

Selma Lancman^I

Rita Maria de Abreu Gonçalves^{II}

Nicole Guimarães Cordone^I

Juliana de Oliveira Barros^I

Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Study of the work and of working in Family Health Care Support Center

RESUMO

OBJETIVO: Compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar de dois núcleos de apoio à saúde da família.

MÉTODOS: Estudo de caso realizado entre 2011 e 2012 em dois núcleos de apoio à saúde da família de São Paulo, SP. Para coleta e análise dos dados, utilizaram-se referenciais teórico-metodológicos da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho pautados, respectivamente, na análise ergonômica do trabalho, desenvolvida a partir de observações abertas de diversas tarefas e de entrevistas e na ação em Psicodinâmica do Trabalho, realizada por meio de grupos de reflexão sobre o trabalho.

RESULTADOS: O trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família estudados era constituído a partir de ações diversificadas e complexas devendo ser compartilhado entre profissionais e equipes envolvidas. Eram utilizadas ferramentas tecnológicas inovadoras, pouco adotadas pelos profissionais da atenção primária em saúde, e os parâmetros e instrumentos de produtividade não davam conta da especificidade e complexidade do trabalho realizado. Tais situações exigiam rearranjos organizacionais constantes, sobretudo entre os Núcleos de Apoio e as Equipes de Saúde da Família, provocando dificuldades na realização do trabalho e na própria constituição identitária dos profissionais estudados.

CONCLUSÕES: Procurou-se dar maior visibilidade aos processos de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de forma a contribuir para avanços da política pública de atenção primária à saúde. A introdução de mudanças no trabalho é antes de tudo um compromisso que deve ser permanente e contemplar todos os atores envolvidos.

DESCRIPTORIOS: Atenção Primária à Saúde; Ergonomia, Programa Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa, Trabalho.

^I Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Mooca. Prefeitura do Município de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Selma Lancman
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
Faculdade de Medicina – USP
Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária
05360-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lancman@usp.br

Recebido: 7/2/2013
Aprovado: 1/7/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the organization of and the working conditions in family health care support centers, as well as subjective experiences related to work in two of these centers.

METHODS: This was a case study carried out during 2011 and 2012 in two family health care support centers in Sao Paulo, Southeastern Brazil. Data were collected and analyzed using two theoretical-methodological references from ergonomics and work psychodynamics influenced, respectively, by ergonomic work analysis, developed based on open observations of a variety of tasks and on interviews and in practice in work psychodynamics, carried out using think tanks about the work.

RESULTS: The work of the Family Health Care Support Centers in question is constituted on the bases of complex, diversified actions to be shared among the various professionals and teams involved. Innovative technological tools, which are not often adopted by primary health care professionals, are used and the parameters and productivity measures do not encompass the specificity and the complexity of the work performed. These situations require constant organizational rearrangement, especially between the Family Health Care Support Centers and the Family Health Care Teams, causing difficulties in carrying out the work as well as in constituting the identity of the professionals studied.

CONCLUSIONS: The study attempts to lend greater visibility to the work processes at the Family Health Care Support Centers in order to contribute to advances in public policy on primary healthcare. It is important to stress that introducing changes at work, which affect both its organization and work conditions, is above all a commitment, which to be effective, must be permanent and must involve the different levels of hierarchy.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Ergonomics, Family Health Program. Qualitative Research, Work.

INTRODUÇÃO

Os princípios e diretrizes que o norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), como o acesso universal aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado e o controle social, impulsionaram transformações no âmbito das ações de prevenção, assistência e reabilitação. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tornou-se fundamental para reorganizar o modelo de atenção no SUS, desde 1994, aumentando a resolutividade na atenção primária em saúde, a partir da implantação de equipes generalistas e multiprofissionais em unidades de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias alocadas em um território geográfico específico.^{1,a}

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)^b foram criados em 2008 para apoiar e complementar o trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF (EqSF). Tais equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas, entre elas: psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional e algumas especialidades médicas, que devem subsidiar entre oito e 15 EqSF.^a

As diretrizes nacionais e demais documentos norteadores^{c,d} recomendam que as ações dos NASF sejam desenvolvidas em parceria com as das EqSF e os atendimentos realizados prioritariamente em grupo. Suas

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial Uniao*. 24 out 2011;Seção1:48. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

^b Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília (DF); 2008 [citado 20 jun 2010]. *Diário Oficial Uniao*. 4 mar 2008;Seção1:35-7. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/66/MPS/2008/154.htm>

^c Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF); 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica, 27).

