crítica**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 36 - 47, mar. 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORGAN, D. L. **Grupo Focal como pesquisa qualitativa**. London: Sage, 1997.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11 - 24, jan. - mar. 2018.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000100301&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em: 21 de nov. 2017.

MOURA, A. et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p.17 – 26, jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198>>. Acesso em: 22 de jan. de 2019.

NASCIMENTO, D. D. G. **O cotidiano de trabalho no NASF**: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. 2015. 239f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 848 – 854. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0848.pdf>. Acesso em: 13 de out. de 2018.

NASCIMENTO, D. D. G.; QUEVEDO, M. P. OLIVEIRA, M. A. C. O prazer no trabalho no núcleo de apoio à saúde da família: uma análise dejouriana. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1 – 9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e6380015.pdf>. Acesso em: 23 de jan. de 2019.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política**: uma introdução crítica. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

OLIVEIRA, C. A. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. In: BRAVO, M. I. DE S. et al. (Eds.). **A mercantilização da Saúde em debate**: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015. p. 44 – 54.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e a municipalização. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 29 – 47, 1992. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901992000200003>. Acesso em: 20 de nov. de 2017.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. 1º Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/34/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2017.

PATROCÍNIO, S. S. S. M. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: proposta nacional e a implementação em municípios do estado do Rio de Janeiro. 2012. 155 f. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103 - 109, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 11 de jan. 2019.

PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4299697/mod_resource/content/1/trabalho%20em%20equipe%20e%20pratica%20colaborativa%202017.pdf>. Acesso em: 26 de janeiro de 2019.

PINHEIRO, P. A. R. G. **Processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na atenção primária à saúde**: apoio matricial e regulação assistencial. 2017. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

PINTO, G. A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, v 53, n 2, p. 51- 63, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, M. F. C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. **Interface — Comunic, Saúde, Educ**, p. 83-94, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v1n1/06.pdf>>. Acesso em: 23 de outubro 2017.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H, S, L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1123 – 1129, out. – dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01123.pdf> Acesso em: 29 de dezembro de 2018.

RIBEIRO, S. F. R. **O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho**. 2006. 162 f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.

RIO DE JANEIRO. Ofício n° 023/2015/SUBPAV/SAP. **Remuneração dos profissionais contratados pelas Organizações Sociais de Saúde**, 2015a. Disponível em:

<http://subpav.org/download/oficios/Oficio_Circular_SAP_n_23_2015.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Indicadores de Saúde dos Residentes do Município do Rio de Janeiro**, 2015b. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms#>>. Acesso em: 10 de nov. de 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Ver-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Relatório Final, 2015c. Disponível em:

<<http://www.otics.org:8080/otics/estacoes-de-observacao/versus/vivencias-1/rio-de-janeiro/subcop/rio-de-janeiro/subcop/rio-de-janeiro-edicao-2015-2/portfolio/daniel-s-da-silva/relatorio-final-versus-2015-2-grupo-ap-2-2/>>. Acesso em: 10 de nov. 2018.

RIO DE JANEIRO. Ofício Circular SMS n.º 05/2016. **Diretrizes de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, 2016a. Disponível em:

<http://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POLICLINICA_NASF/oficio_circular_s_subpav_sap_cpnasf_n01_2016-_diretrizes_do_nasf.pdf>. Acesso em 05 de jan. de 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família no apoio à Regulação Ambulatorial – versão profissional**. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2016b.

RIO DE JANEIRO. Ofício Circular SMS n.º 004/2017. **Indicadores para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, 2017. Disponível em:

<http://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/POLICLINICA_NASF/oficio_de_indicadores_nasf.pdf>. Acesso em: 10 de jan. 2018.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura anuncia Reestruturação da Atenção Primária. **Prefeitura do Rio de Janeiro**, 30 de out. de 2018. Disponível em:

<<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=8651039>> Acesso em: 20 de nov. de 2018.

SALAZAR, B. A.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, 2017.