^d Prefeitura do Município de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). São Paulo; 2009.

principais ferramentas de trabalho são o apoio matricial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos singulares e coletivos.² 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.

Entende-se como organização do trabalho aspectos relacionados ao seu conteúdo e prescrição, além de como, por que e em que tempo é feito. As condições do ambiente de trabalho correspondem aos aspectos materiais, ao espaço físico, entre outros. Cada trabalhador, ao executar seu trabalho, pode proceder de diferentes maneiras, dependendo do tempo que dispõe, dos instrumentos e ferramentas que utiliza, das condições ambientais às quais está exposto, da sua experiência profissional atual e pregressa, de suas condições de saúde, entre outras variáveis.^{4,6,7}

Nesse contexto, sabe-se que a implantação de políticas, modelos e programas de intervenção em saúde transformam o trabalho dos profissionais envolvidos. Dessa forma, este estudo teve por objetivo compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar de dois núcleos de apoio à saúde da família. Objetivou ainda identificar as interfaces entre os processos de trabalho do NASF e das EqSFs.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo apresenta parte dos resultados da pesquisa “O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Efeitos na Saúde Mental dos Trabalhadores”.^e

Trata-se de estudo de caso realizado em dois NASF de uma região específica de São Paulo, SP, entre 2011 e 2012. Utilizaram-se os referenciais teórico-metodológicos da Ergonomia^{5,6} e da Psicodinâmica do Trabalho (PDT)³ para coleta e análise dos dados. Essas abordagens diferenciam-se pelo recorte do objeto de estudo, pelos métodos utilizados (respectivamente Análise Ergonômica do Trabalho – AET e Ação em PDT), formas de observação e/ou escuta do trabalhar e pelos objetivos esperados.

Ambas as disciplinas entendem que há uma defasagem entre o trabalho prescrito e o trabalho real dada pela variabilidade das tarefas, sujeitos e respectivas situações de trabalho. O trabalho prescrito engloba, por exemplo, os objetivos, procedimentos e meios técnicos para a realização das tarefas que, no caso estudado, partem das

diretrizes elaboradas pelas políticas públicas. O trabalho real refere-se a como o trabalhador usa o seu corpo e suas competências para realizar o que foi prescrito. Para a PDT, os sujeitos desenvolvem a própria inteligência e o saber-fazer, permeados, sobretudo, pela lógica subjetiva, ao enfrentar o que ainda não está dado pela organização prescrita do trabalho. Para essa disciplina, tal mobilização subjetiva, denominada de estratégia de enfrentamento do real, torna-se foco do estudo.^{3,5,6}

Existiam dois NASF – Alfa e Beta – na região estudada.^f Decidiu-se iniciar as várias etapas e procedimentos de cada referencial teórico-metodológico pelo NASF Alfa, o primeiro a ser implantado no referido contexto. As informações coletadas foram complementadas e validadas no NASF Beta ao final do processo.

Os pesquisadores organizaram reuniões com o coordenador das equipes estudadas e, em seguida, com os trabalhadores do NASF Alfa para apresentação da pesquisa e esclarecimento de eventuais dúvidas.

Constituiu-se um grupo gestor, composto por pesquisadores e trabalhadores do NASF, visando criar condições para a realização da pesquisa, apresentar os princípios da AET e da PDT, além de identificar voluntários para participar das demais etapas. Os pesquisadores possuíam algumas hipóteses sobre as dificuldades na realização do trabalho previsto para o NASF. Buscou-se apresentá-las aos trabalhadores, visando compreender as questões que eles próprios tinham sobre seu trabalho e suas expectativas com relação à proposta dos pesquisadores. Foi possível ressignificar e reformular as hipóteses iniciais. Tanto para a AET quanto para a PDT, tal etapa denomina-se Análise e Reconfiguração da Demanda.

Realizou-se a AET e a Ação em PDT concomitantemente. Houve um cotejamento dos dados provenientes das duas metodologias com o objetivo de identificar contribuições, convergências e divergências entre eles. Esse diálogo visou enriquecer e qualificar os resultados e as discussões do estudo.

Além da análise e reconfiguração da demanda, a AET é constituída de etapas como: levantamento e análise de dados da empresa e dos trabalhadores; análise da tarefa e da atividade; diagnóstico, validação e recomendações.⁵ Neste estudo foram realizadas três delas devido à especificidade do trabalho do NASF: 1) levantamento e análise de documentos norteadores do NASF; levantamento da estrutura organizacional, perfil dos trabalhadores e da população atendida nos dois NASF; levantamento e análise de dados de produtividade dos NASF e das Unidades Básicas de

^e Lancman S, Barros JO, Uchida S, Silva MT, Gonçalves RMA, Daldon MTB, et al. O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Efeitos na Saúde Mental dos Trabalhadores. Pesquisa subvencionada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Relatório Final. Processo CNPq 480319/2010-3.

^f Alfa e Beta são nomes fictícios, utilizados para preservar a identidade das equipes estudadas.

Saúde (UBS) de referência; 2) reuniões e entrevistas individuais e grupais com a coordenação dos NASF e com o grupo gestor; observações abertas de algumas tarefas realizadas (reuniões, grupos com usuários e outros); 3) validação dos resultados.

A ação em PDT também foi construída por etapas.³ Após a reconfiguração da demanda, realizou-se a enquête propriamente. Configurou-se como um trabalho grupal, que visou favorecer processos de discussão sobre o trabalho de forma que, ao compartilhar suas percepções individuais, cada trabalhador pudesse transformá-las em reflexões coletivas. O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo de três meses, com sessões quinzenais, totalizando 12 horas.

Os pesquisadores ficaram atentos ao conteúdo das falas, aos consensos, às contradições, àquilo que emergia espontaneamente ou não, ao que era dito ou omitido em relação aos temas discutidos. Após essa fase, ocorreu uma interrupção de um mês para os pesquisadores formularem um relatório com a síntese dos tópicos abordados, buscando dar-lhes sentido por meio da utilização de categorias e conceitos da PDT, como sofrimento e prazer no trabalho, mecanismos de reconhecimento, cooperação e estratégias de defesa.

No intuito de construir uma escuta qualificada, evitar interpretações abusivas ou distorções e favorecer a neutralidade dos pesquisadores durante a escuta clínica do trabalho, o conteúdo de cada sessão foi partilhado com um pesquisador externo que atuou como supervisor e auxiliou no processo de reflexão de cada um deles.

Foi apresentado relatório provisório e discutido com o grupo em sessões de validação, totalizando dez horas, para ajustes e construção de subsídios para redação do conteúdo final. Tal processo aconteceu de maneira interativa para favorecer a reapropriação do material pelos trabalhadores envolvidos no estudo.

Iniciou-se o processo de apresentação da pesquisa e esclarecimento de eventuais dúvidas com os trabalhadores do

NASF Beta. Foi aplicado questionário com os voluntários para levantamento de mais informações sobre o trabalho real e validação dos resultados da AET e da ação em PDT, desenvolvidas com o NASF Alfa.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Coordenadoria de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 160/11) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo (Protocolo nº 239.0.162.000-10). Todos os participantes que colaboraram com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados mais relevantes das duas metodologias empregadas estão organizados em duas grandes categorias, que serão apresentadas logo após a caracterização geral das duas equipes NASF estudadas.

Perfil das Equipes Estudadas

Ambas as equipes foram implantadas em 2010: uma no primeiro semestre e outra no final do segundo. Os profissionais, 15 em cada uma das equipes NASF, trabalhavam de segunda a sexta-feira, entre 7h e 17h; 62,5% possuía carga horária de trabalho semanal de 20 horas, enquanto os demais trabalhavam por 40 horas semanais. Cada equipe era composta de maneira multidisciplinar e, apesar de serem formadas por trabalhadores jovens, a maioria possuía experiência de trabalho na atenção primária em saúde (Tabela).