SANTOS FILHO, S. B. Apoio institucional e análise do trabalho em saúde: dimensões avaliativas e experiências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Comunicação, saúde e educação**, v. 18, n. 1, p. 1013 – 1025, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-1013.pdf>>. Acesso em: 13 de jan. 2019.

SELIGMANN-SILVA. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e saúde mental no trabalho. Em: MENDES, R. In: **Patologia do trabalho**. São Paulo: Ateneu, 2003. v. 2, p.1142-1182.

SHIMIZU, H. A.; CARVALHO JUNIOR, D. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405 - 2414, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>>. Acesso em: 12 de nov. de 2017.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013. Disponível em: <https://app.uff.br/observatorio/uploads/Projeto_Terap%C3%AAutico_Singular_como_Estrat%C3%A9gia_de_Pr%C3%A1tica_da_Multiprofissionalidade_nas_A%C3%A7%C3%B5es_de_Sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 02 de jul. 2018.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076 - 2084, nov. 2012.

SILVA, L. M. P.; SILVA, L. S. As mulheres assistentes sociais: adoecimento e sofrimento em tempos de reestruturação produtiva. In: III Simpósio Mineiros de Assistentes Sociais, 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, CRESS, 2013, p. 1 – 11. Disponível em: <http://www.cressmg.org.br/arquivos/simposio/as%20mulheres%20assistentes%20sociais_%20adoecimento%20e%20sofrimento%20em%20tempos%20de%20reestrutura%20c3%87%20c3%83o%20produtiva.pdf>. Acesso em: 05 de jan. 2019.

SILVA, N. S. **A política e a organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013**. 2015. 160f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SILVA, P. L. B. Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69 – 85, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100008>. Acesso em: 10 de nov. de 2017.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S.; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 6, P. 1403 – 1409, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01403.pdf>>. Acesso em 19 de out. de 2017.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. Eixos e a reforma dos cuidados em atenção primária em saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1327-38, nov.- jan. 2016.

SOUSA, M. F. & HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. Rio de Janeiro, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, set - out 2009.

SOUZA, H. S. MENDES, A. N. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, n. 50, v. 2, p. 286-294, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0286.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2019.

SPRANDEL, L. I.; VAGHETT, H. V. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiás, v. 14, n. 4, p. 794 - 802 out. – dez. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a07.pdf>> . Acesso em: 8 de jan. 2019.

TEIXEIRA, F. J. S. O neoliberalismo em debate. In: TEIXEIRA, F.J.S (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998. p. 195-252.

TEIXEIRA, P.; GRANDIN, F. 'Protocolo de guerra' é acionado 1,2 mil vezes em unidades de saúde do Rio em 6 meses; profissionais relatam traumas. **G1**, Rio de Janeiro, 13 de jul. de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/protocolo-de-guerra-e-acionado-12-mil-vezes-em-unidades-de-saude-do-rio-em-6-meses-profissionais-relatam-traumas.ghtml>> Acesso em: 20 de dez. de 2018.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface, comunicação, saúde educação**, São Paulo, v. 21, n. 62, p. 565 – 578. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220150939.pdf>>. Acesso em 17 de jul. 2018.

TORRES, L. Crivella diz que pior momento já passou na saúde do Rio. **G1**, Rio de Janeiro, 01 de dez. de 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/crivella-diz-que-pior-momento-ja-passou-na-saude-do-rio.ghtml>>. Acesso em 03 de jan. 2018.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777 - 796, 2009.

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D, B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, **Londrina**, v. 16, n. 1, p. 115 - 144, jan.- jun. 2016. Disponível em: <www.uel.br/revistas/uel/index.php/entretextos/article/download/20988/20014>. Acesso em: 14 de set. 2018.

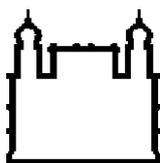
VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. **Arq. Bras. Psicol.**, v.57. n.1, p. 58-74, 2005.