Contribuições da Ergonomia: Características da Organização e das Condições do Trabalho

As equipes possuíam grande variabilidade de tarefas, muitas descritas nos documentos norteadores, porém com pouca especificidade e voltadas prioritariamente para ações compartilhadas. O trabalho foi se delineando a partir da prática, das características da região e da população, das demandas que surgiam das EqSF

Tabela. Dados gerais sobre os dois núcleos de apoio à saúde da família estudados. São Paulo, 2012.

Composição das equipes técnicas	15 profissionais em cada NASF (médicos de diversas especialidades, tais como: geriatria, psiquiatria, ginecologia, pediatria, clínica geral; terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, educadores físicos e nutricionistas)
Gênero dos profissionais	69% feminino
Faixa etária dos profissionais	44% e 56% entre 31 e 40 anos: NASF, Alfa e Beta, respectivamente
EqSF de referência	9 NASF Alfa; 10 NASF Beta
Número médio de famílias e pessoas cadastradas sob a responsabilidade de cada EqSF	850 famílias e 4.500 pessoas por equipe EqSF

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; EqSF: Equipe de Saúde da Família

e da pactuação feita ao longo do trabalho das equipes (NASF e EqSF).

Diante desse contexto, organizavam seu trabalho a partir de reuniões com atores distintos. Participavam dessas reuniões todos os membros da equipe, alguns representantes ou apenas trios de referência, a depender da tarefa. O desenvolvimento de ações por representação foi uma estratégia criada para potencializar o tempo dos trabalhadores e assegurar que as frentes de trabalho do Núcleo se concretizassem.

As reuniões ocupavam grande parte da jornada de trabalho dos profissionais; entre elas, duas eram consideradas fundamentais para viabilizar o desenvolvimento das ações: 1) entre os trios de referências do NASF e as EqSF – espaços em que se iniciavam as ações de matriciamento a partir da discussão dos casos de maior complexidade, pactuação de estratégias de intervenção, decisão sobre o(s) profissional(ais) que seria(m) referência para o caso e realização de agendamentos necessários; 2) entre os profissionais do NASF – espaço fundamental para a discussão de casos, troca de informações e soluções acerca de questões administrativas, além do planejamento das ações dos núcleos e fluxos de trabalho.

Existiam carências relacionadas a recursos materiais, caracterizadas pela ausência de salas para atendimentos individuais, grupos e reuniões, tanto nas UBS em que ficavam alocados (armários, cadeiras e materiais de consumo para realização dos atendimentos, por exemplo) quanto no espaço comunitário. A maioria dos trabalhadores utilizava, para se comunicar, telefone celular e computador próprios, e para seu deslocamento na comunidade, com vistas à realização das ações previstas, de seu próprio meio de locomoção.

O NASF, por configurar-se uma equipe de apoio, dependia das parcerias desenvolvidas com os profissionais que compunham as EqSF para que o trabalho ocorresse, por isso a importância da qualidade das relações. No entanto, diferenças entre as equipes dificultavam esse processo. Uma delas dizia respeito à demanda de usuários, por exemplo, enquanto as EqSF mantinham contato direto com a população e deviam prestar assistência ao número total de famílias do território sob sua responsabilidade, o NASF atuava apenas nos casos de maior complexidade, partilhados com as EqSF. Outras diferenças importantes estavam vinculadas à composição das duas equipes, à formação e à experiência dos profissionais, à dinâmica do trabalho, à produtividade exigida e à facilidade e/ou dificuldade de cada profissional em compartilhar o trabalho.

Como exemplo, em decorrência da resistência de alguns profissionais da EqSF em pactuar ações com o NASF e partilhar projetos terapêuticos de usuários, somadas às diferentes formas de organização do trabalho entre

as equipes, muitos dos grupos que deveriam ser desenvolvidos de maneira compartilhada tornaram-se esvaziados e acabaram por ser conduzidos somente pelos profissionais dos Núcleos.

Outra questão diz respeito às limitações e à precariedade da rede de serviços nos diversos níveis de atenção à saúde para dar prosseguimento ao atendimento iniciado na atenção primária, situação anterior à implantação dos NASF. Apesar da expectativa de que o NASF pudesse atender parte da demanda, os poucos serviços e recursos na região dificultavam as possibilidades de resolução dessa equipe. Transformar as diretrizes dos documentos em ações práticas constituía-se no principal desafio cotidiano para os profissionais do NASF.