VIEIRA, S. P. et al. Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, jan. - mar. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n112/0103-1104-sdeb-41-112-0110.pdf>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

WUNSCH, P. R.; MENDES, J. M. R. Elementos para uma nova cultura em segurança e saúde no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 32, n. 115, p. 153-163, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v32n115/14.pdf>>. Acesso em: 07 de jan. 2019.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “O processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) do município do rio de janeiro” desenvolvida pela estudante Tarcila Freitas de Sousa do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, da **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ)**, sob orientação do Professor Dr.^a Ary Carvalho de Miranda. O **objetivo geral** do estudo é: Analisar, na perspectiva dos trabalhadores do NASF do município do Rio de Janeiro, as relações entre o processo de trabalho por eles vivenciado e a sua saúde.

Você está sendo convidado porque é profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Sua participação 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 consentir sua participação ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A sua **participação** consistirá em desenvolver questões a partir de um roteiro semiestruturado proposto através de um grupo focal pelos pesquisadores do estudo. O grupo focal terá dois encontros e somente será gravado por aparelho eletrônico de voz se houver autorização dos participantes previamente. O tempo de duração do grupo focal é de aproximadamente uma (1) hora e meia.

Serão garantidas a **confidencialidade** e a **privacidade** das informações por você prestada. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. As discussões de grupos serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os alunos pesquisadores e a orientadora da pesquisa. A transcrição e/ou relato das discussões das quais você participará será armazenado em local seguro, ficando sob os cuidados da orientadora da pesquisa por cinco (5) anos conforme Resolução nº466/12 e orientações do CEP/ENSP.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar dos pesquisadores informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Ao participar da pesquisa você corre o risco de sentir algum constrangimento ou desconforto emocional e a possibilidade de identificação. Se isso ocorrer, os pesquisadores estarão disponíveis para acolhê-lo e para conversar sobre o desconforto. Além disso, você poderá interromper a discussão de grupo e retomá-la quando e se quiser.

Ao participar da pesquisa você deve se beneficiar indiretamente, porque espera-se que o estudo contribua com a qualificação e reflexão sobre o processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores do NASF.

Os resultados serão organizados sob o formato de uma Dissertação, podendo ser apresentados em eventos científicos, encontros com profissionais da unidade de saúde onde os residentes desenvolvem sua prática profissional (entre os quais incluem-se os sujeitos da pesquisa), ou publicados em artigos científicos.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para o orientador da pesquisa.

Todas as páginas deverão ser rubricadas por você e pelo orientador da pesquisa, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Rubrica pesquisador: _____
 Rubrica participante: _____

Página 1 de 1

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP-FIOCRUZ e/ou Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O Comitê de Ética é formado por um grupo de pessoas e é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e assim, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o Comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os

princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Comitê de Ética e Pesquisa (ENSP)

Tel e Fax - (21) 2598 - 2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manginhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética e Pesquisa (Prefeitura do Rio de Janeiro)

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Orientador da Pesquisa (Pesquisadora Responsável)

Tel: (21) 97121 - 0899

E-mail: ary@fiocruz.br.

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480- CESTEJH - 2º Andar - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Rio de Janeiro, ____/____/____

Nome e Assinatura do Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa

Autorizo a gravação das entrevistas.

Não autorizo a gravação das entrevistas

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

1. Descrevam o trabalho do NASF e as atividades que realizam.
2. Quais as ferramentas de trabalho utilizadas? Comente.
3. Quais são dificuldades/desafios no cotidiano de trabalho? E as potencialidades/aspectos positivos?
4. O trabalho do NASF estruturado no município está de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde? Por quê?
5. Comentem sobre o trabalho estruturado do NASF no município?
6. Como vocês se sentem (sentimentos) enquanto trabalhadores do NASF?
7. O trabalho influencia a vida de vocês? Como?
8. Houve alguma alteração na saúde depois que iniciaram o trabalho no NASF?
9. Existe alguma entidade de direitos que vocês participam ou são representados enquanto trabalhadores?
10. Gostariam de acrescentar alguma informação ou algum assunto?
11. Gostaria de realizar alguma pergunta?

ANEXO A

PARECER DO CEP DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO
AROUCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Tarcila Freitas de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83231318.1.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.597.132

ANEXO B

PARECER DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pesquisador: Tarcila Freitas de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83231318.1.3001.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.801.861