Como mencionado, aspectos relacionados à produtividade constituíam-se em importantes obstáculos para o desenvolvimento do trabalho compartilhado entre equipes NASF e ESF, pois os parâmetros exigidos para cada uma delas era significativamente diferente. Esperava-se a realização de cerca de 400 consultas mensais pelos médicos da EqSF, enquanto no NASF os parâmetros de produtividade priorizavam ações coletivas e tinham caráter mais qualitativo. Isso interferia no ritmo de trabalho das equipes, nas relações, no tempo para compartilhamento e resolução dos casos, entre outros aspectos.

Em relação apenas às equipes NASF, mesmo de caráter mais qualitativo, os instrumentos utilizados para apontar a produção não contemplavam a complexidade e especificidade do trabalho realizado por elas.

Contribuições da PDT: Trabalhar para a Construção de uma Nova Prática e de uma Nova Identidade

As equipes dos NASF precisavam construir parcerias, práticas compartilhadas, seu espaço de trabalho e construir-se, simultaneamente, ou seja, formar sua identidade.

“Estamos trocando o pneu com o carro andando.”

Dúvidas, ambiguidades e dificuldades perpassavam a implantação dessa proposta pioneira. O cenário de trabalho era algo a ser inventado cotidianamente, para viabilizar a criação de espaços em que fosse possível trabalhar e construir uma nova prática na atenção primária. Como o trabalho do NASF dependia diretamente do da EqSF, cada iniciativa tornava-se um processo de reafirmação constante de parceria.

As resistências encontradas na adesão às suas propostas e no desenvolvimento de ações partilhadas produziam dois sentimentos: o de impotência e o de subutilização/ociosidade, conforme depreendidos das citações abaixo.

“...fico com a sensação de impotência, de estar amarrado, de não conseguir chegar aos casos que mais precisam...”.

“...o que mais me angustia é que tenho competência e não sou usado.”

“...me sinto subutilizado.”

“A frustração maior é quando oferto algo e não tem adesão. Quando vem uma demanda da EqSF, aí a gente funciona.”

Existiam situações nas quais vivências de angústia perpassavam esses trabalhadores e estavam relacionadas intrinsecamente à falta de lugar na organização, à sensação de ser invisível aos olhos daqueles que deveriam ser seus pares e até à pouca precisão de quem eram esses pares: as EqSFs? A instituição parceira que os contratou? A população ou os demais colegas de equipe?

Dessa ambiguidade de relações, da invisibilidade do seu trabalho, da sensação de não lugar e de não pertencimento, decorria a dificuldade de serem reconhecidos pelas suas ações e contribuições. Tais condições dificultavam a construção da sua própria identidade.

De forma geral, todos se esforçavam para definir uma prática que os diferenciasse dos demais profissionais que compunham o mesmo cenário nas UBS. Conceitos como matriciamento, supervisão, coordenação confundiam-se na fala, no papel, na atuação profissional e na relação com os demais profissionais com quem interagiam.

“(...) O matriciamento é entendido como supervisão; esta é a lógica da residência médica. O Papel do NASF seria mostrar outras possibilidades de fazer matriciamento.”

“Não somos supervisores; somos um núcleo de apoio.”

Os profissionais dos NASF procuravam estabelecer estratégias coletivas para enfrentar as dificuldades, como buscar coesão entre os membros da própria equipe, apoiando-se mutuamente no cotidiano do trabalho. Eles pensavam, articulavam, promoviam atividades de reflexão sobre suas práticas, compartilhavam entre si as dificuldades que enfrentavam com as EqSFs, com o território, com a escassez de recursos.

“Me sinto muito apoiada na equipe, a gente pensa muito junto...”

Contudo, as principais estratégias utilizadas pelas equipes do NASF para fazerem seu trabalho acontecer e enfrentarem as dificuldades mencionadas eram principalmente individuais. Cada profissional encontrou uma

forma de se inserir nessa organização e dar conta do seu trabalho. Buscavam participar de grupos realizados pela EqSF, “*corriam atrás de informações*” e do andamento dos casos partilhados, terminavam atendendo casos que deveriam ser encaminhados para o nível secundário, utilizavam contatos de sua rede pessoal para agilizar atendimentos em outros serviços, etc. Essas saídas, embora contribuíssem para que o trabalho acontecesse, não se constituíam em estratégias que avançassem o trabalho do NASF como um todo.

O desafio do “vir a ser” apresentava-se cotidianamente para esses trabalhadores. Sabiam o que não queriam ser, sentiam-se prontos para contribuir e cumprir seu papel, mas nem sempre conseguiam os acordos necessários para que isso acontecesse. Esforçavam-se para conseguir trabalhar, buscavam brechas, estabeleciam estratégias de parcerias, mas se sentiam frustrados por não conseguirem realizar e contribuir com tudo o que gostariam e poderiam.

As estratégias estabelecidas possibilitaram pequenos passos, alguns sucessos, mas não se configuraram sempre como possibilidades de transformação das suas práticas em espaços que favorecessem o exercício da inteligência no trabalho, da expertise que possuíam e que assegurassem a ocupação do espaço que lhes cabia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consonância com as políticas públicas de saúde vigentes no País, a implantação do NASF contribui na ampliação do número e da diversidade de recursos humanos disponíveis na atenção primária em saúde com vistas ao desenvolvimento do trabalho multi e interprofissional, de forma a aumentar a resolutividade das problemáticas de saúde da população. Trata-se de proposta pioneira, que reafirma e busca responder aos novos paradigmas do campo da saúde trazidos pelos princípios e diretrizes do SUS.^{a,b,c}

Contudo, da forma com que o trabalho desses profissionais está prescrita, há possibilidade de este delinear-se a partir da vivência das situações reais ao longo do desenvolvimento das ações, bem como da expertise, experiência pregressa e saber-fazer de cada um dos profissionais. Assim, cada NASF poderá ter características de trabalho diferentes a depender da região em que está inserido, da equipe que o compõe e do perfil das EqSF. Por um lado isso é positivo e esperado, já que há possibilidade de flexibilização das ações diante da necessidade das equipes e da população. Por outro, dificulta que se criem práticas, coletivos e experiências que possam ser partilhadas e agregadas aos vários NASF de determinado município, Estado ou até do País, impactando no desenvolvimento do programa como um todo.

Como estratégia recente, suas ferramentas tecnológicas, ou seja, o matriciamento e o projeto terapêutico singular, são novas enquanto formas de organização do trabalho e necessitam ser consolidadas. A prioridade do desenvolvimento de ações compartilhadas, de atendimentos grupais e do trabalho de corresponsabilidade propõe uma lógica de funcionamento que obriga todos os profissionais envolvidos a mudarem sua forma de atuação.

Por ser um núcleo de apoio, tem suas ações indissociáveis e dependentes daquelas da EqSF. Disso decorre a necessidade de se estabelecerem ajustes nos processos de trabalho e por consequência nas ações das duas equipes que atualmente possuem formas de organização do trabalho distintas. Existe grande demanda por atendimentos direcionada às EqSF que, muitas vezes, exige soluções rápidas e inadiáveis. Em contrapartida, o trabalho do NASF prioriza a discussão, reflexão e a atuação compartilhada, o que demanda tempo e disponibilidade de todos os envolvidos. Isso gera um descompasso entre a necessidade de atender a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF.

Como exemplo, destacamos o desenvolvimento dos grupos pactuados entre as duas equipes que, eventualmente, terminam conduzidos apenas pela equipe NASF. Isso é influenciado de forma significativa pelas diferenças na natureza dos trabalhos das duas equipes, dos parâmetros de produtividade exigidos e das diversas concepções que cada profissional tem sobre sua prática.

O trabalho compartilhado exige, além de mudanças de paradigmas e revisão de processos de trabalho, que o profissional se disponha a fazê-lo, mesmo que não tenha experiência anterior, formação acadêmica para tal, ou não compreenda sua importância. O profissional terá

que aprender fazendo, o que demanda tempo, disponibilidade e interesse.

É também nesse novo contexto com inúmeros desafios que as equipes dos NASF precisam inventar e consolidar sua identidade, mesmo com pontos de apoio vulneráveis. Têm grande possibilidade de contribuição e, dessa forma, têm criado estratégias para conseguirem mostrar o trabalho desenvolvido e serem reconhecidos e incorporados de fato nas EqSF potencialmente parceiras.⁸

A introdução de mudanças no trabalho, que inclui sua organização e condições, é um compromisso que deve ser permanente e envolver os diversos níveis hierárquicos para ser eficaz. Somente assim chegar-se-á a soluções que realmente apontem para o aprimoramento dos processos de trabalho e para a qualidade do atendimento prestado à população, além de contribuir também para avanços na própria política de atenção primária à saúde do Brasil.

COLABORADORES

Lancman S. participou da concepção do projeto, coordenou todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa, com ênfase na Ação em Psicodinâmica do Trabalho, redigiu e revisou o manuscrito. Gonçalves R. M. A. realizou o planejamento das ações e a coleta de dados em Ergonomia e ainda a redação do manuscrito. Cordone N. G. participou da coleta de dados em ergonomia e da redação do relatório sobre esta metodologia. Barros J. O. participou da concepção do projeto, co-coordenou as etapas da pesquisa, participou mais diretamente do desenvolvimento da Ação em Psicodinâmica do Trabalho, redigiu e fez a revisão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Capistrano Filho D. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud Av.* 1999;13(35):89-100. DOI:10.1590/S0103-40141999000100008
2. Cunha GTC, Gastão WS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude Soc.* 2011;20(4):961-70. DOI:10.1590/S0104-12902011000400013
3. Dejours C. Addendum. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.* Brasília/Rio de Janeiro: Paralelo15/FIOCRUZ; 2004. p. 47-104.
4. Gonçalves RMA, Lancman S, Jardim TA, Sznelwar LI, Trudel L. O trabalho dos agentes de trânsito do Município de São Paulo: uma análise ergonômica. *Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo.* 2005;16(2):82-9. DOI:10.11606/issn.2238-6149.v16i2p82-89
5. Guerin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Keguelen A. *Compreender o Trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.* São Paulo: Edgard Blücher; 2001.
6. Kroemer KHE, Grandjean E. *Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem.* Trad. de LBM Guimarães. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
7. Montimollin M. *L'intelligence de la tache: elements d'ergonomie cognitive.* Berna: Peter Lang; 1984.
8. Silva ATCS, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(11):2076-84. DOI:10.1590/S0102-311X2012001100007

Pesquisa subvencionada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Edital Universal, Processo nº 480319/2010-3) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Auxílio à publicação, Processo nº 2013/50711-0).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O artigo analisou o processo de trabalho dos profissionais que atuam em núcleos de apoio à saúde da família, procurando compreender características da organização, das condições de trabalho e das vivências subjetivas relacionadas ao trabalhar, e como tais características podem estar dificultando a consolidação desses núcleos no País.

Em linhas gerais, a implantação dos núcleos tem se dado de maneira pouco sistematizada, com oferta de capacitação insuficiente diante das especificidades do programa e processos de trabalho por vezes conflituosos em relação às equipes de saúde da família. Nesse contexto, é preciso ressaltar que a experiência desses trabalhadores pode contribuir apontando soluções criativas e estratégias inovadoras para a constituição e implantação desses núcleos. Os resultados sugerem que a maior participação dos trabalhadores do núcleo e os da Equipe de Saúde da Família pode contribuir na melhoria de alguns aspectos relacionados a este trabalho, tais como:

- Qualificação dos processos de capacitação;
- Ajuste dos processos de trabalho de duas equipes;
- Exigência de trabalho compartilhado dos profissionais das duas equipes, mudanças de paradigmas e revisão de processos de trabalho, e que se disponham a fazê-lo, mesmo que não tenham experiência anterior, formação acadêmica para tal ou não compreendam sua importância. O profissional terá que aprender fazendo, o que demanda tempo, disponibilidade e interesse;
- Ajuste das ferramentas tecnológicas adotadas, como o matriciamento e o projeto terapêutico singular, novas como formas de organização do trabalho que, portanto, necessitam ser consolidadas por ambas as equipes.

Prof^ª. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica