

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO

**O COTIDIANO DE TRABALHO NO NASF:
PERCEPÇÕES DE SOFRIMENTO E PRAZER NA
PERSPECTIVA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO**

**SÃO PAULO
2015**

DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO

**O COTIDIANO DE TRABALHO NO NASF:
PERCEPÇÕES DE SOFRIMENTO E PRAZER NA
PERSPECTIVA DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de doutora em Ciências.

Linha de pesquisa: Epistemologia das Ciências da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Versão corrigida: o original encontra-se disponível na EEUSP.

**SÃO PAULO
2015**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nascimento, Débora Dupas Gonçalves do

O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da psicodinâmica do trabalho / Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. São Paulo, 2015.

239 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira
Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da
EEUSP e EERPUSP

1. Saúde da família. 2. Trabalho. 3. Estresse psicológico. 4. Prazer. 5. Qualidade de vida I. Título.

Nome: Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Título: O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutora em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Aos trabalhadores do NASF
que acreditam na transformação das
práticas em saúde na Atenção Básica,
que lutam, mesmo quando não há
forças; que se dedicam, mesmo em
meio à adversidade; e que
enriqueceram minha vida pessoal e
profissional com novos saberes,
fazeres e olhares.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta trajetória, foram muitas as pessoas que me ajudaram, incentivaram, apoiaram e inspiraram e eu não poderia deixar de agradecer a todas neste momento tão especial.

Primeiramente agradeço a Deus, por sua bondade infinita. A letra do hino demonstra meu eterno agradecimento: *Como agradecer a Jesus o que fez por mim? Sem eu merecer, vem provar o seu amor sem fim...a Deus seja a glória!*

Agradeço imensamente à Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira, minha querida Méia, pela dedicação, por compartilhar não apenas ensinamentos e todo conhecimento acumulado, mas pela afetividade, respeito e cuidado sempre presente nos momentos importantes da minha vida.

Aos profissionais do NASF da APS Santa Marcelina que gentilmente aceitaram participar deste estudo e aos antigos e atuais coordenadores do NASF: Silvia, Maurício, Fernanda, Andresa, Paula, Marília, Selma, Marcus, Alessandra, Tanira, Sabrina, Natália, Karina e Thais. Conviver com vocês foi um grande prazer e um aprendizado que levarei para sempre comigo!

Aos escriturários administrativos do NASF: Paula, Jenifer, Michele, Everaldo, Rosângela, Arthur e Renato, meus sinceros agradecimentos pela responsabilidade, dedicação e prontidão com que realizam o trabalho e pela ajuda constante. Incluo nesta lista minha querida Aline Moura, a quem também agradeço pela lealdade.

Ao meu querido esposo Anicese, que esteve sempre ao meu lado nesta caminhada, agradeço a colaboração, a paciência, o amor e a compreensão nos momentos de estresse e cansaço.

Aos meus familiares que sempre me apoiaram, incentivaram e demonstraram amor incondicional: Giselle, vó Teresa, Rubens e, muito especialmente, minha mãe Angélica, parceria em todos os momentos e

exemplo de garra e coragem, e meu pai Sérgio, que sempre se preocupou, rezou e me incentivou a seguir adiante. Ao Rubens um agradecimento profundo pelo empenho e prontidão em me ajudar a desvendar os mistérios escondidos atrás dos números. A todos muito obrigada de coração!

À querida Silvia Helena, amiga de anos que me presenteou e acalentou meu coração no final deste processo com um afilhado lindo – Guilherme.

Agradeço a amizade de Thais, Sabrina, Natália, Karina e Tanira, que se transformaram em fonte de inspiração, motivação, apoio e socorro constante. Meu respeito e admiração por vocês!

Às minhas queridas e eternas amigas Michele Quevedo e Fernanda Rocco, agradeço por vocês existirem, pela amizade recheada de afeto, carinho e respeito e por compartilharem comigo os melhores e os piores momentos da minha vida.

À competente colega Julie, que com presteza me ajudou com o banco de dados, à Laís pelo apoio na digitação, à Michele pela análise dos dados restritos ao psicólogo e ao Lucas que colaborou com a análise estatística.

Aos amigos da ESF, Especialidades e Educação Permanente da coordenação da APS Santa Marcelina, agradeço pelo interesse e o apoio nas diferentes etapas deste estudo.

Agradeço ao competente profissional do NASF André Luís de Araújo por sua sensibilidade e sinceridade com que vive a vida e o trabalho. Suas palavras e sua forma de ser me tocaram e inspiraram muito nesta jornada.

Às colegas do grupo de pesquisa Cintia, Jaqueline e Valéria, pela convivência e troca e a Fernanda e Márcia pela atenção e disponibilidade em rever e contribuir com este trabalho. O olhar de vocês foi fundamental!

Aos professores e funcionários do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, em especial a Terezinha e Socorro pela atenção.

Aos Professores Dr^a Maria Helena Palucci Marziale e Dr. Gustavo Tenório Cunha pelas contribuições no exame de qualificação.

À Prof^a Dr^a Liliana A. M. Guimarães pela autorização e envio do questionário de qualidade de vida profissional (QVP-35).

À bibliotecária Fabiana da Escola de Enfermagem pela realização da ficha catalográfica e Sonia pelas orientações relativas às referências.

À Ir. Monique Bourget pela contribuição em minha trajetória profissional e pela possibilidade de realizar este estudo na APS Santa Marcelina, assim como à Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo – SP pela autorização concedida.

À Leonor pela dedicação de anos na organização e cuidado da minha família e pela companhia nos poucos momentos que fiquei em casa para escrever esta tese.

Ao Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha e Prof^a Ms. Vera Lucia Kodjaoglanian pelo incentivo e apoio na finalização da tese e pela torcida das colegas Sílvia e Gisela da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

Nascimento, DDG. O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Tese (doutorado). São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.

RESUMO

Trata-se de um estudo de caso exploratório, de natureza descritiva e abordagem quanti-qualitativa, que teve por objetivo geral analisar o processo de trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as possíveis repercussões em sua qualidade de vida no trabalho. O referencial teórico-metodológico foi a hermenêutica dialética, ancorada no marco teórico da Saúde Coletiva. Na fase quantitativa, participaram 76 trabalhadores do NASF da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina do município de São Paulo, que responderam ao Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) e ao Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Na fase qualitativa, 20 desses trabalhadores foram reunidos em três grupos focais e o material empírico resultante foi submetido à técnica de análise de conteúdo e analisado à luz da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours. Os resultados evidenciaram que, de acordo com o QVP-35, a maioria dos trabalhadores considerava-se capacitada para realizar o trabalho, porém a metade apresentava estresse na fase de resistência, de acordo com o ISSL. Os discursos, organizados de acordo com as categorias analíticas *sofrimento*, *prazer* e *estratégias defensivas*, permitiram constatar que a proposta contra-hegemônica do NASF não corresponde às expectativas e às necessidades percebidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que torna o processo paradoxal e gerador de desgaste e sofrimento para os trabalhadores. O **sofrimento** relaciona-se ao trabalho real vs. o trabalho prescrito; à resistência a proposta do NASF e à incompreensão de seu papel; à cultura imediatista e curativa do usuário, da ESF e da gestão; ao perfil dos trabalhadores, à sobrecarga e à identificação com o trabalho; às relações interpessoais e o trabalho em equipe; à sensação de não pertencimento, à falta de infraestrutura e à violência e à vulnerabilidade do território. O **prazer** decorre da identificação com a proposta do NASF e o reconhecimento pelo trabalho; da interdisciplinaridade, do trabalho em equipe e da educação permanente em saúde. As **estratégias defensivas** foram mais individuais que coletivas: os trabalhadores buscam fortalecer-se enquanto grupo, mas também procuram restringir-se ao que é específico de sua categoria profissional; fazer o melhor, reconhecendo os próprios limites; desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação. Conclui-se que a recente proposição do NASF no âmbito das políticas públicas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica apresenta um grande potencial de mobilização e qualificação das ações e intervenções no contexto da ESF, no

entanto, é possível identificar uma contradição dialética entre suas premissas de base teórica-ideológica e ético-política e a efetivação da proposta na realidade concreta do trabalho em saúde.

Palavras chave: Estratégia Saúde da Família; Trabalho; Estresse Psicológico, Prazer; Qualidade de Vida.

Nascimento, DDG. The daily work of the SCFH: Suffering perceptions and pleasure from the perspective of work psychodynamics. Thesis (PhD). São Paulo, the University of São Paulo School of Nursing and Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, in 2015.

ABSTRACT

This is an exploratory case study of descriptive and quantitative-qualitative approach with the main objective to analyze the work process of professionals in the Support Center for Family Health (SCFH) and the possible impact on their quality of life at work. The theoretical and methodological framework was the hermeneutic dialectics, anchored in the theoretical framework of Collective Health. In the quantitative phase, participants included 76 SCFH workers from the Primary Health Care Santa Marcelina in the city of São Paulo, who answered the Professional Quality of Life Assessment Questionnaire (QVP-35) and the Inventory of Stress Symptoms for Adults of Lipp (ISSL). In the qualitative phase, 20 of these workers were divided into three focus groups and the resulting empirical material was submitted to the content analysis technique and analyzed based on the Psychodynamics of Work by Dejours. The results showed that, according to the QVP-35, the majority of workers considered themselves qualified to do the work, however half were in the stress resistance phase, according to the ISSL. The responses, organized according to the analytical categories, *suffering*, *pleasure* and *defensive strategies*, showed evidence that the counter-hegemonic proposal of SCFH does not meet the expectations and needs, perceived by the Family Health Strategy (FHS) teams, thus making the process paradoxical, fatiguing and causing undue suffering for these workers. This suffering is related to the actual work vs. the prescribed work; resistance to the proposal of SCFH and the misunderstanding of their roles; the immediate culture and curative of the user, the FHS and management; profile of the workers, overload and identification with the work; interpersonal relationships and teamwork; the feeling of not belonging, lack of infrastructure and the violence and the vulnerability of the territory. The pleasure derives from the identification with the proposal of SCFH and the recognition of work; interdisciplinarity, teamwork and continuing with health education. Defensive strategies were more individual than collective: workers seek to strengthen as a group, but also seek to restrict themselves to what is specific to their professional category; to do their best, recognizing their own limits; develop interpersonal and communication skills. It can be concluded that the recent SCFH proposition, in the context of public policies aimed at strengthening Primary Care, has great potential for the mobilization and qualification of actions and interventions in the context of the FHS, however, it is possible to identify a dialectical contradiction between its assumptions of theoretical-

ideological and ethical-political base and the effectiveness of the proposal in the concrete reality of work as related specifically to health work.

Keywords: Family health strategy; Work; Psychological stress; Pleasure; Quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1 –** Representação da relação sofrimento-prazer no trabalho do NASF na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. São Paulo, 2015..... 153

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 -** Síntese das categorias empíricas e seus respectivos núcleos de sentido referentes ao trabalho no NASF. São Paulo, 2015..... 72

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra. São Paulo, 2015. 59
- Tabela 2 -** Distribuição de frequência das variáveis de caracterização da amostra. São Paulo, 2015. 60
- Tabela 3 -** Estatística descritiva dos itens do QVP-35. São Paulo, 2015..... 63
- Tabela 4 -** Distribuição de frequência dos sintomas do ISSL. São Paulo, 2015..... 64
- Tabela 5 -** Estatística descritiva do número de sintomas do ISSL por domínio. São Paulo, 2015. 66
- Tabela 6 -** Comparação entre médias das dimensões do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo ISSL. São Paulo, 2015..... 67
- Tabela 7 -** Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q1 do ISSL. São Paulo, 2015. 68
- Tabela 8 -** Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q2 do ISSL. São Paulo, 2015. 68
- Tabela 9 -** Comparação entre médias das dimensões do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q3 do ISSL. São Paulo, 2015. 69

Tabela 10 -	Presença de estresse segundo ISSL por formação profissional. São Paulo, 2015.....	70
Tabela 11 -	Presença de estresse segundo ISSL por sexo. São Paulo, 2015.....	70
Tabela 12 -	Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 por formação profissional. São Paulo, 2015.	71

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAB	Departamento da Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ISSL	Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde do Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
QV	Qualidade de Vida
QVP	Qualidade de Vida Profissional
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	23
1.1 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA	24
1.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NASF NO BRASIL	29
1.3 QUALIDADE DE VIDA	34
1.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	35
1.5 ESTRESSE OCUPACIONAL	37
2 OBJETIVOS	39
2.1 GERAL	39
2.2 ESPECÍFICOS	39
3 MÉTODO	41
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	41
3.1.1 A Psicopatologia do Trabalho	41
3.1.2 O trabalho no contexto da Psicodinâmica	44
3.1.3 Sofrimento, prazer e estratégias defensivas	45
3.2 TIPO DE ESTUDO	49
3.3 LOCAL DO ESTUDO	51
3.4 SUJEITOS DO ESTUDO	53
3.5 ETAPAS DO TRABALHO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	53
3.6 TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO	57
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	58
4 RESULTADOS	59
4.1 RESULTADOS PROVENIENTES DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL, QVP-35 E ISSL	59
4.2 RESULTADOS PROVENIENTES DOS GRUPOS FOCAIS	72
4.2.1 Sofrimento	73
4.2.2 Prazer	122
4.2.3 Estratégias Defensivas	135
5 DISCUSSÃO	155
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL	155
5.2 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE <i>STRESS</i> PARA ADULTOS DE LIPP	156
5.3 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL - QVP-35	158
5.4 SOFRIMENTO	161
5.5 PRAZER	186
5.6 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS	193
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	201
7 REFERÊNCIAS	207
APÊNDICES	223
ANEXOS	227

*“Quem não compreende um olhar,
tampouco compreenderá
uma longa explicação”.*

Mário Quintana

APRESENTAÇÃO

O desafio do trabalho investigativo no campo da Saúde Coletiva está em compreender que a realidade do cuidado em saúde é dinâmica e mutável e que as necessidades sociais e de saúde a serem enfrentadas são multifacetadas e singulares, sempre demandando a construção e a reconstrução dos saberes por parte dos profissionais da saúde.

A pesquisa nesse contexto está constantemente envolvida por relações entre os sujeitos cognocentes e os objetos de investigação, que são oriundos de campos epistemológicos diversos: ciências humanas, sociais e biológicas. Essa é a perspectiva epistemológica que vem orientando minha produção científica, numa trajetória profissional orientada para a Atenção Básica (AB), permeada pelo trabalho coletivo, na perspectiva da interdisciplinaridade, que, segundo Moacir Gadotti, além de ser uma forma de pensar e produzir conhecimentos integrados, também busca superar a dicotomia entre ensino, pesquisa e extensão, produzindo práticas profissionais mais efetivas.

No ano de 2006, em que ingressei no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da USP, foi um momento político importante para o Sistema Único de Saúde (SUS), em que ocorreu a publicação do Pacto pela Saúde. Nesse mesmo ano, o Programa Saúde da Família ganhou status de Estratégia Saúde da Família (ESF), o que reforçou sua permanência como modelo de reorientação da AB no país e deu mais consistência para novos estudos na área.

Desenvolvi minha dissertação de mestrado concomitantemente a atividades profissionais como assessora técnica da Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina. Realizei uma pesquisa qualitativa que tomou como objeto de estudo a formação dos profissionais da saúde para o SUS, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF),

intitulado “*A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS*”.

O estudo teve como objetivos identificar a concepção de competência que orienta a prática pedagógica dos preceptores do curso, identificar as competências profissionais referidas por trabalhadores das equipes da ESF como necessárias no cotidiano de sua prática profissional e construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na modalidade residência. A população do estudo foi composta por preceptores do curso e profissionais da saúde que desenvolviam atividades profissionais na ESF e para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, com posterior análise dos dados empíricos por meio da técnica de análise de discurso. Com base nesses discursos foi possível elaborar o perfil de competências que revelou, entre outros aspectos, a necessidade de pensar a formação na RMSF a partir de uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença de indivíduos, famílias e coletividades, assim como ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da ESF.

A inserção dos egressos da RMSF no mundo do trabalho da ESF ainda era bastante incerta, uma vez que apenas os profissionais que compunham a equipe nuclear (enfermeiros, médicos e odontólogos) tinham garantia de contratação na ESF, nos mais diversos territórios do País.

Em 2008, com a publicação da Portaria nº 154, que instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), esse cenário transformou-se, oportunizando aos demais profissionais da saúde a inserção na AB. Nesse momento, fui incumbida de um grande desafio - colaborar na implantação do NASF da APS Santa Marcelina, na região leste do município de São Paulo.

A Portaria nº 154 havia sido recém publicada e poucas eram as diretrizes para a implantação dos NASF. Mais uma vez, a experiência do trabalho em equipe, a incorporação de tecnologias leves no dia a dia da atenção à saúde e a bagagem advinda do mestrado no estudo de

competências profissionais para o trabalho na ESF direcionaram-me na construção de um “modelo” de NASF a ser implantado. Muita leitura e discussão em grupos de trabalho permearam esse processo que aos poucos foi se constituindo e materializou-se em 17 equipes NASF implantadas. Paulatinamente as equipes da ESF e do próprio NASF foram entendendo seu papel e objetivo de trabalho e os primeiros resultados qualitativos a partir do apoio matricial foram surgindo.

A visibilidade e o reconhecimento do trabalho realizado resultaram no convite da Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) para a realização de oficinas em São Paulo para construção e validação do Caderno de Atenção Básica nº27 que estava em elaboração. A partir desse momento, passei a integrar o Grupo de Facilitadores Nacionais da Oficina de Qualificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do DAB/MS, que teve como foco a Intensificação das Ações de Redução da Mortalidade Infantil, em 256 municípios prioritários (17 Estados da Amazônia Legal e do Nordeste).

O principal objetivo das oficinas foi discutir a implantação dos NASF nos diversos municípios, de acordo com a Proposta Nacional, e fazer uma aproximação do diagnóstico situacional de cada território, apoiando as equipes da Estratégia Saúde da Família e dos NASF, assim como os gestores locais, no desenvolvimento de ações para reduzir a mortalidade infantil, uma vez que os Estados envolvidos respondiam por 50% dos óbitos em menores de um ano no País. A experiência foi muito enriquecedora, pois conheci outras realidades brasileiras, contextos e formas de organização dos serviços de saúde e pude refletir sobre novas estratégias e soluções para cada um deles, de forma compartilhada com gestores, profissionais e usuários.

Essas vivências e o acompanhamento das equipes NASF como apoiadora institucional instigaram-me a dar prosseguimento a meus estudos de pós-graduação, desta vez voltada à reflexão e à problematização dos diversos desafios vivenciados pelos profissionais do NASF em sua prática

cotidiana, como por exemplo, a grande rotatividade dos profissionais e a incompreensão da proposta pela ESF. Muitas são as indagações relativas ao processo de trabalho dos profissionais que integram os NASF:

- Qual o perfil do profissional que atua no NASF?
- Como se estabelece a relação ESF-NASF no cotidiano do trabalho?
- Essa relação é produtora de estresse e adoecimento?
- Qual é a percepção do profissional NASF sobre sua Qualidade de Vida Profissional (QVP)?
- Que aspectos influenciam a QVP dos participantes do NASF?

Mais do que respostas, este estudo buscará explicitar os desafios e as potencialidades vivenciadas cotidianamente pelos trabalhadores do NASF, o que pode subsidiar as mudanças necessárias para minimizar o sofrimento e promover a qualidade de vida no trabalho.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no País por meio da Constituição de 1988, incorporando os princípios doutrinários de universalidade, equidade, integralidade e participação popular, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais. Fundado no direito universal à saúde e tendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada, o SUS passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção (Brasil, 1990).

A partir de 1994, a AB foi reestruturada e reorganizada com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a ESF, a família passou a ser considerada o foco da intervenção à saúde nesse nível de atenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da Atenção Básica (AB), para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (Brasil, 2007a).

O papel da ESF foi reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica de 2006, e mais recentemente por meio da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que a definiu como uma estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, tendo em vista sua centralidade na reordenação da rede de atenção à saúde no SUS (Brasil, 2011).

A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, visando à identificação das necessidades e dos problemas de saúde da população e o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias (Aquino, Barreto, 2008). Preconiza ainda a abordagem e a intervenção nos determinantes sociais da saúde e nos condicionantes

culturais, étnicos e comportamentais, entre outros, que influenciam as necessidades e os problemas de saúde (Buss, Pellegrini Filho, 2007).

As equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal. Seu trabalho prioriza áreas estratégicas de atuação, que incluem a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do *diabetes mellitus*, a saúde bucal, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso (Brasil, 2007a).

A qualidade do cuidado na AB sofre interferência quando se avalia o escopo de ações ofertadas, a resolutividade clínica, a capacidade de escuta e vínculo entre profissionais e usuários, assim como a organização do processo de trabalho com vistas à singularidade (Brasil, 2014).

Em que pesem os avanços obtidos desde a implantação da ESF no território nacional, verifica-se que, para alcançar a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade das ações, faz-se necessária a presença de outros profissionais de saúde integrando e apoiando as equipes da ESF, colaborando na resolução de problemas clínicos e sanitários, de forma articulada com a rede de atenção à saúde âmbito do SUS (Brasil, 2014).

Com esse propósito, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008 (Brasil, 2008a). Esta equipe multiprofissional tem como objetivo apoiar as equipes da ESF na redefinição, qualificação e resolutividade da AB, assim como na ordenação das redes de atenção à saúde, ampliando a abrangência e o escopo das ações de cuidado em saúde (Brasil, 2014).

1.1 O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

No contexto da Atenção Básica, o NASF foi instituído a partir da *“perspectiva de ampliar a capacidade de resposta a maior parte dos*

problemas de saúde da população na AB” (Brasil, 2014, p.12). Busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família, atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada e ainda hegemônica no cuidado à saúde. Visa também a construção de redes de atenção e cuidado, colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS (Brasil, 2008a).

O NASF é constituído por uma equipe de apoio, integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas, homeopatas e ginecologistas, dentre outros, eleitos em função das necessidades de saúde, vulnerabilidades socioeconômicas e perfil epidemiológico dos diversos territórios onde se encontram os serviços de saúde. É considerado uma equipe de retaguarda especializada para a ESF, por atuar em conjunto com esses profissionais, compartilhando saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território (Brasil, 2014).

Atuam em nove áreas estratégicas: atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2008a) e tem como público-alvo as equipes da ESF, assim como os usuários do território adstrito. Junto às equipes, o NASF busca apoiar a análise das necessidades e o planejamento compartilhado de intervenções, enquanto no tocante aos usuários, desenvolve ações terapêuticas e/ou educativas, de forma integrada e corresponsabilizada nos diversos momentos do ciclo vital.

Vale ressaltar que também está previsto ao NASF o apoio na organização do processo de trabalho das equipes da ESF, por meio do planejamento de reuniões, construção de agendas pactuadas e compartilhadas a partir das demandas e necessidades de cada contexto (Brasil, 2014).

O NASF tem sua atuação pautada no referencial teórico-metodológico do apoio matricial, com vistas a ampliação do repertório de ações das equipes da ESF (Brasil, 2014) e,

“Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF busca superar essa lógica, em direção à co-responsabilização e à gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e que sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos” (Nascimento, Oliveira, 2010, p.93).

O termo “apoio” sugere uma metodologia de organização entre equipe de referência (da ESF) e a de especialistas (NASF), não com base na autoridade e hierarquia, mas em procedimentos dialógicos e de construção de saberes. Já a terminologia matricial vem de “matriz”, do latim, que significa “*o lugar onde se geram e se criam coisas, pressupondo uma relação*” (Reinheimer et al, 2012, p.104). Assim, o apoio matricial pode ser compreendido como uma metodologia de trabalho complementar a tradicionalmente utilizada nos sistemas hierarquizados - na lógica da referência e contra-referência, dos protocolos e da regulação, na perspectiva de núcleo e campo. Desta forma, um profissional “especialista” que detém um determinado núcleo de saber advindo de sua formação, apoia outros profissionais com diferentes núcleos de formação, objetivando ampliar a eficácia de sua atuação (Cunha, Campos 2011).

No NASF, o matriciamento pode ser compreendido a partir de duas dimensões: a clínico-assistencial, relacionada ao cuidado e ação clínica direta aos usuários, e a técnico-pedagógica, que diz respeito ao apoio educativo às equipes, com vistas à ampliação das possibilidades de intervenção e cuidado. Este apoio propicia um novo olhar e um novo saber, que pode se estabelecer durante as ações de educação permanente, reuniões de equipe, discussões de casos e atendimentos compartilhados (individuais ou em grupos).

O apoio matricial, também conhecido como matriciamento, é uma das ferramentas utilizadas no cotidiano do trabalho do NASF e é definido por Figueiredo e Campos (2009) com um arranjo tecnoassistencial que visa à ampliação da clínica das equipes da ESF, desviando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização, buscando maior resolutividade em saúde.

A proposta do NASF tem também a clínica ampliada como norteadora das ações, uma vez que o usuário não pode ser reduzido a um recorte diagnóstico a partir do olhar e intervenção de diversas áreas profissionais. A clínica ampliada deve ser entendida como *“um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes”* (Brasil, 2008b, p.3).

“a clínica ampliada busca evitar uma abordagem que privilegie excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar (...) busca construir sínteses singulares tencionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais” (Cunha, 2009, p. 37).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), a clínica ampliada ajuda trabalhadores e usuários dos serviços de saúde a lidar com a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da atualidade, reconhecendo a interdependência do trabalho em saúde, o que favorece o trabalho em equipe (Brasil 2008b).

O projeto terapêutico singular (PTS) é uma das ferramentas tecnológicas utilizadas no cotidiano do trabalho do NASF e designa o movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para sujeitos individuais ou coletivos, que se processa em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Oliveira, 2008). É definido especialmente nas reuniões de equipe e consultas compartilhadas, a partir da discussão dos casos, enfocando os determinantes

do processo saúde-doença. Vale ressaltar que a construção do PTS deve acontecer em equipe interdisciplinar e na presença do usuário, a fim de que sua percepção e desejos relativos à condução de seu cuidado sejam alinhados e pactuados.

Já o projeto de saúde no território (PST) é uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores e políticas, num processo de articulação intersetorial que visa produzir impactos positivos na produção da saúde de um território determinado, investindo na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e coletividades (Brasil, 2010).

No dia-a-dia do trabalho das equipes da ESF, observa-se que muitas vezes o processo de trabalho limita-se a alcançar metas numéricas de procedimentos pré-determinados por ações programáticas, pautadas em consultas e muitas vezes não ocorre a devida reflexão acerca da qualidade do serviço prestado. O NASF busca romper essa lógica e colaborar para a implementação de ações qualificadas, aumentando a capacidade resolutiva das equipes, a partir da problematização com profissionais e usuários dos serviços acerca dos determinantes do processo saúde-doença e das possibilidades de enfrentamento das condições que levam ao adoecimento e à morte.

A atuação do NASF está orientada pelas diretrizes da AB e suas ações visam imprimir mais qualidade e aumento da capacidade de cuidado das equipes da ESF (Brasil, 2014) e não apenas suprir a demanda assistencial no aspecto meramente numérico. Seu principal desafio é a mudança de uma cultura organizacional no SUS, que historicamente vem priorizando a quantidade em detrimento da qualidade, o referenciamento em detrimento da resolubilidade na AB e a avaliação de impacto e de indicadores de saúde por meio de ações meramente quantitativas, em detrimento das qualitativas (Nascimento, Oliveira, 2010).

Por se tratar de um processo ainda em construção, a implantação do NASF requer espaços rotineiros de discussão de casos e planejamento para a

definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada e significativamente reconhecida sob o ponto de vista dos gestores e equipes da ESF.

Para sua efetivação, faz-se necessário uma pactuação de apoio envolvendo gestores, profissionais das equipes e controle social, a fim de que haja a compreensão e a construção coletiva do processo de trabalho, com foco na integralidade e na interdisciplinaridade.

O desenvolvimento do trabalho interdisciplinar nos moldes propostos pelo NASF requer ainda a revisão crítica dos processos educativos e formativos desenvolvidos pelas Instituições de Ensino Superior, com vistas à efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde. As DCN postulam a que formação dos profissionais da saúde esteja voltada para o sistema de saúde vigente no país, ou seja, para o SUS, tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (Almeida, 2003).

O NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF e traz como ferramentas a clínica ampliada, o matriciamento e o projeto terapêutico singular para a realização do cuidado ao usuário e a qualificação das ações das equipes.

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.

1.2 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS NASF NO BRASIL

O processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que vem ocorrendo nos diversos estados e municípios da Federação teve como norte inicial a Portaria nº 154 (Brasil, 2008a) e mais recentemente as

Portarias nº 2.488 (Brasil, 2011) e nº 3.124 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) que redefiniu os parâmetros de vinculação das modalidades do NASF.

No início da implantação do NASF, diversas dúvidas e questionamentos surgiram acerca da operacionalização e do processo de trabalho desta equipe, assim como de sua proposta de atenção e cuidado em saúde, estrutura necessária para o desenvolvimento das ações, resultados esperados desta nova equipe e da ESF, a partir da implementação do apoio matricial (Brasil, 2008b).

As equipes começaram a ser contratadas e iniciaram seu apoio à ESF numa lógica do trabalho que foi estabelecida regionalmente, com base em experiências pregressas de atuação de equipes interdisciplinares ampliadas e a partir do entendimento dos gestores locais acerca da proposta.

A Secretaria de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, organizou uma publicação contendo os princípios e diretrizes do NASF, disponibilizada em 2010 no Caderno de Atenção Básica nº 27 da série Normas e Manuais Técnicos. Nos três níveis do governo e entre todos os agentes envolvidos no cuidado à saúde de uma forma mais ampla, não havia clareza sobre as reais intenções do NASF (Brasil, 2010).

Muitos gestores, assim como as equipes da ESF inicialmente se mostraram resistentes ao trabalho do NASF, pois esperavam uma lógica assistencialista tradicional e poucos apostavam neste modelo dialógico e de construção de saberes como qualificador da AB (Reinheimer et al., 2012).

Entre os trabalhadores iniciou-se uma disputa corporativa com a abertura de mercado de trabalho para as diversas profissões da área da saúde. Tal fato somou-se ao desconhecimento da proposta e ao despreparo dos profissionais, resultado de uma formação inicial deficiente, que gera a precarização do trabalho e conseqüente desqualificação da AB. Os Conselhos de Saúde tiveram pouca atuação e participação no início da implantação do NASF e ainda hoje buscam compreender sua forma de

operar o cuidado em saúde e como formalizar espaços de produção deste cuidado.

O perfil profissional, a falta de preparo para a atuação no SUS e o pouco incentivo para a formação e a qualificação de outros profissionais da saúde, além da Enfermagem, Odontologia e Medicina, tornam o processo ainda mais árduo.

“Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções vigentes de atenção à saúde poderão minimizar o descompasso entre a formação e a realidade concreta dos serviços. Somente assim será possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade” (Nascimento, Oliveira, 2010, p.95).

No período de abril a dezembro de 2010, o DAB tomou a iniciativa de capacitar profissionais do NASF, por meio de oficinas que tinham como finalidade a redução da mortalidade infantil e o fortalecimento do processo de implantação do NASF nas regiões Norte, Nordeste e Amazônia Legal. Para isso, recrutou facilitadores de diversas regiões do Brasil, que foram selecionados pela vivência de experiências exitosas na implantação e desenvolvimento do NASF em seus territórios.

Apesar dessas iniciativas, as críticas e as dificuldades de implantação e efetivação da proposta do NASF persistem em muitos contextos, uma vez que ainda enfrenta inúmeros desafios que partem do entendimento desta tecnologia em saúde, por parte dos atores envolvidos – gestores, profissionais e usuários, com interface em questões clínicas, econômicas e sociais que precisam ser monitoradas, evidenciadas e avaliadas no cenário da Saúde Coletiva.

“As equipes NASF devem impulsionar a transformação das práticas de saúde, assim como a incorporação de novas ferramentas de atenção à saúde – na perspectiva da clínica ampliada, visando implementar as ações curativas, preventivas, de promoção e de reabilitação à saúde de forma resolutiva e com qualidade no contexto do Sistema Único de Saúde” (Reinheimer et al., 2012, p. 84).

A compreensão do trabalho do NASF é dificultada devido a problemas estruturais da constituição da rede de atenção à saúde no Brasil, que apresenta uma escassez de serviços especializados. Essa necessidade induz a utilização desses profissionais de forma substitutiva, *“empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função”* (Cunha, Campos, 2011, p.968).

Decorridos alguns anos desde a implantação dos NASF e mesmo após a publicação de outras portarias – Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de AB com revisão das diretrizes e normas da ESF e a Portaria nº 3.124/ 2012 que redefine os parâmetros de vinculação das modalidades de NASF, inúmeros são os problemas vivenciados pelos trabalhadores, que variam desde a falta de clareza sobre seu papel no contexto da ESF até a ausência de instrumentos de avaliação e monitoramento que possam refletir a efetividade de seu processo de trabalho.

De acordo com os parâmetros de vinculação determinados pelo Ministério da Saúde, os municípios podem implantar diferentes modalidades de NASF, a saber: NASF 1, 2 e 3. O primeiro está vinculado e apoia de 5 a 9 equipes de Saúde da Família; o segundo de 3 a 4 e o último de 1 a 2 (Brasil, 2014).

A composição da carga horária mínima da equipe do NASF varia de acordo com sua modalidade: 200h para NASF 1; 120h para NASF 2 e 80h para NASF 3. No caso do NASF 1, que será abordado neste estudo, cada equipe tem em média 6 profissionais de diferentes categorias, com uma carga horária total de 200h.

A equipe do NASF da modalidade 1, pode apoiar até 9 equipes de Saúde da Família, e desta forma, seu processo de trabalho fica dividido, na maioria das vezes, em mais de uma UBS, ou seja, ocorre um rodízio dos profissionais em diferentes UBS ao longo da semana. Este número de equipes de Saúde da Família já demonstra a grande abrangência territorial para o apoio de uma única equipe do NASF, juntamente com a necessidade

de conhecer o perfil epidemiológico dos diferentes territórios, estabelecer vínculos com diversos profissionais e desenvolver ações e intervenções específicas e compartilhadas nos diversos contextos (Brasil, 2014).

A falta de diretrizes de trabalho por parte da maioria dos gestores faz com que o NASF assuma diversas formas em um mesmo município, o que gera mais dúvidas acerca de seu objeto de atuação, além de causar estresse e desgaste dos trabalhadores, uma vez que a falta de entendimento da proposta pode se traduzir em sobrecarga e exigências aos trabalhadores com demandas que não são capazes de responder, em virtude do modelo de trabalho proposto.

O apoio desempenhado pelo NASF às equipes ESF vem trazendo novas reflexões e conquistas no âmbito do cuidado. No entanto, o adoecimento dos profissionais vem tornando-se frequente, o que gera impactos no desempenho profissional, na eficácia do trabalho e na qualidade de vida no trabalho, além de repercussões na vida pessoal. De acordo com Lancman, et al. (2013, p. 970), *“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”*.

Assim, o presente estudo toma como objeto o processo de trabalho do NASF e pretende analisar de forma individual e coletiva a qualidade de vida profissional e o estresse ocupacional dos trabalhadores do NASF, suas implicações para vida pessoal e as estratégias de enfrentamento utilizadas. Parte do pressuposto que a proposta de trabalho do NASF é recente e apresenta um modelo contra-hegemônico de cuidado em saúde no contexto da ESF. A incansável busca dos profissionais do NASF para que este modelo seja compreendido, aceito e efetivado de acordo com suas premissas, cria situações geradoras de estresse e sofrimento, repercutindo negativamente na qualidade de vida no trabalho desses profissionais.

1.3 QUALIDADE DE VIDA

A expressão qualidade de vida (QV) foi utilizada pela primeira vez em 1964, pelo então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson. Ele teria afirmado em seu discurso de início de mandato que os objetivos da economia não podiam ser medidos por meio do balanço dos bancos, mas pela qualidade de vida que proporcionam às pessoas (Fleck, 1999).

Decorrido meio século, o conceito de QV segue sendo um campo de debate, uma vez que existem diversos modelos teóricos que buscam explicá-la e medi-la, a partir de suas interfaces sociais, culturais e biológicas (Gordia et al., 2011). Existem na contemporaneidade três principais concepções de QV, a saber: biomédica, relacionada à saúde; comportamental, relacionada a estilos, hábitos e opções de vida; e social, relacionada à participação dos indivíduos e às ações de cidadania (Reis Júnior, 2008).

O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida de modo subjetivo e multidimensional, como a percepção do indivíduo e de sua posição na vida no contexto cultural e de sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WhoQol group, 1994).

Existe boa qualidade de vida *“quando as esperanças e expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência”*. Assim, a mensuração da QV deve ter como foco o indivíduo e sua experiência de vida – por meio da avaliação dos domínios objetivos, subjetivos e características adaptativas de cada indivíduo, e não apenas de sua condição de vida e saúde (Calman, 1987, p. 26).

Definir QV implica a análise de diversos domínios, como saúde, relações pessoais, segurança financeira, vida em família, ambiente, dentre outros, de tal modo que *“duas avaliações de qualidade de vida jamais podem ser iguais, uma vez que cada avaliação mostra uma experiência*

individual que pode ser limitada pelo ambiente particular do indivíduo ou pelo momento específico” (Fleck et al., 2008, p.30-31).

A QV é um construto que percorre um campo semântico polissêmico e que apresenta características multidimensionais, singulares, subjetivas, intersetoriais e multidisciplinares, o que também torna complexa sua mensuração (Gordia, et al., 2011). A avaliação da QV pressupõe ainda, analisar o contexto sociocultural vivenciado pelo indivíduo, o período histórico e a estratificação social (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

“uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõem a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências de valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural” (Minayo, Hartz, Buss 2000, p.8).

1.4 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O mundo do trabalho vem sofrendo constantes mudanças com o passar dos anos, consequência da segunda Revolução Industrial e da inovação tecnológica crescente, que vem transformando as relações de produção e reprodução social, assim como as relações de trabalho e consequentemente sua interface com a QV.

A década de 70 do século XX foi marcada por um período conflituoso na indústria, com enfrentamentos entre patrões e operários, decorrente da adoção de novas tecnologias nos locais de trabalho, instituição de metas e insatisfação no ambiente de trabalho, fortalecendo as discussões acerca da qualidade de vida no trabalho (QVT) que se tornaram ainda mais relevantes (Lacaz, 2000).

A década de 80 teve como característica as privatizações, a reengenharia de processos e o aumento das horas trabalhadas visando recompensas materiais advindas de um mundo globalizado. Com o desenvolvimento do mundo empresarial e maior competitividade econômica, o conceito de *burnout* foi cunhado para expressar um nível devastador de estresse, trazendo repercussões para a QV e QVT (Cooper, 2005).

A recessão do início da década de 90 provocou uma grande reestruturação do trabalho, como resultado do redimensionamento e da racionalização organizacional, atrelados à velocidade de difusão das informações mediada por tecnologias, que impôs um novo ritmo de trabalho e a exigência de novas competências profissionais (Cooper, 2005).

De acordo com Venson et al. (2013), a QVT engloba inúmeros fatores como: a satisfação com o trabalho realizado; as perspectivas futuras na instituição; o reconhecimento e possibilidade de participação; o salário e os benefícios; liberdade na tomada de decisões e o relacionamento interpessoal.

Na área da saúde, a trajetória e a influência da globalização também passaram a interferir nos contextos organizacionais. A dinamicidade e a complexidade do trabalho em saúde, em resposta às múltiplas necessidades de indivíduos, famílias e grupos sociais provocou a sobrecarga dos trabalhadores, chegando a comprometer sua QVT, uma vez que esta sobrecarga vai além das questões físicas, mas envolve também aspectos emocionais, psicológicos, comportamentais e cognitivos.

Os estudos sobre QVT na área da saúde vêm crescendo, apesar de ainda serem necessárias ferramentas de avaliação apropriadas às singularidades de cada categoria profissional e ao contexto de trabalho. A mensuração da QVT pressupõe a necessidade de identificar antecipadamente indicadores objetivos e subjetivos, oriundos do próprio contexto da prática e a partir da percepção dos trabalhadores acerca do seu trabalho (Kimura, Carandina, 2009).

As mudanças do paradigma de saúde-doença advindas da instituição do SUS provocaram transformações nas práticas de cuidado frente às novas demandas assistenciais. Confrontados com tais pressões e com a intensificação do trabalho, os profissionais de saúde passaram a experimentar sofrimento e até mesmo adoecimento físico e mental (Carvalho, Malagris, 2007).

Com o fortalecimento da APS, novos saberes, competências e práticas passaram a ser exigidas e incorporadas ao trabalho em saúde, na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade, mesmo sem grandes aportes teóricos e vivenciais advindos da formação inicial. O profissional da APS está constantemente submetido à influência de agentes estressores no contexto de trabalho - podendo ter sua QVT comprometida, dada à diversidade de problemas e demandas vivenciados em sua prática, que vão desde problemas estruturais, como falta de materiais, até socioeconômicos, expressos na vulnerabilidade dos usuários assistidos.

O ônus sobre a QVT também diz respeito às organizações e seus processos de trabalho - uma vez que traz consequências para a dinâmica organizacional e afeta o desempenho do trabalhador em suas funções laborais, assim como impacta suas relações interpessoais e familiares, transcendendo o mundo do trabalho.

1.5 ESTRESSE OCUPACIONAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em uma publicação sobre o estresse laboral na América Latina, refere que se trata de uma das grandes epidemias do mundo moderno, principalmente em países em desenvolvimento, por carência de políticas públicas relativas aos riscos psicossociais do trabalho, assim como por estratégias efetivas para seu gerenciamento e controle (OMS, 2008).

O termo estresse disseminou-se de tal forma que foi incorporado ao uso coloquial, muitas vezes como expressão de *estado de espírito ruim*. O modo de vida atual predispõe ao estresse ocupacional e este se tornou uma importante fonte de preocupação, dada à complexidade de sua etiologia e consequências psicossociais que pode gerar (Schmidt et al., 2009).

O estresse pode ser definido como uma reação singular do indivíduo frente à necessidade de uma adaptação, que pode gerar sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. Ao contrário do que muitos pensam, não deve ser combatido, mas controlado por meio de estratégias preventivas, a fim de que não haja prejuízos para a saúde dos indivíduos (Rossi, 2005).

As reações ao estresse no ambiente de trabalho variam de indivíduo para indivíduo, uma vez que estão relacionadas às características individuais, vivências prévias e qualidade das relações interpessoais. Dependem, portanto, da percepção que a pessoa possui de um estressor ou fonte de estresse, que pode ser obstrutivo (negativo) ou desafiador para gerar mudanças (positivo) (Jex et al., 2005).

O estresse pode influenciar o desempenho institucional e do trabalhador, comprometendo sua eficácia e provocando aumento da rotatividade, absenteísmo, acidentes de trabalho e queda na produtividade. Pode ainda afetar a saúde fisiológica, provocando aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca; a saúde emocional, gerando nervosismo e irritabilidade; e cognitiva, com perda de atenção e memória.

A identificação, o tratamento e o desenvolvimento de estratégias de combate ao estresse devem ser observados nos contextos de trabalho, uma vez que pode desencadear sentimentos que variam de uma tristeza profunda à depressão, além de inúmeras doenças. A implementação de formas de prevenção e combate ao estresse no cotidiano da prática profissional deve ser desenvolvida a fim de impactar positivamente na saúde dos profissionais, melhorando sua qualidade de vida (Ribeiro et al., 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Evidenciar aspectos da organização do trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as possíveis repercussões em sua qualidade de vida no trabalho.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o conteúdo do trabalho que realizam;
- Avaliar sua qualidade de vida profissional, nível de estresse e fatores preditores;
- Analisar as percepções sobre situações geradoras de estresse e impactos negativos na qualidade de vida profissional e
- Debater estratégias de enfrentamento para as situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho.

3 MÉTODO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1.1 A Psicopatologia do Trabalho

A Psicopatologia do Trabalho é uma disciplina científica que nasceu na França no pós-guerra e que nos anos 1950-1960 foi utilizada para a investigação clínica de doenças mentais e síndromes provocadas pelo trabalho. Foi fortemente influenciada pela Patologia Profissional, vinculada à Medicina do Trabalho, e pela Toxicologia Industrial, liderada por Louis Le Guillant e psiquiatras como Veil, Sivadon, Fernandes-Zoila e Bégoïn, dentre outros (Dejours, 2011).

Um dos principais nomes da psicodinâmica do trabalho é Christophe Dejours, médico francês com formação em psicossomática e psicanálise, responsável pelo Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação em Paris e docente do *Conservatoire National des Arts et Métiers*. No final da década de 70, Dejours dedicou-se a estudar a psicopatologia do trabalho da classe operária e publicou ensaios e reflexões acerca dos conflitos entre o funcionamento psíquico e a organização do trabalho, tendo como foco as doenças mentais geradas pelo trabalho (Atahyde, 2005).

Em meados dos anos 80, o processo investigativo levou Dejours a buscar formas de superar a visão causal presente na Psicopatologia do Trabalho – que se vale da Psicanálise, da Psicossociologia e a Psicologia e adota uma abordagem subjetiva do sofrimento no trabalho e da evolução das condições de vida e de trabalho (Bueno, Macêdo, 2013).

Para Dejours (2011, p. 63) a Psicopatologia do Trabalho “*parecia naturalmente dedicada à análise, à superação e, eventualmente, ao*

tratamento das doenças mentais”, tendo como foco a Patologia; entretanto, apresentava limites em relação à ação e à mudança da realidade, o que o levou a considerá-la um fracasso teórico-prático. Argumentava que o sofrimento é construtivo da natureza humana, mas historicamente “*só ganha reconhecimento como doença e diagnóstico*”. No contexto do trabalho, tal sofrimento adquiria legitimidade por meio dos muitos rótulos, principalmente as doenças musculoesqueléticas e os transtornos psíquicos. Considerava necessário avançar na compreensão de como os trabalhadores “*vivem o trabalho*” e o sofrimento por ele gerado (Fonseca, 2013, p.122).

Propôs então a criação de uma nova disciplina no campo científico que permitisse realizar a passagem da Patologia, até então focada nas doenças mentais, à normalidade, com especial atenção ao sofrimento do trabalhador e às defesas utilizadas contra esse sofrimento. A normalidade nesse caso não se refere à ausência de doença, mas ao resultado das estratégias defensivas da saúde mental do trabalhador, que são elaboradas para o enfrentamento do que o desestabiliza ou lhe é deletério no mundo do trabalho. Em 1992, Dejours formulou sua proposta de análise psicodinâmica das situações de trabalho ou Psicodinâmica do Trabalho, em que busca problematizar e analisar o sofrimento psíquico gerado na relação homem-trabalho, em face da dinamicidade das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho (Dejours, 2011; Bueno, Macêdo, 2013).

A Psicodinâmica do Trabalho tem como objeto o sofrimento e o prazer e no trabalho e as estratégias defensivas que os trabalhadores lançam mão para se proteger. Tem como premissa que o funcionamento psíquico do ser humano não é divisível. Enquadra-se na epistemologia das ciências histórico-hermenêuticas e sua centralidade são “*os processos intersubjetivos que tornam possível a gestão social das interpretações de trabalho pelos indivíduos, criadoras de atividades, de saber-fazer e modos operatórios novos*” (Dejours, 2011, p. 77).

De acordo com Dejours (1992), o corpo doente como a primeira vítima do trabalho e as manifestações físicas como ponto de impacto da

exploração e vitimização pelo trabalho são uma perspectiva extremamente restrita e limitada, por não explicitar o sofrimento psíquico que advém da organização do trabalho e do conflito psíquico gerado frente à impossibilidade de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos trabalhadores, o que gera um sofrimento patogênico. Diferencia as condições de trabalho – ambiente físico, higiene, segurança, aspectos ergonômicos, das relativas à organização do trabalho – divisão do trabalho, responsabilidades, hierarquia, relações de poder, sistemas de controle, dentre outras (Dejours, 2011).

Com o tempo, a Psicodinâmica do Trabalho desenvolveu-se para se tornar uma teoria acerca do desenvolvimento humano, fundamentada em uma clínica situada entre a Patologia e a organização do trabalho, entre os trabalhadores e as relações sociais, de forma articulada com a Sociologia e com a Teoria Psicanalítica do Sujeito (Dejours, 2011).

Na atualidade, Dejours (2011, p. 59) considera que a definição mais conveniente para Psicodinâmica do Trabalho é a “*análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho*”, cuja investigação denomina *clínica do trabalho*, que objetiva a compreensão da organização do trabalho e de como os trabalhadores sentem e vivenciam o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A normalidade é concebida como produto de uma dinâmica intersubjetiva entre o sofrimento e as defesas contra ele, capaz de construir estratégias defensivas e de superação para atenuar o sofrimento.

“(…) ao propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica do trabalho abre caminho para perspectivas mais amplas (…) não aborda apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna” (Dejours, 2011, p. 64).

Os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho são ressignificados à medida que confrontam a singularidade individual (história de vida, valores e crenças) e coletiva dos sujeitos, suas percepções acerca do mundo

objetivo, da realidade do trabalho e os processos organizativos (Martins, 2008).

3.1.2 O trabalho no contexto da Psicodinâmica

As contínuas transformações no mundo do trabalho na contemporaneidade repercutem diretamente nas condições de saúde e geram sofrimento aos trabalhadores, demandando estudos para compreender a dinâmica desse sofrimento frente à organização do trabalho, assim como o estabelecimento de espaços para a mobilização intersubjetiva dos coletivos, a fim de fortalecer as estratégias defensivas (Martins, Mendes, 2012).

O trabalho é um construto histórico, social e político, uma *“ação transformadora em que se conjugam energias mecânicas e intelectuais (força de trabalho), conforme a finalidade buscada, para a satisfação de necessidades”* (Oliveira, 2004, p.36). Vai além da venda da força de trabalho por uma remuneração, pois exerce papel significativo na estruturação psíquica e nos processos de formação da identidade dos indivíduos (Lancman, 2011). Sua organização fragmentada, padronizada e hierarquizada, tal como empregada no taylorismo e no fordismo, neutraliza a atividade mental dos trabalhadores.

Apenas a partir da década de 80, com a evolução da organização do trabalho, o objetivo do trabalho e a relação trabalhador-atividade ganham espaço de discussão, passando a incluir a dimensão mental dos trabalhadores, dada a presença de uma grande carga intelectual e psicossensorial no trabalho (Dejours, 1992; 1999).

A globalização, a precarização das relações de trabalho, o ritmo acelerado dos avanços tecnológicos e organizacionais impossibilitam *“o acompanhamento cognitivo destas mudanças, criando um processo de desqualificação permanente do trabalhador, de seu saber-fazer e de sua*

experiência acumulada”, o que agrava a relação dos trabalhadores com seu próprio trabalho (Lancman, 2011, p. 34).

Existe uma contradição relacionada à organização do trabalho prescrito e o real e um hiato entre eles, uma vez que a atividade real ou o objetivo a ser cumprido não corresponde necessariamente ao trabalho ou tarefa prescrita. É nesse confronto com o mundo real do trabalho que o trabalhador experimenta o sofrimento e as subjetividades são mobilizadas na tentativa de suprir essa lacuna (Bueno, Macêdo, 2013).

Por mais que haja uma distinção entre a concepção do trabalho – com suas regras, instruções e procedimentos – e sua execução, essa separação não existe na prática, uma vez que o trabalhador não é um mero executor de tarefas e trabalhar não representa apenas produzir, mas se transformar. Assim, o trabalho não pode ser reduzido unicamente à racionalidade técnica e analisado apenas no singular, uma vez que se constrói no coletivo por meio de processos intersubjetivos. Nenhuma organização pode funcionar se os trabalhadores se limitarem apenas à execução dos procedimentos oficiais, posto que a organização do trabalho é um produto das relações sociais (Dejours, 2013).

O trabalho deriva fundamentalmente de iniciativa, disponibilidade, criatividade e inventividade. É menos deletério que sua falta, pois é o mediador do desejo no campo social. Pode ser definido como a criação do novo, uma atividade desenvolvida para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho, uma vez que é nos trabalhadores e em suas práticas que a *inteligência da prática* mostra-se de forma mais pura (Dejours, 2011).

3.1.3 Sofrimento, prazer e estratégias defensivas

Nos atuais contextos laborais, os trabalhadores são mais vulneráveis aos efeitos deletérios do trabalho que no passado, não por questões

psíquicas individuais, mas por fragilidades nas estratégias coletivas e solidárias de defesa. Os principais medos que acarretam sofrimento e constrangimentos aos trabalhadores estão relacionados a demissão, agressões provenientes de usuários, lideranças autoritárias, acidentes, imposições relativas ao tempo e sofrimento devido a repetições contínuas. Tais constrangimentos estão presentes na cultura das organizações em que a gestão é pautada em metas, objetivos, resultados, auditagens e avaliação individualizada do desempenho dos trabalhadores, gerando concorrência, desconfiança, isolacionismo e “*banalização de comportamentos desleais entre colegas*” (Dejours, 2011, p.27).

Os principais elementos do trabalho que geram sofrimento estão relacionados à divisão e à padronização de tarefas, rigidez hierárquica, baixo envolvimento na tomada de decisão, pouca liberdade criativa, subutilização da competência técnica e ausência de reconhecimento (Martins, 2008).

O sofrimento pode estar ligado diretamente à organização do trabalho, mas também pode ser resultado de relacionamentos interpessoais e equipes disfuncionais. Pode ser analisado em duas dimensões: patogênico, quando é capaz de provocar adoecimento por esgotamento dos recursos defensivos, ou criativo, quando preserva a saúde mental do trabalhador, que o utiliza como propulsor para o enfrentamento e a busca de soluções criativas. Nesse último caso, as estratégias defensivas mantêm o indivíduo em equilíbrio psíquico, mesmo que por certo tempo (Dejours, 1992; Zago, 2011).

O sofrimento apresenta um caráter mais individual, enquanto as estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas, quando assumem a forma de cooperação dos trabalhadores contra o sofrimento. A percepção do sofrimento, assim como sua compreensão partem da subjetividade e da singularidade de cada indivíduo, uma vez que “*não conhecemos sofrimentos ou prazeres objetivos*”. Portanto, o sofrimento não é coletivo e não é comum, pois sua elaboração é singular; mas o fato de sofrer que é comum

entre os trabalhadores, sendo que na ação coletiva constrói-se o sentido comum dos sofrimentos vivenciados (Dejours, 2011, p.149).

O sofrimento pode ser o gerador de um processo de alienação ocasionado pelo trabalho e sua organização, na medida em que uma crise psicopatológica influencia e compromete a identidade do indivíduo, remetendo-o conseqüentemente à alienação, que se caracteriza pela extinção dos sinais de resistência frente a uma situação ou processo.

Existem três formas de alienação: mental, cultural e social. A primeira está relacionada à solidão e ocorre quando o indivíduo perde sua relação com a realidade e com o outro; na alienação cultural o reconhecimento ocorre no campo da ilusão e pode ser definida por um vínculo que inclui o reconhecimento do outro, entretanto, distanciado do real. A última sobrevém em situações que o indivíduo estabelece uma relação com o mundo real do trabalho, mas não existe qualquer processo de reconhecimento pelo outro, gerando passividade e processos patogênicos (Sigaut *apud* Dejours, 2011).

A transformação do sofrimento em prazer no trabalho advém da construção da identidade e da realização de si mesmo – conferida pelo olhar e o reconhecimento do outro, principalmente pelos pares. Sem o reconhecimento dos pares não existe desejo e engajamento para a ação, havendo tendência à desmobilização. O reconhecimento é um julgamento relativo ao trabalho realizado e pode ser compreendido como uma retribuição simbólica atribuída pelo fazer, que “*pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo*”, sendo capaz de transformar o sofrimento em prazer (Dejours, 2011, p. 87).

O sofrimento também se transforma em prazer por meio do processo de sublimação, a partir da validação e do julgamento da utilidade - social, econômica ou técnica, e do julgamento estético dos seus pares, que é direcionado sobre o trabalho e seu fazer e não sobre o ser. Sublimar “*não é apenas mobilizar a nossa subjetividade; é ainda – independente de nossa*

vontade - engajar-se na ação para o reconhecimento social do nosso trabalho por nossos pares e pela sociedade” (Dejours, 2011, p. 249).

A possibilidade de se expressar, a criatividade, a flexibilidade na organização do trabalho, o reconhecimento e a realização de uma atividade que faz sentido para o trabalhador são algumas das vivências ligadas ao prazer no trabalho (Martins, 2008). No entanto, algumas delas também são geradoras de sofrimento. Segundo Dejours (2011), existe uma forma de prazer no mundo do trabalho que é transitória, ligada à descoberta de uma nova situação de trabalho; no entanto, a saúde, o prazer, a realização e a identificação profissional são ganhos permanentes que advêm da superação cotidiana do sofrimento. Assim, na Psicodinâmica do Trabalho, a passagem do sofrimento ao prazer é mediada pela dinâmica do trabalho.

“O sofrimento no trabalho começa quando, apesar de seu zelo, o trabalhador não consegue dar conta da tarefa. O prazer, ao contrário, começa quando, graças a seu zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes. Prazer e sofrimento no trabalho não são um suplemento de alma, eles são estritamente indissociáveis do trabalho” (Dejours, 2012, p. 364).

Entre o sofrimento, a doença e o prazer intercalam-se as estratégias defensivas que visam evitar o sofrimento ou transformá-lo em fonte de prazer, contribuindo para a adaptação do indivíduo às pressões, a fim de tornar admissível o que muitas vezes não deveria sê-lo no contexto do trabalho. Essas estratégias também atuam como um freio à reapropriação do sentido do trabalho e à alienação, transformando-as em iniciativa e mobilização criativa (Martins et al., 2006; Dejours, 2011).

As estratégias defensivas podem ser individuais, quando estão interiorizadas e operam independentemente do outro, ou coletivas, quando construídas em grupo, de forma consensuada entre os trabalhadores. Ambas possuem um caráter protetor e adaptativo aos efeitos desestabilizadores e contraditórios advindos do trabalho e podem variar entre os grupos de trabalhadores dentro de uma mesma organização ou instituição, assumindo formas distintas de manifestações sociais (Martins, 2008; Dejours, 2011).

No entanto, essas estratégias “*podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer*”, distanciando o trabalhador de seu objeto de ação e comprometendo a humanização e a integralidade das práticas em saúde (Dejours, 1999, p. 36).

Prazer, sofrimento e estratégias defensivas no trabalho são determinados por uma dinâmica estabelecida entre um conjunto de condições ligadas à organização do trabalho e à história de vida do trabalhador (Martins, 2008; Fonseca, 2013).

“Entender a influência da organização do trabalho na qualidade de vida, na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico, no desgaste e no aborrecimento dos trabalhadores é de fundamental importância não somente para a compreensão e para a intervenção em situação de trabalho que possam acarretar diversas formas de sofrimento, mas para a superação e a transformação destas organizações” (Lancman, 2011, p. 42).

O referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho permite clarificar o processo e a organização do trabalho, assim como a compreensão das situações geradoras de estresse e sofrimento e as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais, a fim de preservar sua qualidade de vida no cotidiano do trabalho.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quanti-qualitativa, ancorada no marco teórico-metodológico da Saúde Coletiva e na hermenêutica-dialética. Abordagens quantitativas e qualitativas são necessárias em alguns estudos e devem ser utilizadas como complementares, uma vez que em ambas existem insuficiências para abarcar a realidade dos fenômenos sob investigação. “*O estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice versa*” (Minayo, Sanchez, 1993 p. 247).

Na abordagem qualitativa, a subjetividade e o simbolismo estão presentes e o caráter científico da pesquisa não é um dado *a priori*, estabelecido por modelos e normas rígidas a serem seguidas, mas é resultado de um processo que tem história e poderia ter acontecido de outra forma se as circunstâncias fossem outras. A pesquisa qualitativa proporciona uma compreensão aprofundada das percepções e representações dos sujeitos envolvidos na pesquisa (Minayo, 2008).

A escolha da hermenêutica dialética deveu-se à necessidade de buscar e compreender o significado do trabalho no NASF, assim como o estresse e o sofrimento que podem comprometer a qualidade de vida profissional. A compreensão do sentido que está oculto antecede a análise e a síntese, com vistas à interpretação dos processos de trabalho que se apresentam e a essência das relações nesta perspectiva. Os depoimentos dos sujeitos precisam ser compreendidos e analisados dialeticamente, como resultante de um processo social e histórico. A hermenêutica busca o sentido de um determinado grupo no tempo e cultura presentes, interpretando o ser que compreende e aquilo que é compreendido (Minayo, 2008).

O método escolhido foi o estudo de caso, em que, na perspectiva qualitativa, o objeto de investigação é uma *unidade* que se analisa profundamente (Triviños, 1987). É de grande utilidade em pesquisas exploratórias de novos processos ou comportamentos, uma vez que apresenta a relevante “*função de gerar hipóteses e construir teorias*” (Ventura, 2007, p.386).

O estudo de caso pode ser definido como um estudo empírico que “*investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos*” (Yin, 2004, p. 32). Com ele, “*busca-se, criativamente, apreender a totalidade de uma situação – identificar e analisar a multiplicidade de dimensões que envolvem o caso – e, de maneira engenhosa, descrever, compreender, discutir e analisar a complexidade de um caso*”

concreto, construindo uma teoria que possa explicá-lo e prevê-lo” (Martins, 2008, p. 10).

A fase exploratória do estudo tem por finalidade saber como determinado fenômeno manifesta-se, por meio de uma visão ampliada e aprofundada (Dynieswicz, 2009). Frente à complexidade da realidade contida na dinâmica que permeia o objeto, a pesquisa qualitativa contribui para compreensão de suas diversas nuances, permitindo elucidar aspectos revelados pela análise quantitativa.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina, que é responsável pela gestão de diversos serviços públicos de saúde na região leste do município de São Paulo, desde a municipalização em 2001.

A parceria desta instituição com a Prefeitura Municipal de São Paulo dá-se sob a forma de convênio em algumas regiões como Itaquera e São Miguel Paulista e contrato de gestão em outras: Itaim Paulista, Cidade Tiradentes e Guaianases.

Em 2009, foram implantadas equipes de NASF nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família nas regiões de São Miguel Paulista, Itaquera, Cidade Tiradentes, Guaianases e Itaim Paulista.

As categorias profissionais que compuseram cada uma das equipes NASF foram definidas na época pelas Supervisões Técnicas de Saúde de cada região e a construção do perfil de competência, e, posterior processo seletivo, foi realizado pela Gestão de Pessoas, em parceria com a Assessoria Técnica, da APS Santa Marcelina. Atualmente a instituição conta com 18 equipes NASF distribuídas em 56 UBS com ESF, totalizando 145 profissionais do NASF.

Em consonância com a Portaria nº 154, foram contratados profissionais de diversas categorias profissionais, a saber: assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, além de médicos acupunturistas, ginecologistas, homeopatas, pediatras e psiquiatras. Esses profissionais passaram por uma semana inicial de imersão com a Assessoria Técnica, a fim de que alguns conceitos teóricos organizacionais fossem alinhados, o que incluiu a discussão de temas como políticas públicas de saúde, determinação social do processo saúde doença, trabalho em equipe, território, dentre outros. Nesse momento foi possível problematizar o processo de trabalho da ESF, o que deu subsídios para o início do trabalho do NASF junto às equipes de saúde da família nos diversos contextos.

Os gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as equipes foram sensibilizadas sobre o novo modelo que estava sendo proposto com a chegada do NASF. No entanto, muitas foram as dúvidas que surgiram ao longo do processo e muitos desafios precisavam (e ainda precisam) ser enfrentados, principalmente no que diz respeito à lógica de trabalho ambulatorial tradicional - de encaminhamentos, numa perspectiva de referência e contra-referência.

Ao longo dos cinco anos de implantação do NASF foram utilizadas diversas estratégias de empoderamento de todos os envolvidos - profissionais, gestores e usuários, a fim de elucidar o papel do NASF e fortalecer a compreensão acerca de seu modelo de atenção, para sua efetiva implantação. Dentre as estratégias é possível elencar diversas reuniões com a diretoria da APS, supervisões técnicas de saúde, gerentes, apoiadores institucionais, conselho gestor local de cada UBS, equipes de saúde da família, gestão de pessoas e educação permanente da APS Santa Marcelina, entre os profissionais do NASF - por categoria profissional e entre os diversos parceiros do município de São Paulo.

3.4 SUJEITOS DO ESTUDO

A população do estudo foi composta pelos trabalhadores do NASF da APS Santa Marcelina, que estão distribuídos nas 05 regiões supracitadas - incluindo os coordenadores do NASF, perfazendo um total de 76 profissionais, a saber: 15 de Cidade Tiradentes; 10 de Guaianases; 16 de Itaquera, 24 de Itaim Paulista e 11 de São Miguel Paulista. Todos foram convidados a participar do estudo e informados acerca dos objetivos do mesmo em reunião geral por região e não foi feita nenhuma restrição à formação profissional para participação.

Foram excluídos do estudo os trabalhadores com tempo de trabalho no NASF inferior a seis meses e os que estavam ausentes por motivo de férias, afastamento ou por incompatibilidade do horário de trabalho no momento da coleta de dados.

3.5 ETAPAS DO TRABALHO E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Não foi possível caracterizar a rotatividade dos profissionais do NASF, o número de afastamentos por adoecimento, assim como as causas e motivos para a ocorrência destes episódios, pois a não houve permissão da instituição para isso.

Assim, na primeira etapa do estudo, buscou-se realizar uma análise do cenário de implantação e implementação do NASF na APS Santa Marcelina, a fim de identificar o número de profissionais em cada equipe NASF, constituição da interprofissionalidade, a dinâmica e o processo de trabalho de acordo com os pressupostos do NASF.

A segunda etapa teve caráter exploratório e ocorreu no período entre março e abril de 2013, mediante a aplicação de três instrumentos à totalidade dos sujeitos do estudo:

1. Instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores (Apêndice 1);
2. Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) (Anexos 1 e 2);
3. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) (Anexo 3).

O QVP-35 é um instrumento que fornece uma medida multidimensional da percepção do trabalhador acerca de sua qualidade de vida profissional (Martín et al., 2004). A Qualidade de Vida Profissional é definida como a experiência de bem estar, secundária à noção de equilíbrio entre as cargas de trabalho e os recursos individuais e organizacionais disponíveis para enfrentá-las (Cabezas-Peña, 2000). Foi validado para utilização no Brasil por Guimarães et al. (2004).

É composto por 35 questões fechadas, distribuídas em oito dimensões, a saber: desconforto relacionado ao trabalho (DRT), apoio organizacional (AO), carga de trabalho (CT), recursos relacionados ao trabalho (RT), apoio social (AS), motivação intrínseca (MI), capacitação para realização do trabalho (CRT) e percepção sobre a qualidade de vida no trabalho (QVT).

Os itens que o compõem estão dispostos em escala de Likert de 1 a 10, agrupados em oito dimensões que medem diferentes aspectos de qualidade de vida profissional, a partir da percepção do trabalhador sobre suas condições de trabalho.

Cada uma das dimensões possui questões relacionadas: DRT (questões 1 a 5); AO (questões 6 a 15); CT (questões 16 a 20); RT (questões 21 a 24); AO (questões 25 a 27); MI (questões 28 a 31); CRT (questões 32 a 34) e QVT (questão 35). Para cada uma das questões deve ser atribuído o valor correspondente a percepção do trabalhador (1 corresponde a nada ou nenhuma e 10 muito). É feita a somatória e a média dos valores para cada

uma das dimensões. Desta forma, é possível obter o escore por dimensão a partir da classificação: nada (1-2); pouco (3-5); bastante (6-8) e muito (9-10). Posteriormente, as dimensões são reagrupadas em 3 novas dimensões (apoio organizacional, motivação intrínseca e carga de trabalho), além da qualidade de vida no trabalho para que a realização da média final.

O ISSL foi validado em 1994 por Lipp e Guevara e baseou-se no modelo trifásico do estresse (fase de alerta, resistência e exaustão) proposto por Selye em 1936. Tem como objetivo detectar a presença de estresse e identificar a predominância de sintomas físicos e psicológicos apresentados em cada uma de suas fases, por meio de uma medida quantificável da sintomatologia do estresse em adultos. É considerado um modelo quadrifásico, uma vez que uma quarta fase - a de quase exaustão foi incorporada ao modelo inicial, a partir de achados clínicos e estatísticos, situada entre a fase da resistência e a da exaustão. É composta por quadros relativos aos sintomas físicos e psicológicos apresentados: nas últimas 24 horas (fase do alerta: quadro 1 - Q1); na última semana (fase de resistência e quase exaustão: quadro 2 - Q2) e no último mês (fase de exaustão: quadro 3 - Q3) e pode ser aplicado individual ou coletivamente (Lipp, 2000).

A fase do alerta é considerada a fase positiva do estresse, pois motiva o indivíduo e prepara-o para a ação. A de resistência instala-se quando a fase de alerta mantém-se por longos períodos ou quando surgem novos estressores. A fase de quase exaustão ocorre quando a tensão ultrapassa o limite controlável e a ansiedade surge, gerando desconforto e instabilidade emocional. Já a fase de exaustão é caracterizada como patológica e a mais negativa do estresse, devido a possibilidade do surgimento de doenças mais graves (Lipp, 2000).

O instrumento é constituído por questões binárias (sim/não) sobre presença de sintomas, separados em três partes (Q1, Q2 e Q3). Considera-se que o indivíduo avaliado apresenta sinais de estresse se o escore bruto for maior que 6 em Q1; maior que 3 em Q2 e maior que 8 em Q3.

Na terceira etapa, de delineamento qualitativo, foram realizados três grupos focais, que ocorreram no período de junho a agosto de 2014. A união dos sujeitos para participação em um grupo focal “*produz mais informações com maior diversidade, profundidade e riqueza de detalhes de respostas do que a somatória de respostas individuais recuperadas com a aplicação de técnicas individuais de coleta de dados*” (Bocato, Ferreira, 2014, p. 51).

“[O grupo focal] proporciona ao pesquisador a captura de manifestações da subjetividade dos participantes em seu contexto social, através dos processos de interação individual e grupal, por oportunizar de forma simultânea aos mesmos a administração de suas identidades e fazerem uma representação coletiva para o entrevistador” (Silva et al., 2013, p.402).

Foi utilizado um roteiro de questões norteadoras previamente elaboradas a partir dos objetivos, a fim de acessar representações, conceitos e significados relativos ao trabalho no NASF (Apêndice 2).

Os profissionais foram contatados e convidados a participar. Foram divididos em grupos de no mínimo seis e máximo doze pessoas, tal como preconiza Minayo (2008). Para compor o grupo 1, foram identificados os profissionais de cada uma das regiões que apresentaram menores índices na percepção sobre a qualidade de vida no trabalho (1 a 5) de acordo com os resultados do QVP-35 e de estresse associado segundo o ISSL. Dezoito profissionais com este perfil foram identificados para compor o grupo 1, no entanto, apenas 10 continuavam trabalhando no NASF quando o grupo focal foi agendado, uma vez que alguns já haviam se desligado da instituição ou mudado de função e outros estavam em férias nesse período. Assim, contou-se com a participação de oito profissionais. Os grupos 2 e 3 tiveram a participação de profissionais que apresentaram apenas sintomas de estresse. Dos 20 profissionais com sintomas de estresse, apenas 16 permaneciam em suas atividades profissionais no NASF e desses, devido a férias, afastamento e incompatibilidade de agenda, foi possível contar com 12 nos grupos focais.

Desta forma, o total de participantes nos grupos focais foi 20, assim distribuídos:

- Grupo 1: oito profissionais que apresentaram sintomas de estresse e comprometimento da percepção sobre a qualidade de vida no trabalho;
- Grupo 2 e 3: seis profissionais em cada um, que apresentaram apenas sintomas de estresse.

3.6 TRATAMENTO DO MATERIAL EMPÍRICO

Para a digitação dos questionários utilizou-se o programa EPI-INFO versão 6.4 e para análise das informações o EPI-INFO 2000, de domínio público.

Os dados resultantes da aplicação ISSL (Lipp, 2000) foram digitados, corrigidos e interpretados por uma psicóloga, por meio de um programa informatizado e gratuito, disponível na web pela Casa do Psicólogo.

Os dados oriundos do QVP-35 foram armazenados em arquivos de dados como Excel[®], tabulados e analisados com auxílio do software estatístico R versão 3.1.0. (R Core Team, 2014) e o teste Qui-quadrado foi utilizado considerando o nível de significância de 5%. Variáveis contínuas foram apresentadas por meio de estatística de posição (média e mediana) e dispersão (desvio padrão). Já a distribuição de variáveis categóricas (como sexo e a distribuição dos sintomas do ISSL) foi apresentada por meio de frequências absolutas e percentual. A relação da formação profissional e do sexo dos trabalhadores com a presença de estresse foi avaliada com o uso do teste estatístico do Qui-quadrado (Bussasb, Morettin, 2006).

Os dados qualitativos resultante dos grupos focais foram gravados, transcritos e submetidos a repetidas leituras visando à elaboração das

categorias empíricas. Para o tratamento dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo preconizada por Bardin (2002), que se vale de um conjunto de técnicas de análise da comunicação dos sujeitos e procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Contém três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, produzindo assim sentidos e significados a partir da inferência e da interpretação (Bardin, 2002).

Para a construção dos núcleos de sentido buscou-se identificar as estruturas de relevância dos sujeitos, assim como as ideias centrais presentes nos discursos, (Minayo, 2008) posteriormente analisadas à luz da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o parecer de nº 205.892 e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob o parecer de nº 597.535-0 (Anexos 4 e 5). Foi também autorizado pelo setor de pesquisa da APS Santa Marcelina e Coordenadoria Regional de Saúde Leste (Anexos 6 e 7).

Após aprovação, os sujeitos foram contatados e convidados a integrar o estudo. Após serem esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa, manifestaram sua concordância em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3).

4 RESULTADOS

4.1 RESULTADOS PROVENIENTES DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL, QVP-35 E ISSL

As Tabelas 1 e 2 apresentam a estatística descritiva da amostra. A tabela 1 destaca a descrição relativa a idade, tempo de formação e tempo de atuação no NASF. Dos 76 sujeitos, 74 possuíam idade inferior a 43 anos e tempo médio de formação profissional de 8,1 anos. Entretanto, observa-se que esses valores seriam menores se não houvesse um profissional com 40 anos de formação, enquanto os demais 75 apresentam tempo de formação inferior a 19 anos.

Quanto ao tempo de atuação no NASF, observa-se que aproximadamente 75% dos sujeitos possuem tempo de atuação inferior a 3 anos e meio. Destaca-se que a dispersão na variável tempo de atuação no NASF é relativamente maior que as demais, quando se consideram os valores mínimos e máximos de cada variável.

Tabela 1 - Estatística descritiva das variáveis de caracterização da amostra. São Paulo, 2015.

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	76	23	64	32,2	6,9
Tempo de Formação (anos)	74	1	40	8,1	5,8
Tempo de atuação no NASF (meses)	75	6	50	25,9	15,1

Os participantes eram na maioria mulheres (85,5%), solteiras (60,5%), com diferentes formações profissionais, sendo que quatro exerciam função de coordenação do NASF no momento da coleta; 84,2% havia realizado pós-graduação *senso lato*, predominantemente na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva (26,3%) ou Saúde da Família (21,1%) e 5,3% havia

concluído o Mestrado. Um único integrante atuava em outro NASF no Município, porém 64,5 % tinha outro vínculo empregatício (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis de caracterização da amostra. São Paulo, 2015.

VARIÁVEL		n =76	%
Sexo	Feminino	65	85,5
	Masculino	11	14,5
Estado Civil	Casado(a)	28	36,9
	Divorciado(a)	2	2,6
	Solteiro(a)	46	60,5
Formação Profissional	Assistente social	8	10,6
	Educador físico	12	15,8
	Enfermeiro(a)	1	1,3
	Fisioterapeuta	12	15,8
	Fonoaudiólogo	14	18,4
	Médico psiquiatra	1	1,3
	Nutricionista	9	11,8
	Psicólogo	13	17,1
	Terapeuta ocupacional	6	7,9
Função NASF	Assistente social	8	10,5
	Coordenador(a) NASF	4	5,3
	Educador físico	12	15,8
	Fisioterapeuta	12	15,8
	Fonoaudiólogo	12	15,8
	Médico psiquiatra	1	1,3
	Nutricionista	9	11,8
	Psicólogo	12	15,8
Terapeuta ocupacional	6	7,9	
Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	Não	12	15,8
	Sim	64	84,2
Área de Pós-graduação <i>Lato Sensu</i>	Fisiologia do exercício	1	1,4
	Gerontologia	1	1,3
	Gestão em Saúde	2	2,6
	Outros	22	28,9
	Rede de Cuidados	1	1,3
	Saúde da Família	16	21,1
	Saúde Mental	1	1,3
	Saúde Pública/Coletiva	20	26,3
	Sem informação (Sem pós)	12	15,8
Mestrado	Não	72	94,7
	Sim	4	5,3

Continua

VARIÁVEL		Continuação	
		n =76	%
Atua em outro NASF	Não	69	90,8
	Sim	1	1,3
	Sem informação	6	7,9
Tem outro vínculo	Não	49	64,5
	Sim	25	32,9
	Sem informação	2	2,6

A Tabela 3 apresenta estatística descritiva de cada item do questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35). Os itens a seguir apresentaram média com escores altos (acima de 7) e desvio padrão inferior a 2, o que indica que são relevantes e que há consenso entre os sujeitos estudados quanto a sua importância:

- Quantidade de trabalho;
- Estresse;
- Meu trabalho é importante para a vida das pessoas;
- Carga de responsabilidade;
- O que eu tenho que fazer fica claro;
- Apoio (família e colegas);
- Vontade de ser criativo;
- Orgulho do trabalho;
- Motivação;
- Satisfação com o trabalho;
- Estou capacitado para realizar meu trabalho;
- Exige-se capacitação para realizar meu trabalho.

Dentre eles, os mais valorizados pelos sujeitos, com média acima de 8,5 foram: *meu trabalho é importante para a vida das pessoas, carga de*

responsabilidade, apoio da família, orgulho do trabalho, estou capacitado para realizar meu trabalho e exige-se capacitação para realizar meu trabalho.

Outro aspecto evidenciado pelos dados refere-se ao item *estou capacitado para realizar o meu trabalho*, que apresentou maior escore mínimo (6) e menor desvio padrão (1,05), revelando maior consenso entre todos os itens do questionário.

Tabela 3 - Estatística descritiva dos itens do QVP-35. São Paulo, 2015.

Item QVP-35	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Interrupções Incomodas	75	1	10	5,43	2,53
Consequências Negativas para a Saúde	75	1	9	5,55	2,16
Falta de Tempo para a Vida Pessoal	75	1	10	5,51	2,77
Desconforto Físico no Trabalho	75	1	10	5,24	2,52
Conflitos com outras Pessoas	76	1	10	3,50	2,18
Trabalho Diversificado	75	1	10	6,16	2,43
Possibilidade de Expressar o que Penso e Preciso	76	1	10	5,68	2,25
Apoio de meus Superiores	75	1	10	6,39	2,50
Possibilidade de que minhas Propostas Ouvidas e Aplicadas	75	1	10	6,11	2,39
Satisfação com o Salário	75	1	10	5,93	2,27
Possibilidade de ser Criativo	73	3	10	7,33	1,67
A empresa se preocupa em Melhorar minha Qualidade de Vida	76	1	10	4,30	2,14
Reconhecimento de meu Esforço	76	1	10	5,32	2,17
Recebo informações sobre os Resultados do meu Trabalho	76	1	10	5,45	2,30
Possibilidade de Promoção	76	1	10	4,38	2,56
Quantidade de Trabalho	76	3	10	8,12	1,65
Estresse (esforço emocional)	76	3	10	7,54	1,98
Rapidez e “Afobação”	76	4	10	6,91	1,74
Pressão recebida para realizar meu Trabalho	76	2	10	6,49	2,02
Pressão recebida para manter a Qualidade do Trabalho	76	1	10	6,55	2,28
Meu Trabalho é Importante para a Vida de outras Pessoas	76	2	10	9,26	1,26
Carga de Responsabilidade	76	5	10	8,82	1,15
O que eu tenho que fazer fica claro	75	1	10	7,53	1,73
Autonomia ou liberdade de decisão	76	2	10	6,61	1,92
Apoio de minha Família	76	1	10	8,84	1,86
Apoio de meus Colegas	76	1	10	8,41	1,84
Apoio de meus Subordinados (restrito a coordenadores)	14	2	10	8,14	2,21
Vontade de ser Criativo	76	3	10	8,09	1,60
Orgulho do Trabalho	76	3	10	8,74	1,34
Motivação (vontade de melhorar no trabalho)	76	3	10	8,42	1,54
Satisfação com o Trabalho	76	3	10	7,55	1,39
Estou Capacitado para realizar meu trabalho	75	6	10	8,75	1,05
Exige-se Capacitação para realizar meu trabalho	76	4	10	8,78	1,33
Desligo-me ao final da Jornada de Trabalho	76	1	10	6,47	2,31
Percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho	76	1	10	5,91	2,40

A Tabela 4 apresenta a distribuição das respostas relativas à manifestação de sintomas físicos e psicológicos do ISSL nas últimas 24h

(primeiro bloco - Q1), na última semana (segundo bloco - Q2) e no último mês (terceiro bloco - Q3). Destacam-se a tensão muscular e o desgaste físico constante presentes em 63,2% dos sujeitos, seguido de cansaço constante em 55,3% e cansaço excessivo em 53,9%. Os sintomas menos presentes (menos de 5%) foram: taquicardia e hipertensão (3,9%), presença de úlcera ou tiques e impossibilidade de trabalhar (2,6%).

Tabela 4 - Distribuição de frequência dos sintomas do ISSL. São Paulo, 2015.

Item ISSL	Não (Falso)		Sim (Verdadeiro)	
	N	%	N	%
Mãos e pés frios	69	90,8	7	9,2
Boca seca	70	92,1	6	7,9
Nó no estômago	55	72,4	21	27,6
Aumento de sudorese	66	86,8	10	13,2
Tensão muscular	28	36,8	48	63,2
Aperto da mandíbula	57	75,0	19	25,0
Diarreia passageira	66	86,8	10	13,2
Insônia	57	75,0	19	25,0
Taquicardia	73	96,1	3	3,9
Hiperventilação	70	92,1	6	7,9
Hipertensão arterial súbita e passageira	73	96,1	3	3,9
Mudança de apetite	58	76,3	18	23,7
Aumento súbito de motivação	65	85,5	11	14,5
Entusiasmo súbito	71	93,4	5	6,6
Vontade súbita de iniciar novos projetos	48	63,2	28	36,8
Problemas com a memória	40	52,6	36	47,4
Mal-estar generalizado sem causa específica	57	75,0	19	25,0
Formigamento das extremidades	71	93,4	5	6,6
Sensação de desgaste físico constante	28	36,8	48	63,2
Mudança de apetite	59	77,6	17	22,4
Aparecimento de problemas dermatológicos	66	86,8	10	13,2
Hipertensão arterial	72	94,7	4	5,3
Cansaço constante	34	44,7	42	55,3

Continua

Continuação

Item ISSL	Não (Falso)		Sim (Verdadeiro)	
	N	%	N	%
Aparecimento de úlcera	74	97,4	2	2,6
Tontura/Sensação de estar flutuando	66	86,8	10	13,2
Sensibilidade emotiva excessiva	55	72,4	21	27,6
Dúvida quanto a si próprio	63	82,9	13	17,1
Pensar constantemente em um só assunto	51	67,1	25	32,9
Irritabilidade excessiva	55	72,4	21	27,6
Diminuição da libido	70	92,1	6	7,9
Diarreia frequente	69	90,8	7	9,2
Dificuldades sexuais	72	94,7	4	5,3
Insônia	49	64,5	27	35,5
Náusea	69	90,8	7	9,2
Tiques	74	97,4	2	2,6
Hipertensão arterial continuada	71	93,4	5	6,6
Problemas dermatológicos prolongados	65	85,5	11	14,5
Mudança extrema de apetite	69	90,8	7	9,2
Excesso de gases	59	77,6	17	22,4
Tontura frequente	72	94,7	4	5,3
Úlcera	74	97,4	2	2,6
Enfarte	76	100	0	0,0
Impossibilidade de trabalhar	74	97,4	2	2,6
Pesadelos	63	82,9	13	17,1
Sensação de incompetência em todas as áreas	69	90,8	7	9,2
Vontade de fugir de tudo	63	82,9	13	17,1
Apatia, depressão ou raiva prolongada	69	90,8	7	9,2
Cansaço excessivo	35	46,1	41	53,9
Pensar/Falar constantemente em um só assunto	64	84,2	12	15,8
Irritabilidade sem causa aparente	60	78,9	16	21,1
Angústia/Ansiedade diária	51	67,1	25	32,9
Hipersensibilidade emotiva	63	82,9	13	17,1
Perda do senso de humor	67	88,2	9	11,8

A Tabela 5 apresenta os dados estatísticos relativos aos sinais de estresse manifestados nos diferentes períodos em cada uma das partes do ISSL. Em relação à Q1 (fase de alerta), embora tenha sido observado indivíduos com mais de 6 sintomas, a média de 2,82 sintomas e a mediana 2,0 indicam que mais de 50% dos sujeitos não apresentaram estresse nas

últimas 24 horas. No grupo de questões do Q2, indicativo da fase de resistência, observa-se um dado distinto, uma vez que a média de 3,67 sintomas e o desvio padrão de 2,18, indicam que em torno de 50% dos sujeitos apresentaram estresse na última semana (relato de 4 a 9 sintomas). Em relação a Q3, a média de 3,30 e o desvio padrão de 2,75 indicam que em torno de 20% dos sujeitos apresentava sintomas de estresse na fase de exaustão.

Tabela 5 - Estatística descritiva do número de sintomas do ISSL por domínio. São Paulo, 2015.

Domínio ISSL	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Mediana
Q1	76	0,00	8,00	2,82	1,91	2,00
Q2	76	0,00	10,00	3,67	2,18	3,00
Q3	76	0,00	11,00	3,30	2,75	3,00

A amostra apresentou exatos 50% (38 sujeitos) com estresse. Destes, 20 (52,6%) tem predominância de sintomas físicos e 18 (47,4%) de sintomas psicológicos. Embora algumas médias apontem para diferenças entre os sujeitos com e sem estresse, os desvios-padrão indicam que estas diferenças não são significativas na avaliação do QVP-35.

Tabela 6 - Comparação entre médias das dimensões do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo ISSL. São Paulo, 2015.

Domínio QVP-35	Não (n=38)		Sim (n=38)		Total (n=76)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desconforto relacionado ao trabalho (DRT)	4,78	1,63	5,29	1,55	5,03	1,60
Apoio organizacional (AO)	5,72	1,37	5,67	1,49	5,69	1,42
Carga de trabalho (CT)	6,93	1,50	7,31	1,46	7,12	1,48
Recursos relacionados ao Trabalho (RRT)	7,98	0,95	8,12	0,86	8,05	0,90
Apoio social (AS)	8,86	1,20	8,25	1,82	8,55	1,56
Motivação Intrínseca (MI)	8,27	0,98	8,13	1,23	8,20	1,11
Capacitação para a realização do Trabalho (CRT)	7,91	1,03	8,06	0,78	7,98	0,91
Percepção da qualidade de vida no trabalho (QVT)	6,32	2,19	5,50	2,55	5,91	2,40
Média AO	5,98	1,27	5,93	1,36	5,95	1,31
Média MI	8,40	0,76	8,41	0,66	8,41	0,71
Média CT	5,88	1,16	6,09	0,91	5,98	1,04

As Tabelas 7, 8 e 9 comparam os domínios de QVP-35 segundo cortes do ISSL para cada uma das três partes que o compõem (Q1, Q2 e Q3). Nas duas primeiras (Q1 e Q2), não se nota diferença significativa no QVP-35 dos dois grupos (com e sem estresse), uma vez que as médias e os desvios padrão apresentam valores similares. Entretanto, na tabela 9, apenas quatro sujeitos apresentaram mais de oito sintomas e, nesses casos, a dimensão da carga de trabalho apresentou média superior quando comparada a dos demais sujeitos (8,65 contra 7,01). Em relação à dimensão do apoio organizacional, a média é inferior (3,77 contra 5,81) e a motivação intrínseca também é inferior (6,62 contra 8,27). Tais indivíduos relataram uma maior carga de trabalho e, em contrapartida, menor apoio organizacional e sentiam-se menos motivados para o trabalho.

Tabela 7 - Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q1 do ISSL. São Paulo, 2015.

Domínio QVP-35	Q1 <= 6 (n=73)		Q1 >6 (n=3)		Total (n=76)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desconforto relacionado ao Trabalho (DRT)	5,00	1,62	5,93	0,92	5,03	1,60
Apoio Organizacional (AO)	5,69	1,41	5,80	2,03	5,69	1,42
Carga de Trabalho (CT)	7,14	1,43	6,73	2,83	7,12	1,48
Recursos relacionados ao Trabalho (RRT)	8,07	0,89	7,58	1,13	8,05	0,90
Apoio Social (AS)	8,60	1,53	7,33	2,31	8,55	1,56
Motivação Intrínseca (MI)	8,18	1,12	8,75	0,50	8,20	1,11
Capacitação para a realização do Trabalho (CRT)	8,00	0,88	7,50	1,74	7,98	0,91
Percepção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)	5,97	2,36	4,33	3,51	5,91	2,40
Média AO	5,95	1,29	6,00	2,13	5,95	1,31
Média MI	8,42	0,69	8,13	1,21	8,41	0,71
Média CT	6,00	1,05	5,58	0,50	5,98	1,04

Tabela 8 - Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q2 do ISSL. São Paulo, 2015.

Domínio QVP-35	Q2 <= 3 (n=39)		Q2 > 3 (n=37)		Total (n=76)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desconforto relacionado ao Trabalho (DRT)	4,77	1,61	5,31	1,57	5,03	1,60
Apoio Organizacional (AO)	5,71	1,35	5,68	1,51	5,69	1,42
Carga de Trabalho (CT)	6,97	1,50	7,28	1,46	7,12	1,48
Recursos relacionados ao Trabalho (RRT)	7,99	0,94	8,11	0,87	8,05	0,90
Apoio Social (AS)	8,83	1,19	8,25	1,84	8,55	1,56
Motivação Intrínseca (MI)	8,29	0,98	8,10	1,24	8,20	1,11
Capacitação para a realização do Trabalho (CRT)	7,94	1,03	8,03	0,78	7,98	0,91
Percepção da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)	6,31	2,17	5,49	2,59	5,91	2,40
Média AO	5,97	1,25	5,93	1,38	5,95	1,31
Média MI	8,41	0,76	8,40	0,66	8,41	0,71
Média CT	5,90	1,15	6,07	0,91	5,98	1,04

Tabela 9 - Comparação entre médias das dimensões do QVP-35 segundo presença de estresse indicado pelo Q3 do ISSL. São Paulo, 2015.

Domínio QVP-35	Q3 ≤ 8 (n=71)		Q3 > 8 (n=4)		Total (n=76)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Desconforto relacionado ao trabalho (DRT)	4,97	1,58	6,20	2,05	5,04	1,61
Apoio organizacional (AO)	5,81	1,38	3,77	0,83	5,70	1,43
Carga de trabalho (CT)	7,01	1,44	8,65	1,48	7,10	1,48
Recursos relacionados ao trabalho (RRT)	8,08	0,88	7,50	1,24	8,05	0,90
Apoio social (AS)	8,55	1,60	8,62	1,11	8,56	1,57
Motivação Intrínseca (MI)	8,27	0,93	6,62	2,59	8,19	1,11
Capacitação para a realização do trabalho (CRT)	7,99	0,91	7,58	1,10	7,97	0,91
Percepção da qualidade de vida no trabalho (QVT)	5,99	2,31	4,50	4,04	5,91	2,42
Média AO	6,06	1,27	4,15	0,70	5,96	1,32
Média MI	8,43	0,70	7,90	0,80	8,40	0,71
Média CT	5,96	1,02	6,15	1,52	5,97	1,04

As Tabelas 10 e 11 comparam a presença de estresse segundo ISSL por formação profissional e sexo. Utilizando o teste do Qui-quadrado, obtivemos o valor de $p=0,47$, o que indica que não há evidências suficientes para afirmar que estas variáveis influenciem na presença de estresse, uma vez que para isso seria necessário um valor de $p<0,05$ (Bussab Morettin, 2006). Como o tamanho da amostra é pequeno e dada a diversidade das categorias profissionais, não podemos concluir qualquer relação entre estas e a presença de estresse.

Tabela 10 - Presença de estresse segundo ISSL por formação profissional. São Paulo, 2015.

Formação profissional	Apresenta estresse segundo ISSL				
	Não		Sim		Total
	N	%	N	%	
Assistente social	5	62,5	3	37,5	8
Educador físico	7	58,3	5	41,7	12
Enfermeiro(a)	0	0,00	1	100	1
Fisioterapeuta	5	41,7	7	58,3	12
Fonoaudiólogo	4	28,6	10	71,4	14
Médico psiquiatra	1	100	0	0,0	1
Nutricionista	6	66,7	3	33,3	9
Psicólogo	7	53,8	6	46,2	13
Terapeuta ocupacional	3	50,0	3	50,0	6
Total	38	50,0	38	50,0	76

Valor p do teste Qui-quadrado=0,475

Tabela 11 - Presença de estresse segundo ISSL por sexo. São Paulo, 2015.

Sexo	Apresenta estresse segundo ISSL				
	Não		Sim		Total
	N	%	N	%	
Feminino	31	47,7	34	52,3	65
Masculino	7	63,6	4	36,4	11
Total	38	50,0	38	50,0	76

Valor p do teste Qui-quadrado = 0,512

A Tabela 12 compara o QVP-35 segundo formação profissional e, assim como a Tabela 10, não há poder suficiente para detectar pequenas diferenças e não se pode afirmar com essa amostra que a qualidade de vida seja influenciada pela formação dos profissionais.

Tabela 12 - Comparação entre médias dos domínios do QVP-35 por formação profissional. São Paulo, 2015.

Variável	Assistente Social (n=8)		Educador Físico (n=12)		Enfermeiro(a) (n=1)		Fisioterapeuta (n=12)		Fonoaudiólogo (n=14)		Médico psiquiatra (n=1)		Nutricionista (n=9)		Psicólogo (n=13)		Terapeuta Ocupacional (n=6)		Total (n=76)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Média DRT	4,29	1,84	5,38	1,97	5,60		4,23	1,21	5,70	1,23	2,40		5,31	1,04	4,68	1,63	6,08	1,70	5,07	1,58
Media AO	4,94	1,33	6,29	1,33	7,90		5,10	1,69	5,76	1,36	7,30		6,38	1,09	5,72	1,23	4,83	1,17	5,72	1,40
Media CT	6,75	1,92	6,80	1,15	7,20		6,60	1,15	7,63	1,68	5,20		7,38	1,44	6,89	1,28	8,53	1,43	7,14	1,48
Media RT	7,91	1,05	8,27	0,79	9,00		8,29	0,84	7,88	0,73	9,00		8,08	0,97	8,19	0,93	7,08	0,92	8,05	0,91
Media AS	7,94	1,27	8,07	2,58	9,67		8,68	1,73	8,61	1,44	10,00		8,87	1,09	8,56	1,00	9,00	1,05	8,56	1,57
Media MI	8,59	0,69	8,15	1,09	9,75		8,29	1,11	7,66	1,50	9,50		8,39	0,80	8,46	0,88	7,54	1,01	8,19	1,11
Média CRT	7,42	0,99	8,14	0,56	8,67		8,14	1,02	7,94	1,17	8,67		7,74	0,94	8,31	0,70	7,67	0,87	7,98	0,92
Percepção Qualidade de Vida																				
Trabalho Média	6,25	2,31	6,00	2,30	5,00		6,75	2,45	4,71	2,49	10,00		5,56	2,88	6,08	1,75	6,00	2,76	5,88	2,40
AO Final Média MI	5,28	1,20	6,34	1,42	8,08		5,49	1,48	6,05	1,27	7,58		6,56	1,11	6,01	1,07	5,15	1,00	5,98	1,30
Final Média CT	8,24	0,74	8,40	0,74	9,60		8,53	0,72	8,19	0,75	9,60		8,62	0,53	8,55	0,58	7,87	0,63	8,41	0,71
Final	5,34	1,76	6,30	0,98	6,42		5,37	0,82	6,32	0,72	4,58		6,20	0,71	5,89	0,86	6,68	1,08	6,02	1,01

4.2 RESULTADOS PROVENIENTES DOS GRUPOS FOCALIS

A análise do material resultante das transcrições dos grupos focais possibilitou a identificação de núcleos de sentido que foram reunidos segundo três categorias analíticas, derivadas do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho: sofrimento, prazer e estratégias defensivas dos trabalhadores.

Quadro 1 - Síntese das categorias empíricas e seus respectivos núcleos de sentido referentes ao trabalho no NASF. São Paulo, 2015.

Categorias analíticas	Núcleos de sentido
Sufrimento	<ul style="list-style-type: none"> • O trabalho real vs. o trabalho prescrito: a resistência à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel • A cultura imediatista e curativa do usuário, da ESF e da gestão • O perfil, a sobrecarga e a identificação com o trabalho • As relações interpessoais e o trabalho em equipe • A sensação de não pertencimento e a falta de infraestrutura • A violência e a vulnerabilidade do território
Prazer	<ul style="list-style-type: none"> • A identificação com a proposta do NASF e o reconhecimento pelo trabalho • A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe • A Educação Permanente em Saúde
Estratégias defensivas	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer-se como grupo e fechar-se no específico da categoria • Fazer o melhor, reconhecendo o próprio limite • Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação • Buscar espaços de suporte e prazer

4.2.1 Sofrimento

Nesta primeira categoria foram reunidos os núcleos de sentido relativos às diversas formas de sofrimento que afloram no cotidiano do trabalho no NASF. O primeiro diz respeito ao hiato existente entre o trabalho real e o prescrito, seguido da resistência a proposta do NASF e a falta de compreensão de seu “papel” no contexto da AB e da ESF. A cultura imediatista e curativa do usuário, da ESF e da gestão também aparece nos discursos, assim como a sobrecarga e a identificação com o trabalho.

No âmbito das relações interpessoais, o trabalho em equipe é um dos geradores de sofrimento, assim como a sensação de não pertencimento, além da falta de infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho. A violência e vulnerabilidade do território também engrossam a lista de sofrimentos, na perspectiva dos trabalhadores.

4.2.1.1 O trabalho real vs. o trabalho prescrito: a resistência à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel

Os atributos da AB e as diretrizes da ESF antecedem o NASF e, em alguns momentos, parece haver um descompasso entre o que é preconizado “em teoria” sobre as atribuições e responsabilidades das equipes da ESF e o que acontece na realidade da prática destes serviços. Esta dicotomia entre o real e o prescrito, no tocante à dinâmica das equipes e ao funcionamento dos serviços de saúde, se deve às inúmeras condições intrínsecas como a resistência da ESF à proposta do NASF e à falta de compreensão de seu papel, e extrínsecas como a sobrecarga de trabalho da ESF e a falta de uma rede articulada de atenção à saúde.

Estas, além de outras questões que foram evidenciadas e que serão apresentadas, são fontes de estresse, desgaste e sofrimento, que comprometem o desenvolvimento do trabalho e a efetivação da proposta do NASF. Além disso, na perspectiva dos profissionais, o NASF traz em suas

premissas uma proposta muito inovadora para a atual realidade de sobrecarga da ESF, o que resulta em dificuldades em sua implementação.

“Acho que é um modelo muito inovador para a realidade do sistema de saúde que a gente tem hoje. Então anda muito em paralelo, não está andando no mesmo ritmo e a gente fica tentando puxar para um lado e o negócio está pendendo para o outro. E isso causa desgaste (...)”. (G1)

“As UBS estão em sofrimento, elas não estão funcionando da forma que deveriam estar e aí é refletido em nós (...)”. (G1)

“(...) porque a equipe da Estratégia está extremamente sobrecarregada, já estão perdidas dentro da própria rotina. Então estão querendo passar para a gente coisas que eles não vão dar conta, eles querem...”. (G1)

“Parece que a bagunça já é anterior sabe? Então teria que parar e reorganizar as equipes, reorganizar o projeto, porque está bagunçado. Está todo mundo sobrecarregado, as coisas só não acontecem porque se perderam em algum momento, então não tem como cobrar (...) Já nem sabem mais porque estão trazendo um caso para discutir (...) Está trazendo este caso aqui para discutir só porque ela pediu para passar com o psicólogo? O que que está acontecendo? (...) Está todo mundo correndo atrás do prejuízo. Então, eu não me estresso com a situação, para mim já é uma coisa perdida, faz parte da rotina e eu vou tentando me adequar à situação, né? (...)”. (G1)

“Pensando no processo de trabalho, como que a gente avalia o momento, como o NASF está agora... acho que está diretamente relacionado com várias questões: a gestão, a apropriação das equipes, desde o agente comunitário até o gerente, a questão da própria Estratégia... Como está a Estratégia? Está à deriva? Então o processo de trabalho depende de todas essas questões”. (G2)

“Fico pensando no que é real. Eu falo muito para a equipe que talvez o interessante fosse que a Estratégia tivesse em todas as ações compartilhadas. Talvez fosse, mas não está, não quer, né? Então vamos fazer o que é possível, o que é real, porque as vezes a gente fica muito no campo da idealização, dos protocolos, do tem que ser desse jeito, se não for assim não funciona, se não for assim não dá e isso também machuca muito a gente. Porque às vezes o outro lado não tem a mesma expectativa. Então a gente tem de buscar um meio termo, um equilíbrio, assim: O que é possível fazer? E então vamos fazer da melhor forma possível, né?”. (G1)

“Talvez a gente tenha um enfrentamento, por exemplo, a Estratégia não tem grupo de aleitamento, então vai o NASF fazer; a Estratégia não tem o grupo de gestantes que é preconizada, então vamos pedir para o NASF fazer”. (G3)

“No processo do NASF, eu acho a proposta bárbara, as diretrizes, mas vejo que não acontece como deveria e isso me deixa insatisfeita, né? Quando eu vejo que a gente está fazendo muito mais uma coisa bem ambulatorial, muitas vezes não consegue essa coisa compartilhada (...) Mas, enfim, eu acho que isso é assim: a proposta é linda e tal, mas não está funcionando como deveria, na minha visão. Então não é satisfatório”. (G2)

“Eu acho assim: é tudo muito bonito, mas está longe da necessidade e da realidade. A realidade é outra totalmente diferente”. (G2)

“O NASF vem para apoiar uma estratégia de trabalho num nível ideal e a Estratégia está muito defasada. Quanto tempo conseguimos apoiar equipes completas, por exemplo? É difícil e segmenta o trabalho”. (G2)

“Quando você lê no papel é uma coisa; eu acho que o SUS no papel é muito lindo, o NASF também. É lógico que o SUS está aí há 20 anos e não é pelo papel, mas a gente tenta fazer... né?... Assim como o NASF também não é exatamente aquilo, a gente não

faz exatamente como está no papel. Nem sei se hoje, hoje, na realidade de hoje, o que está no papel seria o ideal, mas eu acho que a gente está caminhando para isso (...). Acho que o caminho mudou bastante. Já foi bem pior, a gente melhorou bastante, não está no ideal, acho que está até longe do ideal, mas quem está a mais tempo, acho que tem essa visão de que a gente está indo para o caminho certo e se não está, a gente vai ter que sinalizar”. (G2)

“Eu sinto isso assim de processo de trabalho, eu acho que é o que cansa a maioria de nós...a demanda de casos, que é muito grande pela quantidade de profissionais”. (G3)

“Eu sempre acabo comparando o NASF a um ambulatório (...) Então a frustração vem também disso, de não conseguir tratar esse paciente com toda a capacidade que você tem. A gente acaba ficando muito no superficial, no raso, e isso também traz frustração. A gente vai fazendo um pouquinho daqui, um pouquinho dali, sabe que tem capacidade para mais, que poderíamos ajudar muito mais do que estamos ajudando e então fica também essa frustração de ter a capacidade profissional pra tratar aquela pessoa e não ser a proposta”. (G3)

“É muita coisa para a Estratégia fazer, resolver e dar conta, se a gente for pensar, né? Eles fazem muita coisa e se for fazer mesmo tudo o que está no documento norteador, eu acho que não faz. Eu acho que é um modelo que tinha que ser revisto (...).” (G3)

As expectativas distintas da ESF e do NASF e até da gestão em relação às possibilidades e às propostas de atuação da equipe multidisciplinar do NASF no contexto da AB, resultam em desgaste sentido pelos trabalhadores. Frente à grande demanda, principalmente de queixas relativas à saúde mental, o desejo de que o NASF torne-se resolutivo numa perspectiva eminentemente assistencial e ambulatorial, a fim de suprir uma carência da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da própria ESF, é uma das principais causas de sofrimento no trabalho.

“(...) porque na verdade eu acho que o NASF vem para cobrir um buraco gigantesco de um monte de coisa que falta, de atenção ambulatorial, de atenção médica especializada, que a gente não tem e aí o NASF fica como: - Ah, o NASF vai resolver! E não tem como, porque é uma coisa totalmente esquizofrênica. A proposta é que a gente dê apoio, mas as pessoas esperam que a gente dê assistência, né? Não tem como uma equipe de apoio oferecer assistência, não tem estrutura para isso, não tem estrutura de espaço, não tem estrutura profissional”. (G3)

“O cara precisa ir num psiquiatra e não tem psiquiatra, né? Dependendo do caso, não vai adiantar passar com psicólogo ou com TO ou com num grupo terapêutico. Às vezes o cara precisa de atenção médica, atenção especializada e ele não tem isso. E aí toda a expectativa é depositada no profissional do NASF e isso é muito frustrante, e é triste”. (G3)

“(...) por exemplo, na rede a gente tem uma falha de serviços e às vezes eu preciso fazer um grupo para absorver algumas pessoas que estão no limbo, não tem muito isso. Às vezes essas pessoas são simples seres humanos que estão aguardando algo que não vai chegar tão cedo ou talvez nunca chegue. Mas a avaliação daquele trabalho vai ser feita no longo prazo, numericamente, para saber se está funcionando ou não”. (G1)

“(...) então às vezes você tem a suspeita de um diagnóstico e a rede não te dá essa resposta. É muito frustrante, porque você teve um impacto muito grande na vida do cara. Mas não é o dia-a-dia, são as exceções”. (G2)

“Essa questão da rede eu acho que o que gera alguma angústia, para além dos serviços de saúde, né? A gente pensa no serviço de saúde, mas eu estou pensando na rede intersetorial mesmo, porque a complexidade dos casos que a gente tem às vezes não é só o serviço de saúde que vai dar conta. O quanto a gente tem realmente essas redes formadas com os outros setores, com a educação, a assistência

social? Então eu acho que isso murcha bastante”.
(G2)

“Eu acho que é bem o que você falou mesmo, é você saber que depende do outro, mas quando chega no outro dá uma parada, né? E eu acho que essa é a parte ruim, você sabe que outras instâncias você pode acionar, mas e o tempo que isso vai demorar? Eu acho que o tempo que vai demorar é o que incomoda mais”. (G2)

“Quanto à rede, acho ainda muito falha. Veja o caso da criança não é do CAPS infantil, não é da UBS, não é de ninguém. Um cobra do outro e, em outras circunstâncias, o outro também fica parado... Não é meu, é do outro... É de todo mundo, mas quem deve prosseguir?”. (G2)

“(...) como psicóloga eu acho que acaba trazendo muitas frustrações. E não só na parte da psicologia, né? Existe muita demanda, muitos problemas de saúde mental, de vulnerabilidade e às vezes a gente é colocado para resolver as questões que a gente não vai dar conta de resolver. Então eu penso igual a ela, de querer fazer mais, de querer ajudar mais e muitas vezes não conseguir. Isso gera uma frustração, no meu caso é isso”. (G3)

“(...) quando falaram que o NASF ia chegar, eu penso que talvez as pessoas achassem que ia chegar um monte de equipes (...) mas não era essa a proposta. Então caiu por terra a expectativa que as pessoas tinham... porque o NASF não foi montado para ser uma equipe de REAB e uma equipe de saúde mental, foi montado pra ser o NASF e é isso que a gente tenta fazer: a gente renova, a gente explica, a gente reexplica, a gente renasce todos os dias para falar, então eu acho que tem a ver com isso, né?... As pessoas têm essa expectativa de que vai vir uma equipe que vai avaliar a criança com paralisia cerebral vai pedir cadeira de rodas, vai fazer os atendimentos domiciliares, e a gente não vai fazer isso, né?”. (G3)

“A expectativa sobre nosso trabalho está muito contra o que é de fato, da normativa, totalmente

diferente da expectativa das pessoas que a gente tenta apoiar e atender. E talvez numericamente não esteja correspondendo, porque a expectativa do outro é diferente, né? Vai ser difícil manter a adesão àquela proposta e talvez eles nos vençam, não agora, mas no longo prazo, talvez no curto prazo”. (G1)

“Aí eu penso: qual é o olhar que a Estratégia tem de um técnico de NASF? Olha o peso que colocam nas nossas costas, isso para mim é um fator estressante”. (G1)

“O que a instituição espera de você?”. (G2)

As ferramentas tecnológicas propostas pelo NASF para a gestão conjunta dos casos e como estratégia potencializadora do cuidado em saúde são pouco utilizadas no dia a dia pela ESF e não existe abertura para o compartilhamento e troca de saberes. A maioria dos casos complexos não são compartilhados como deveriam, de forma corresponsabilizada e com ações e intervenções conjuntas entre ESF e NASF. Muitas vezes, apenas são delegados ao NASF que tem a missão de “apagar os incêndios”.

A expressão *passar o caso*, frequentemente utilizada nas reuniões de equipe, é bastante representativa nesse sentido. Além disso, as reuniões de equipe muitas vezes não ocorrem da forma como deveriam, por motivos diversos, desde a ausência de alguns de seus membros, principalmente médicos e enfermeiros, por falta de recursos humanos, além da falta de compromisso com as equipes do NASF e o não desejo de compartilhar e de realizar o matriciamento com foco educativo e não apenas técnico-assistencial.

“(…) a pouca co-responsabilização das equipes nos casos que são discutidos. Então, os casos vem e mais complexos são do NASF, né? Não é um caso que é para trabalhar ali em conjunto e: - ‘Ah! vai demorar? Vai demorar para vocês irem lá?’ Essa pressão, essa cobrança, principalmente dos casos mais difíceis... A gente precisaria desse trabalho

conjunto, de ações compartilhadas, mas fica muito delegado ao NASF”. (G1)

“Hoje o NASF já entende melhor que não precisa ser o profissional tal que vai atender tal demanda, mas a Estratégia não entende da mesma forma. Então um caso complexo de saúde mental tem que ser o NASF, porque o NASF sabe atender saúde mental, sabe fazer escuta e acolhimento. E as outras pessoas da Estratégia não se colocam nessa situação. E aí eu acho que isso traz bastante desgaste, tanto no sentido de a gente se sobrecarregar com casos que são difíceis, que exigem bastante da gente, e também nesse embate o tempo todo, de ficar implorando e pedindo para a Estratégia para estar junto com a gente, para trabalhar junto em alguns casos de mais resistência. E aí entra naquilo que ele falou, vai cansando e chega uma hora que você desiste, você absorve tudo e o estresse vai piorando, né? E aí vai virando uma bola de neve”. (G1)

“Eu sempre corrijo: vamos compartilhar esse caso, mas eles falam passar, né? Joga a bomba!”. (G1)

“(…) porque a gente está tentando trabalhar essa questão do empoderamento, do matriciamento, da autonomia profissional, maior abrangência (…)”. (G2)

“Quando você faz uma educação permanente, você escreve, faz script, um roteirinho, você entrega na mão de todo mundo e as pessoas pegam o papel e jogam na mesa. Ninguém lê, ninguém faz nada com isso. Para mim é pouco caso, sabe? E aí na hora de falar: - Não, aqui a gente atende tudo.’ É mentira, entendeu?”. (G1)

“(…) porque NASF é isso, você tem que estar disposto a emprestar seu saber para as pessoas, aprender com as outras pessoas e trocar. Não dá para você chegar lá e falar: - ‘Isso é meu, isso é específico, isso eu não vou dividir.’ (...) Se você chega fechado o trabalho não acontece e aí trava. Então vão ter coisas da TO que o educador físico vai saber, coisas específicas da profissão que você

tem de saber, coisas da psico, coisas da fisio, porque isso é importante para o andamento do trabalho, né? Então você tem que compartilhar”. (G3)

“(...) então a enfermeira fala: - ‘Vamos fazer um grupo de gestantes juntos? Vamos. Mas enfermeira nunca entrou no grupo. Tem um ano que o grupo está acontecendo e no dia do grupo acontece alguma coisa e a enfermeira não pode. Agora a gente está até fazendo assim: - ‘Gente, espera... cadê a enfermeira?’ Às vezes você vê a ansiedade das ACS, porque tem um grupo ali e elas ficam esperando: - ‘Não, a gente só vai começar quando a enfermeira estiver, cadê a enfermeira?’ Porque é um grupo da Estratégia, né? E a gente cansa de repetir... uma hora a gente do NASF vai embora ou vai mudar de unidade e o grupo vai permanecer”. (G3)

“(...) e outra questão é um pouco da postura, né? Nessa reunião, todos os integrantes podem estar ali, mas a postura de resistência ao modelo às vezes acaba não sendo construtiva a depender do profissional, não é construtiva para o modelo do NASF e fica um pouco...vamos passar o caso (...)”. (G1)

“(...) então a responsabilidade compartilhada naquele caso, a gente percebe que a mesma equipe, o mesmo enfermeiro, o mesmo médico, o ACS, em um caso, a gente consegue realmente criar um projeto, né? É uma rede de cuidados e atender aquela pessoa da melhor maneira possível, dividir as responsabilidades. Mas às vezes chega outro caso que não é encarado da mesma maneira, às vezes por uma pessoa ser um pouco mais crítica, ter uma certa resistência de entrar na unidade, criticar o posto de saúde e tal. A gente percebe que os profissionais levam para o pessoal, o que acaba interferindo. Aí você fala: - ‘Não é possível, semana passada aconteceu legal, voltei empolgado e hoje não? Por que?’ Ou é até aprender o fluxo... desaprendeu o fluxo? (...) Você nem olhou esse caso, o prontuário está em branco, vamos fazer no mínimo um atendimento compartilhado, primeiro um acolhimento”. (G1)

“Por mais que você já tinha estudado sobre o NASF e tal, por mais que eu tinha tido uma vivência multidisciplinar, na prática é a coisa é outra. Então você se depara com esse choque, né? A princípio você fica meio doido, você sai dali e: - ‘Meu Deus do céu, não vou conseguir, não vou conseguir.’ E no outro dia vai indo, vai indo”. (G3)

“Não é que não sabem, eles não querem, né? (...) Às vezes você vê lá de bate pronto, você já fez aquela educação dez vezes com aquela equipe, às vezes eles continuam mandando para a fila de espera de fisio ou para a psicóloga direto, não fazem a discussão. Eu acho que não querem fazer discussão (...)”. (G2)

“Por mais você esteja preparado e a gente tem cinco anos, seis anos de NASF... A gente tinha uma série de profissionais trabalhando o contexto da Saúde Coletiva e daí a gente vem como uma ferramenta, uma inovação para todo mundo, até para o próprio colaborador do NASF... Então estava dado que ia ser algo muito difícil, a gente está vendendo isso o tempo todo”. (G1)

“(...) o profissional do NASF que se prepara para ir numa reunião de equipe, chegar com a ata e com tudo para encontrar a equipe e só estão os agentes comunitários ou falta técnico na reunião, é uma coisa bem estressante”. (G1)

“Também, a gente vê até com as próprias reuniões com a estratégia, eu posso matriciar, mas eu tenho que ter um outro ser humano que quer entender o processo, porque se não a gente fica na fala vazia”. (G2)

“O difícil não é matriciar, é fazer com que o outro queira ser matriciado”. (G2)

“Hoje mesmo a gente estava conversando e provocando assim (...) Estratégia, você se vê sem o NASF aqui? Como seria essa unidade sem o NASF hoje?”. (G3)

Outra dicotomia fortemente evidenciada nos discursos, e que diz respeito ao modelo do NASF em contrapartida ao que é desenvolvido pela ESF, está relacionada à quantidade dos atendimentos e ações em saúde desenvolvidas nos diversos territórios *versus* a sua qualidade. 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. Enquanto os profissionais da ESF possuem documentos norteadores que rezam sobre a organização da agenda e a quantidade de consultas, visitas domiciliares e grupos a serem realizadas ao longo do mês, as diretrizes do NASF não são tão quantitativas e “engessadas”, o que precisaria ser amplamente debatido frente ao modelo proposto.

“Então, se a nossa avaliação do trabalho é qualitativa, como nós vamos mostrar isso de forma quantitativa? Então isso que me incomoda, porque o que eles vão ver lá são números, né? E eu estou tentando ver a qualidade. De repente, um grupo tem três, mas é maravilhoso, mas eles tem uma expectativa numérica de atendimento. Então isso é uma coisa que me incomoda, mas sei que não vai mudar”. (G1)

“(...) o que eles vão cobrar de uma equipe que tem como obrigatoriedade fazer um trabalho qualitativo, ampliar o olhar sobre o indivíduo e tudo mais, mas vai ser avaliada quantitativamente? Eu sei que a lógica é essa, né? Eles vão ver números, mas fica um pouco incoerente (...) Então o que nos mantém aqui é a qualidade. De repente daquela coisa que deu certo ou uma discussão que foi bacana, né? Não é um, não é o dia-a-dia, porque tem muita coisa ruim, mas o que nos mantem são as pequenas coisas boas, as pequenas coisas qualitativas que nos fazem acreditar, que nos mantém aqui. Então, assim, o que é avaliado é diferente do que nos mantém trabalhando... porque são coisas pequenas que nos dão esperança e que nos motivam a fazer mais, fazer diferente, tentar fazer de novo”. (G1)

“(...) porque o que a gente está conseguindo fazer, o que a gente está conseguindo ter resultado é muito mais qualitativo do que quantitativo, pelo menos dentro da nossa realidade. (...) Mas quando eles vão avaliar o nosso trabalho, até mesmo a equipe, a gestão, seja lá quem for, tem uma expectativa numérica de quantidade, de número (...) Mas, espera aí, grupo de cinco? Qualitativamente funciona, mas numericamente não. E isso eu acho que impacta para mim, impacta nosso trabalho (...) E isso desmotiva um pouquinho”. (G1)

“Eu tenho a sensação de um tempo para cá que a gente vai chegar na unidade e não vai saber o que vai acontecer, né? Vamos ver qual vai ser a da semana. Porque a gente não sabe (...) antes não tinha uma cobrança dessa coisa da produtividade e agora tem... É meio estranho. Então você vai trabalhar em equipe, mas você tem meta de atendimento específico. Aí você fala: - ‘Mas não é junto?, E tem meta específica?’ Isso cansa muito”. (G3)

Fica explícito o sofrimento e a luta quase diária dos trabalhadores do NASF para enfrentar as resistências e efetivar seu modelo de trabalho em face das dificuldades de compreensão e tentativas de distorções de seu papel de equipe de apoio. Além disso, no cotidiano do trabalho, as “falhas” da ESF emergem quando existe uma equipe NASF atuante e participativa.

“Eu repito o que o NASF faz pelo menos três ou quatro vezes por semana. Se não repito na reunião com a Estratégia, repito com minha própria equipe ou em um atendimento específico ou compartilhado em que provavelmente tenho de explicar para o usuário aquilo que eu não vou poder oferecer para ele: - ‘Olha, nosso trabalho aqui é orientar, a gente está dando o apoio, então talvez a gente não consiga fazer o que você quer aqui.’ O que já é difícil, você começa o trabalho falando: - ‘Olha, você quer uma coisa, mas eu não sei se vou poder te dar.’ Então isso afeta a expectativa de outras pessoas também e é muito cansativo e frustrante para o trabalho”. (G3)

“(...) é um trabalho de formiguinha que hoje você está fazendo e no final da tarde ele vai se despedaçar e você vai reconstruir de novo”. (G3)

“(...) eu sei que é importante a gente sempre falar do fluxo do NASF, como funciona, mas isso é muito frequente mesmo com equipes que já estão há muito tempo trabalhando, conhecendo o NASF do jeito que conhecem (...) E isso às vezes se torna um pouco desgastante. E, ao mesmo tempo, você sabe que coisas ficam para trás: - ‘Ah, eu deixei de discutir aquele paciente, que daqui a pouquinho eles mesmo voltavam me cobrando aquilo.’ Aí você convive com tudo aquilo, aquela ansiedade de poder resolver, de fazer as coisas e você fala: - ‘Poxa, a pessoa já está há tanto tempo e ainda questiona como que é o fluxo? Eu tenho que passar para a enfermeira primeiro?’ (...) E a gente faz tudo de novo, vamos lá, vamos fazer, vamos explicar. E aí foi a reunião inteirinha falando sobre isso”. (G1)

“Eu estou num momento em que eu estou muito estressada com a Estratégia, na verdade com algumas equipes ou equipe em específico, porque... Por que me irrita? É uma equipe que não tem comprometimento, você vê a situação, a desorganização, vê que os pacientes são prejudicados por conta disso e nada acontece. Chega ao ponto delas serem tão ruins, delas não gostarem também, não suportarem a gente e da gente chegar na reunião e a gente não existe lá, elas continuam o que estavam fazendo, conversam enquanto a gente fala. Teve um dia em que eu fiquei muito irritada, quase saí da sala, quase que eu não me contive, tive de respirar fundo... Foi muito complicado, mas passou”. (G2)

Alguns profissionais estão desmotivados e relatam que estão perdendo as forças em face dos embates constantes com as equipes da ESF. As tentativas de desenvolver o trabalho mais próximo do prescrito ficam em segundo plano e os trabalhadores do NASF sentem-se “contaminados”. Mesmo assim, nota-se a persistência do trabalhador do NASF frente às dificuldades.

“Eu vejo um fator de desconforto muito grande quando a gente tenta trazer algo de inovador com a Estratégia. Acho que isso cansa muito (...) Vejo o trabalhador do NASF sempre correndo atrás e vejo uma dificuldade muito grande da Estratégia às vezes de ir, de ter esta iniciativa também. Então eu acho que o embate é muito grande. Nos últimos tempos, a gente está até se questionando, avaliando, né? Da gente estar se contaminando um pouco com isso (...) Eu vejo que também está sendo meio contaminado e está meio deixando de lado. Ah! não deu hoje? Tudo bem, amanhã a gente vai...”. (G1)

“Já não tenho mais energia. Essa é a leitura que eu faço da realidade: talvez o governo tenha que rever esse plano. A ideia é muito bacana, mas culturalmente nossa população não está... eu acho que não está preparada, espiritualmente muito menos, preparada para ter autonomia para promover a própria saúde, sabe? (...)”. (G1)

“(...) temos uma demanda muito grande, eu entendo a angústia da Estratégia com toda essa demanda, ela também está presente entre nós. E a forma de lidar com essa angústia, dependendo do profissional NASF, se não estiver muito coeso, a gente acaba indo para o lado de ambulatório. Se você está estressado, você acaba também se rendendo para ser contra o modelo”. (G1)

“Estamos perdendo um pouco as forças, eu acho que a equipe do NASF, a maioria dos profissionais estão com uma linha de pensamento, um raciocínio diferente, e acho que esse embate desgasta (...)”. (G1)

“Mas o que eu percebo hoje é que falta muito esse se pegar, sabe? Acho que está meio... Será que vale a pena todo esse conflito? Eu me lembro das reuniões da NASF às vezes as pessoas até choravam, aquela coisa, aquela emoção, né? Vibrava-se mesmo com o trabalho. Hoje é tipo: Vamos lá. Ah não dá? Não deu! Né? Não tem aquela...”. (G1)

“(...) e acho que o que não pode é parar de tentar, acho que no NASF, principalmente, a gente não pode parar de tentar”. (G1)

No contexto do estudo, foi possível identificar que a longitudinalidade do acompanhamento dos usuários prevista pela AB também gera de sofrimento ao trabalhador do NASF, pelo fato do usuário permanecer constantemente sob os cuidados da equipe.

“Eu vejo como sofrimento maior numa unidade de atenção básica a gente nunca pode dar alta para o paciente, sempre vai ser nosso, por mais encaminhamentos que a gente ofereça, vai para lá e vem para cá, volta ali, vai acabar ali na unidade, né? E vai ter direito ao atendimento. Ele sempre vai ser nosso, então não dá para também estar deixando, né?”. (G1)

“(...) vejo tantas coisas, tenho potencial para fazer tantas coisas, e me faltam forças (...) A gente atende todo mundo, desde o recém-nascido, desde do idoso, a reabilitação, a saúde mental, todo mundo. E na Atenção Básica a gente não dá alta para ninguém, então aquele caso que a gente conseguiu fechar com chave de ouro, daqui 15 dias vai bater na porta de novo com uma outra demanda e que a gente tem que criar um novo olhar, então vai ser sempre nosso”. (G1)

Outro elemento de destaque nos discursos refere-se ao importante papel de liderança dos gestores e da enfermagem no apoio ao modelo do NASF.

“(...) se a gerente não falar nada enquanto NASF, não rola. As duas gerentes que são basicamente novas, elas apoiam a gente... Qualquer demanda que a gente leve para elas, elas nos ajudam e eu acho importante. A enfermeira também, se a enfermeira não tem o conceito do NASF, não acontece nada com as agentes comunitárias, não adianta (...)”. (G2)

As falas a seguir resumem as contradições, as inquietações e o sofrimento dos profissionais frente às situações já mencionadas:

“(...) então é esse apagar fogo que me deixa mais triste no momento político que a gente está, em que a gente vê o NASF sendo questionado. E a Estratégia muito mais, porque a gente é subproduto da Estratégia, então se a Estratégia não funciona bem, o NASF vai ser criticado, vai ser apontado, pois é consequência (...) Então não tem que atender 40 pessoas por dia ou num grupo, a gente trabalha muito com a qualidade. Mas tem que mostrar o resultado, tem que mostrar os números, porque a secretaria pede isso, né? Então você fica em um duelo: faço qualidade ou faço quantidade? Então vamos fazer os dois para garantir nosso sustento... porque eu preciso trabalhar, todo mundo precisa trabalhar”. (G3)

“A proposta do NASF é de desconstruir o que você é, né? Você não vai como TO, você vai como um membro do grupo que tem seu saber e vai compartilhar com outras pessoas e fazer o que é possível. A gente não aprendeu isso na graduação, a gente aprendeu aquilo que tem de fazer, o projeto terapêutico, o que é ideal, o que é esperado. E quando você chega em um lugar em que você tem que desconstruir isso e fazer o que é possível dentro de um espaço em que às vezes quase nada é possível, isso é muito frustrante...e isso em todas as categorias. Cada categoria, cada profissional sabe o que precisa fazer, mas chega no lugar não consegue fazer aquilo que tem que fazer. Então são várias frustrações juntas e você tem que trabalhar com todas aquelas frustrações, no espaço e em equipe”. (G3)

“(...) eu tenho um compromisso muito sério, desde o dia que eu li aquele juramento de fono. Sou apaixonada pela minha profissão, tenho um compromisso muito forte com isso, ser uma boa profissional, e com a saúde pública também. Sofro porque sei que na hora que vou atender aquele paciente eu tenho que dar meu melhor, mesmo eu não estando no meu melhor. Então é um momento de sofrimento mesmo que eu vivo hoje”. (G1)

“Um fator também que às vezes estressa, a falta de reconhecimento pelo que a gente está fazendo ali”. (G2)

“Uma das coisas estressantes em relação ao nosso processo de trabalho é que a gente tem que ser uma equipe mais mau humorada (...) às vezes a gente estava querendo arrancar os cabelos, mas na hora do matriciamento a gente não ficava falando: - ‘Ah, temos problemas, problema com o coordenador, com o gerente.’ E aí as pessoas achavam: - ‘Ah, eles não têm problemas, não tem metas, é muito oba-oba.’ O fato da gente trabalhar com o lúdico, eles realmente achavam que a gente fazia parte da brincadeira. Então os meninos estão fazendo a caminhada, o pessoal fica só caminhando, então não consegue dar valor para a modalidade, com tudo que tem de norteador, né? Nossa agenda não tem o mesmo perfil da agenda deles e eles não consegue dar valor para nossa técnica, que é terapêutica, né? Então você fala: - ‘Não é diversão, gente, fazer um grupo terapêutico. Você tem oito crianças com queixas de comportamento, é muito difícil para aquilo ser produtivo.’ (...) ‘Ah, a fono passa o dia brincando, o educador físico passa o dia na praça.(...) Isso é algo para ir construindo com o tempo. Mas a gente ainda sofre muito preconceito (...)’. (G2)

“O que esperam da gente? Essa é a grande pergunta, né?”. (G3)

4.2.1.2 A cultura imediatista e curativa do usuário, da ESF e da gestão

A cultura imediatista e curativa está fortemente presente nos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais. Ainda é necessário avançar nesse aspecto, tendo como foco a educação em saúde e o empoderamento da população para o autocuidado. Fica evidente o desejo por consultas agendadas a fim de “resolver” a situação e a pouca valorização de ações preventivas e de promoção da saúde. Esse contexto gera frustração, uma vez que um dos desafios do NASF está em romper com a reprodução dessa cultura junto aos gestores, equipes da ESF e usuários.

“Eu tenho que me preparar, tenho que acolher, tenho que ser referência para aquela população e educar. Educar dá trabalho, é trabalho de formiguinha mesmo e a população não quer, ela quer o remedinho para tirar a dor, né?...Ela quer ser atendida na hora que ela der um grito na recepção e der um a tapa na mesa”. (G2)

“(...) vamos pegar a sequela do AVC, já teve o acidente vai ter que, né? Vai correr, vamos acompanhar ele no grupo, vamos inserir em uma outra ação, porque já foi, já passou... Então eu vejo que falta um pouco disso, a Estratégia poderia oferecer muito mais de promoção, fica muito remediando, remediando, fazendo os curativos da vida aí e falta essa ação. Aí eu vejo que peca (...)”. (G1)

“A princípio, quando a gente entra, tem uma certa frustração porque vem de outra situação e por mais que a gente entenda o trabalho, na prática é de outra forma. E depois, com o tempo, eu acho que a expectativa da própria equipe, às vezes nem tanto dos usuários, mas que eles vem com aquela demanda (...) de você não conseguir. Aí você se frustra e percebe que o outro lado também fica frustrado em relação à você, pois acredita que você vai ser a porta de escape, você é quem vai resolver aquele problema. E aí você vê que você não faz parte ali do processo, depende de outros fatores... e não entendendo isso, que depende de outros fatores, você acaba se cobrando”. (G3)

“(...) a gente vem de uma questão cultural de queixa-conduta, durante muitos anos, muito tempo, é nacional isso aí. E mudar a cabeça de toda a população e até de alguns técnicos é difícil, então a gente vai ter que continuar. Se eu falei dez vezes, vou ter que falar onze, falei mil, vou ter que falar mil e uma, né? É cansativo, é estressante, mas é assim e aí a gente tira férias, vai viajar, vai sei lá fazer alguma coisa, desabafar e tenta pegar um pouquinho de gás pra continuar, senão a gente vai continuar adoecendo e vai continuar não conseguindo chegar no objetivo. Mas eu ainda acho que estamos no caminho certo, então eu ainda tenho grandes expectativas em relação ao NASF”. (G2)

“(...) mas estava dado, acho que quando pensaram nessa lógica de apoio matricial dentro da Atenção Básica já estava dado. Assim, vai dar pau, porque se fosse a mesma equipe indo trabalhar na lógica... que nem a gente ia trabalhar na época de REAB ou de equipe multiprofissional mesmo, com as agendas, no formato que toda a equipe conhecia, gerência, administrativo, ACS. Para a gente ia ser menos impactante, para essas relações. Não sei como seria avaliado o impacto com a população, né?”. (G2)

“Meio que seria desafogar, né? Então quando aparece aquela coisa que, avaliei, quero uma opinião, vamos trabalhar mais amplo, ótimo! Mas não é essa a minha realidade nas três UBS (...) porque ele [usuário] chega na Estratégia e já tem uma cobrança, uma coisa mais imediatista e a Estratégia vem com essa coisa mais imediatista também e você vai tentar dar autonomia para a Estratégia, trabalhar isso com o paciente, sendo que culturalmente, espiritualmente ninguém está preparado”. (G1)

“(...) a população brasileira só quer, quer, quer, quer. Não tem coragem para lidar com algumas situações, são muito passivos”. (G1)

“(...) com o psicólogo, a assistente social, o problema já vem instalado, é a pessoa já vem com um problema e quer que você resolva. Então, se ela não consegue de imediato (...) O problema está instalado e eles querem uma resolutividade muito rápida e às vezes não dá. Então eles reclamam”. (G2)

“(...) eu trazia muito essa queixa de não conseguir trabalhar com a promoção, porque as coisas já vem, e assim, as demandas são inúmeras”. (G2)

“(...) então isso a gente tem que implantar também, uma cultura diferente de saúde, implantar uma autonomia de cuidados, né?... que independe da pessoa passar em consulta. Ela tem que saber que ela precisa se alimentar, precisa de repente ter até uma ligação até com um religioso, né? Porque às vezes ela adocece por uma questão religiosa, de

culpa e tudo mais, se alimenta mal, fuma (...) um monte de coisas que a gente precisa começar a implantar para as pessoas porque elas não entendem". (G1)

"(...) porque o NASF é um educador da população e dos outros profissionais. Mas aí fica uma coisa totalmente assistencialista, então: - 'Ah, você quer essa consulta, você vai ganhar essa consulta...' E não tem só a ver com isso, tem a ver de empoderar o cidadão do que ele pode e do que ele deve, porque o usuário ele também tem deveres (...) é obrigação do usuário se cuidar, monitorar a própria saúde, buscar atitudes saudáveis, que é um pouco do que o NASF faz (...) Ampliar a vida. E aí se perde muito...porque fica uma coisa: - 'Eu quero consulta, eu quero consulta'". (G3)

Consideram ainda que a percepção de prioridade para discussão de um caso ou o atendimento de um determinado usuário pela ESF deve transcender o biológico e não se limitar à noção de risco, como exemplifica o excerto a seguir:

"Às vezes há alguns casos que a gente percebe na equipe NASF que não são casos que nossa... tem um agravo, mas aquilo afeta a equipe de uma forma que precisa passar, porque aquilo está afetando e às vezes tem outro caso que a gente julga muito mais importante e que é deixado de lado". (G3)

A perspectiva de resolutividade do NASF para a ESF sofre interferência quando o profissional médico integra a equipe NASF. Este profissional muitas vezes destoa do restante da equipe, por manter uma prática mais curativa e biologicista, o que pode gerar conflitos e sofrimento para os demais.

"Acho muito interessante a questão da resolutividade das ações. Tem uma equipe é muito boa, muito dinâmica, mas o um médico é muito médico, fechado no clínico, no orgânico, no medicamento. E eu vi uma ACS muito antiga falando:-'Ah, ele é um caso de sucesso.' Na percepção dela, ele era resolutivo, né? Consultava,

medicava, marcava o retorno. Pensando na subjetividade do NASF, é uma merda”. (G2)

“(…) Então eu também acho que isso é muito cruel, né? Quando a gente tem um médico na equipe (...) Então o NASF com médico é outro NASF, porque a percepção da equipe nessa questão da resolutividade, antes era o choque estratégia vs. NASF, então nessa região acaba sendo muito NASF vs NASF, porque fulano é muito bom, muito resolutivo, porque ele viu um colo de útero, medicou, ele é perfeito, destoa, né? Porque é uma questão medicamentosa mesmo, e é para fazer. Não estou falando que não é para fazer, mas acho que ainda é mais impactante”. (G2)

Os avanços do NASF com vistas à superação de um olhar e de um fazer menos fragmentado e ambulatorial podem ser observados, assim como o temor por um retrocesso.

“(…) não está bom e pode piorar. A tendência é virar ambulatório. Isso me aflige, porque foi difícil a gente se adaptar, a atuação, o olhar, tudo. Eu me adaptei e hoje eu não me vejo fazendo diferente... Estando em outro tipo de atenção. Essa transformação foi uma luta grande, foi um processo”. (G3)

“(…) nós, profissionais, os mais antigos principalmente, acabavam tendo uma formação para ambulatório. Acho que os mais novos estão tendo na grade de graduação um pouco mais a atenção, mas ainda é pouco, porque na prática é diferente. Sinto que agora que a formação está mudando, né? Está voltando atrás pra virar ambulatório de novo”. (G3)

4.2.1.3 O perfil, a sobrecarga e a identificação com o trabalho

Nos diferentes discursos foi possível identificar o sofrimento e a sobrecarga manifestos pelos trabalhadores do NASF em virtude da falta de perfil e conhecimento acerca da atuação pelos membros da equipe, assim

como pelo tempo de atuação no NASF, que parece “ter prazo de validade”. Além disso, o trabalhador mais antigo e com maior carga horária passa a ser utilizado como referência para o restante da equipe. A identificação pelo trabalho é o que move os profissionais do NASF a permanecer lutando por sua implementação – mesmo enfrentando desgaste, sobrecarga, sofrimento e adoecimento. Em contrapartida, a permanência de alguns trabalhadores também se dá por acomodação frente a um processo já conhecido.

“Eu fico pensando no perfil de quem entra, porque é uma questão atitudinal, essa questão tem muito mais valor do que o próprio conhecimento em si, né? Eu acho que a questão dessa pessoa ter essa disposição, essa energia, essa busca, passa a ser um diferencial muito grande, porque no primeiro momento a gente tem uma preocupação muito técnica e aí você vê que a técnica vem depois de muito investimento. Então a gente tem toda essa cobrança e você fala: - ‘Será que eu vou conseguir fazer um plano terapêutico que dê conta dessa demanda, seja na sua especificidade ou no coletivo?’ mas eu sei que isso vem depois, vem depois do vínculo com a equipe, com a família, com a equipe NASF. É algo que você constrói, é o requinte que vem depois. E depois, se você precisar, você vai ter esse tempo para se qualificar para aquela demanda. Mas não é fácil”. (G2)

“(...) há um tempo atrás havia um cuidado maior com os perfis das pessoas que entravam pro NASF. Hoje eu vejo que assim: passou na prova. Isso é complicado, porque você, eu vou falar da minha equipe, a gente tinha uma equipe que todo mundo era fino e essa coisa do grupo, vamos lá, vamos lá. Todo mundo um cuidava do outro e aí foi saindo e entrando, entrando e algumas pessoas não tem perfil nenhum, nenhum, seriam para o consultório mesmo, sabe? Meio que outra filosofia”. (G2)

“(...) o problema as vezes é isso, a gente esbarra no outro que não tem interesse ou não quer fazer porque se sente sobrecarregado. Vou ficar mais ainda, a fala é sempre essa, isso é geral e a enfermeira fala, a psicóloga, o educador físico, a

nutri, a auxiliar de enfermagem, o médico: - ‘ Eu já estou sobrecarregado, se ainda tiver que fazer o seu, vou ficar mais sobrecarregado ainda. Então eu não sei fazer, então eu vou te jogar tudo’. E eu acho que é nessa hora que você joga tudo e fala: - ‘Já falei isso dez vezes, vou falar a décima primeira, vou falar a décima segunda, vou me estressar, mas eu tenho que manter o sorriso no rosto e vou lá fazer, com o meu colega de equipe e com o meu colega do posto’. (G2)

“Quando eu entrei aqui, eu passei na prova e sabia o que era o NASF. Mas a realidade é muito diferente (...) o problema são as pessoas que entram sem saber, não entendem e ficam dez anos sem fazer nada”. (G2)

“(...) eu percebo que existem dois tipos de pessoas que entram no NASF: algumas entram entendendo o que é e outras que não entendem, mas tem uma visão de saúde, de promoção, tem uma entrega, então entram e estão ali para topar qualquer coisa (...) Só que existem outros profissionais que entram, e eu não julgo isso, enfim, pela questão do valor, do salário, entram já numa postura de top assim, então...sei lá... Eu estou, eu sou, tenho quinhentas mil pós e não preciso disso. Então é essa questão de ter perfil NASF, é difícil ter um perfil NASF, acho que tem que ter um perfil de estar aberto, né? O NASF é essa coisa louca. Uma hora tem cadeira, uma hora não tem, tem banheiro, não tem, então tem pessoas que entram e muitas vezes vão ficando, vão ficando. E aí essa resistência vai indo junto (...) Mas existem pessoas que são resistentes e que mesmo que a equipe troque uma ideia: - ‘Ó, você está um pouco... vamos discutir? O que que você acha?’ Essa pessoa muitas vezes não aceita e continua fazendo o que acha que tem que fazer”. (G2)

“Sendo um membro antigo, eu acho que a gente já passou por uma série de coisas, acho que a equipe amadureceu, já não tem aquela visão do tipo: - ‘Quem somos? De onde viemos?’ Acho que a gente conseguiu dar alguns passos e hoje nosso desafio é maior. Da gente com a gente mesmo. Eu acho que a gente tem que parar de ser vítima das circunstâncias, do contexto, da Estratégia, e tem que

mostrar do que é capaz. Eu acho que é o nosso momento de amadurecimento, até pensando essa questão política mesmo, eu acho que a gente tem que fazer acontecer mais...”. (G2)

“(...) recentemente a gente teve reunião com a gerente e aí ela veio dizer que tem percebido que o NASF está sobrecarregado com os casos, que era uma visão que a gente achava que ela nem tinha. Que está ficando tudo por conta do NASF e que ela quer que isso mude, que não é para ser assim”. (G1)

“(...) a gente começa a querer procurar outras coisas mesmo, tipo já deu, dei todas as minhas forças, não consigo mais ... Eu acho que é quando a gente começa a pensar, eu quero fazer outra coisa, sei lá, eu quero mudar de emprego, quero mudar de função. É desejar para não ficar, porque você está ali por comodismo. Eu estou ali só pelo salário? Acho que quem está só pelo salário não fica muito tempo, porque não vai ter essa resistência e essa força de ficar lutando (...) Chega uma hora que você se desgasta mesmo e vai embora”. (G1)

“(...) questão do tempo também, o tempo em que você está fazendo isso. Quem está há mais tempo é como se o nível fosse subindo até chegar uma hora que não dá mais. Quem está com menos tempo, está chegando, tem um gás diferente, né? Às vezes você já está há tanto tempo que você já falou, já fez 50 capacitações sobre o fluxo do NASF e: - ‘De novo? Está bom, vai, vamos fazer.’ Você já não faz com aquela vontade... sei lá quantas vezes eu já falei isso... Então vai ficando massante. Acho que o tempo de atuação no NASF influencia o desgaste”. (G1)

“(...) na minha equipe também sou o membro mais antigo e sinto esse peso que você sente... a equipe acaba tendo você como referência, não só a equipe do NASF, todas as equipes e isso também cansa, ficar o tempo todo ali mediando”. (G3)

“(...) aquele profissional que atua em período integral dentro da instituição e é uma referência da equipe NASF e aí tudo que ocorre é para esse

profissional de referência (...) O de 40 horas. Então chega uma hora que esgota mesmo (...) e o outro (gerente, enfermeira, ACS) que solicita tudo, quer essa resposta de imediato, entendeu?”. (G3)

“É, as vezes eu fico falando, comentando com as pessoas que trabalhar no NASF tem prazo de validade, porque chega uma hora que você tem que bater tanto na mesma tecla, tem que insistir tanto, que você perde a esperança e quando você perde a esperança já era, não dá, não vai mais assim... você tem que investir em outra coisa”. (G2)

“(...) A gente está adoecendo, mas está levando”. (G1)

“(...) há uns dois meses eu estava assim: - ‘Eu não quero mais, vou para outra coisa.’ Sei lá, não sei como que eu estou hoje de verdade. Estou meio em banho-maria”. (G2)

“Quem não gosta acaba saindo por conta da pressão, que é grande”. (G3)

A rotatividade dos profissionais, as diferenças de sobrecarga de trabalho em virtude de cargas horárias distintas, o excesso de tarefas burocráticas e administrativas, o cumprimento de metas e mais de um vínculo empregatício influenciam negativamente a qualidade de vida profissional dos trabalhadores.

“(...) cada equipe da Estratégia está em um nível de maturidade diferente, porque muda enfermeiro, muda médico, tem rotatividade de agente, então você tem que estar sempre repetindo as mesmas coisas, isso faz parte... cada semana entra um profissional diferente”. (G1)

“Eu sou meia sazonal, tem época que eu quero embora de qualquer jeito, não dá, eu trabalho seis horas, não dá, duas horas loucas, não aguento mais. Já estou angustiada, não vejo a hora de escapar dali. Aí tem época em que eu melhora”. (G1)

“O tempo é curto, né? A diferença na qualidade de vida dos profissionais que trabalham 20, 30 ou 40 horas também influencia muito. É uma carga emocional bem pesada para os de 40h e o tempo que sobra acho que tem de ser investido em qualidade de vida”. (G1)

“Acredito que o fato da fisio e da TO trabalharem 20 horas ameniza muito a carga estressante do trabalho, porque a gente está ali quatro horas, mas vai para casa, vai para outro trabalho... É claro que se tem outro trabalho, tem a carga do trabalho, o que é difícil, mas não são oito horas ali direto, né?”. (G3)

“Pesa muito você ter metas a cumprir, a bater, então tem que compartilhar, porque aqui no gráfico tem que aparecer. Então eu acho que quando você traz essa visão, acho que perde um pouco essa construção do trabalho. E aí se você vem com aquela cobrança, você tem aquelas metas, está todo mundo se afogando e ao mesmo tempo eu não sei nadar”. (G1)

“(...) quando você pega a parte administrativa, isso requer um pouco mais de atenção da gente e deixa a gente um pouco mais desgastado do que o físico mesmo. Você vai fazer a parte administrativa, que é grande, fica um pouco mais estressado, pois isso requer um pouco mais de atenção e eu acho que isso estressa um pouquinho mais”. (G2)

“(...) então é você sentar, discutir, tem que puxar toda hora, tem que fazer anotação de tudo que você faz...transcrever tudo aquilo que você faz no prontuário, pensar no que você vai dizer, de como você vai dizer. Eu acho que essa é a parte mais estressante”. (G2)

“Às vezes eu sinto uma grande cobrança que eu faço em relação a mim mesma, um exigência muito grande. Alguma coisa que a gente tem que conhecer para poder fazer esse matriciamento com as equipes, acho que impacta bastante, porque eu sempre estou procurando coisas novas para conhecer, artigos, perguntando para o outro sobre a

área dele... para poder ajudar ao máximo eles [ESF]”. (G2)

“(...) mas essas coisinhas pequenas do processo de trabalho dificultam, ter esse quadradinho, ter que fazer isso, você tem que dar produtividade, você tem que fazer tantas consultas, você tem que fazer tantas... né? Acho que isso trava um pouco o trabalho e cansa bastante”. (G3)

“A gente estava falando da rotatividade dentro do NASF, rotatividade de médicos, que também prejudica demais, desestrutura completamente. E você pode ter certeza que ele não vai ficar mais que um ano, ele vai virar as costas e vai embora, realmente assim, é isso que a gente vê”. (G3)

“(...) pensando até na turma do começo, muita gente saiu por não aguentar esse estresse mesmo: - ‘Olha, está me ocupando demais, eu acho que eu não consigo dar conta dessa demanda, eu não consigo trabalhar nessa lógica de ter que se reconstruir o tempo todo.’ Então, desde a construção do NASF as equipes que mudaram (...) todo mundo mudou, todas as equipes se desfizeram, essa é uma realidade”. (G2)

“(...) um fator que é muito estressante é a rotatividade do profissional do NASF. Eu acho que é a questão da abertura do mercado e a lei da oferta e da procura mesmo, então tem muita gente saindo porque tem oportunidades melhores de remuneração, de localização. E muita gente entrando e na Estratégia também. Então se muda muito, então às vezes é a décima primeira vez que a gente está falando para aquela equipe, mas não é a mesma equipe de origem. Muda muito e isso solicita que a gente esteja repetitivo. Então isso é um fator muito estressante para o trabalho no NASF, na Saúde Coletiva, porque esses vínculos, esses laços têm de ser todos reconstruídos e é muito difícil para o colaborador do NASF”. (G2)

“Tenho muito pouco tempo livre. Na semana trabalho em média 15 horas, tenho dois vínculos”. (G2)

“E aí a mudança de profissional, a rotatividade, tanto na Estratégia quanto no NASF, também é muito desgastante, né? E essa rotatividade eu acho que faz você parar pra pensar: - ‘Vai começar tudo de novo?’ Aí você se desespera, já fica sem cabelo, eu tinha cabelo quando eu entrei no NASF”. (G2)

“(...) mas eu estou há cinco anos e seis meses e sou o mais antigo da equipe em que eu atuo hoje e o que cansa muito não é o cuidar, não é o estar dentro da comunidade, olhar, atender, realizar, isso não cansa, eu tenho prazer nisso. O que desgasta muito é essa rotatividade tamanha de colaboradores”. (G3)

A sobrecarga também advém da grande demanda de casos, principalmente de saúde mental, atrelada ao baixo comprometimento e coresponsabilização da ESF com os casos que não precisariam ser encaminhados. Quando ligada ao profissional médico, esta questão pode estar relacionada ao perfil e também à formação.

“O psicólogo normalmente é muito procurado na equipe e isso também tem um peso grande, porque a gente tem que sempre dar conta de boa parte das coisas, por mais que a equipe ainda acolha. A equipe faz esse papel, a escuta, mas mesmo assim ainda acaba caindo no psicólogo e não é só para o paciente, né? Quantas vezes o agente comunitário vem falar com a gente por problema pessoal, às vezes a enfermeira... Então eu sinto que está todo mundo muito adoecido ao nosso redor”. (G3)

“(...) em relação aos médicos é a formação e isso me incomoda demais. O médico não é formado pra trabalhar numa unidade de saúde. Não tem formação, não tem... É uma coisa que me incomoda muito. Por exemplo, um paciente de saúde mental, né? Como que você vai conversar com um médico sobre um paciente de saúde mental? – ‘Ah, o paciente chorou e eu queria que ele passasse pelo psicólogo.’ E ele fez encaminhamento para passar com psiquiatra. Não consegue nem pensar em um início de uma medicação. Não dá para dizer: - ‘Ai, eu não sou psiquiatra, não vou medicar...’ Teoricamente, na formação deles, eles tem essa capacidade sim, mas eles não estão dispostos a isso.

Então isso é uma coisa que me incomoda muito”.
(G3)

“(...) o processo de trabalho no que se refere à saúde mental e a parte da demanda social tem muito a melhorar (...) tinha que ter muitos outros canais, né? Talvez a atenção secundária [devesse ser] um pouco melhorada para dar vazão a isso tudo. Eu particularmente ainda me sinto muito sobrecarregada”. (G3)

A mudança da portaria do NASF e a conseqüente diminuição do número de equipes apoiadas trouxe algum alívio para a sobrecarga do trabalhador.

“Eu estava realmente ficando muito doente atendendo três unidades, segunda era uma unidade, na terça era outra e na quarta, outra. Daqui a pouco eu já não sabia mais o que era, o corpo estava indo sozinho. Hoje eu atendo duas unidades com a equipe, mas ainda sinto que é cansativo. Gosto muito do que eu faço acho que se eu não gostasse seria bem difícil, pela expectativa que se gera”. (G3)

“(...) melhorou muito depois que mudou a portaria, porque tínhamos 18 equipes, estávamos em quatro unidades e hoje estamos em duas. Melhorou muito, mas mesmo assim a gente ainda esbarra com o adoecimento da própria Estratégia”. (G3)

O auge do sobrecarga, do sofrimento e o caminho para um processo de alienação pode ser observado no discurso de uma trabalhadora que havia resolvido desligar-se do NASF e a repercussão de sua fala no grupo.

“(...) dentro do contexto eu esgotei minhas forças, né? Hoje para mim não está satisfatório, está bem regular... Acho que até por isso tomei a decisão de sair, eu estou me desligando. Adoro o que eu faço, mas acho que o desgaste chegou no meu nível máximo e, vai deixando, deixa assim, sabe? Quase dá, mas entrou numa zona de conforto que começou a me incomodar... Então já não me sinto satisfeita

mesmo, por isso a decisão de pensar em outra coisa”. (G1)

“(...) e o quão preocupante é o discurso da colega também... Gosto, amo, porém não estou aguentando mais. Então preocupa e a gente fala assim: - ‘Nossa, um dia acho que vou ser eu também. A gente fica pensando, sabe?’”. (G1)

“(...) tanta gente entrou e saiu, muitos saíram por sofrimento, outros saíram amando e porque não aguentaram”. (G1)

O sofrimento e a sobrecarga dos trabalhadores do NASF falam em favor da necessidade de espaços institucionais que garantam atenção e cuidado à saúde do trabalhador.

“(...) hoje o processo de trabalho que mais me incomoda, que eu acho que precisa melhorar mesmo, é o cuidando do cuidador na verdade, acho que está precisando, né? A gente está cuidando muito do outro (...) não tem quem cuide muito da gente, o que faz com que todos os profissionais fiquem adoecidos (...) Então acho que precisa realmente ter um outro investimento, né? A gente está na atenção primária, mas a gente não tem uma prevenção ou uma promoção com a gente também, na questão de saúde mental principalmente (...)”. (G3)

4.2.1.4 A relação interpessoal e o trabalho em equipe

Ao analisar a intersubjetividade presente no trabalho em equipe, os limites e o desgaste foram expressos, assim como o estresse e os embates gerados nas relações interpessoais no cotidiano do trabalho, principalmente nos momentos de reunião de equipe. Estas dificuldades se apresentam entre a equipe do NASF e da ESF, entre o NASF e a gerência das UBS e no interior da própria equipe NASF.

A motivação para o trabalho também está relacionada à dinâmica e à interação entre as equipes. A falta de envolvimento, comprometimento, cooperação e comunicação também foram citadas como geradores de sofrimento.

“(...) nós sofremos muito com isso, né? Se tem uma desunião na equipe NASF, né? Você abre a porta daquela salinha minúscula, isso quando você tem uma sala, olha e fala assim:- ‘Poxa, encontra um amigo seu’. Nós fizemos uma amizade, pois ali a gente divide as tristezas, as mágoas, as dificuldades e consegue sair por cima. Mas essa dificuldade é grande, é um fator estressante e a gente vivencia todos os dias”. (G1)

“Então em um dia da semana a gente acorda feliz para ir trabalhar, no outro dia o café da manhã já não é tão gostoso... Você fala:- ‘Ai, meu Deus, chegou o dia!’ E aí quando passa aquele dia naquela unidade você fala: - ‘Acabou a semana!’ Mas você tem mais dois para trabalhar.. Não, não acabou. É aquele peso muito ruim que a gente carrega. Eu vejo também em relação às equipes, com uma equipe você fala, faz aquele rodízio, fica torcendo: - ‘Não, não vou, não vou, não vou, ah, não! Querem que eu vá com aquela equipe, ai meu Deus!’ Então você já entra na reunião com aquele preconceito, aquela coisa instalada já...isso gera uma angústia, então você já entra armado”. (G1)

“Uma situação do meu processo de trabalho que também tem esse impacto de estresse é resistência dentro da própria equipe. Eu tenho uma realidade assim (...) às vezes uma pessoa tem o poder de conseguir desestruturar todo mundo”. (G1)

“A comunicação também é uma coisa que precisa melhorar muito. Eu sinto que existem formas de trabalho muito diferentes na região. Não é para engessar, mas acho que precisa ter uma comunicação mais alinhada. Não é só de uma região para outra, às vezes é na mesma região. Até na mesma equipe NASF eu acho que às vezes tem diferenças”. (G3)

“Mas querendo ou não, a gente está junto, querendo ou não exige um momento obrigatório de convivência e isso que é complicado. Por mais que a gente busque caminhos, tem uma obrigatoriedade de pensar junto em algum momento, de ter que conviver e isso é ruim. Quando a equipe não está bem ou se é só uma pessoa que contamina tudo, né? Porque não tem como fugir daquilo, a gente consegue tentar dar um jeitinho durante um tempo, mas por muito tempo não vejo saída”. (G1)

“Acho que as relações desgastam muito (...) eu tenho que trabalhar com alguém que não está se doando para o trabalho, não fazendo da forma que deveria e você quer fazer com que as coisas funcionem certo, daí não acontece. Acho que é um fator que ultimamente tem me exaurido, estou em uma fase que acho que não é nem essa fase, é posterior, está muito pior agora”. (G2)

“Quando a gente pensa no impacto na nossa rotina, na nossa qualidade de vida, é o trabalho com pessoas e isso pode ser muito satisfatório, mas isso tem um impacto muito grande também”. (G2)

“(...) nosso trabalho está muito nessa intensidade, de ser algo muito bom. Quando a gente organiza evento, programa um grupo, faz uma série de coisas, é muito bom, há coisas que você faz que é muito bacana (...) e aí você oscila para o outro extremo, que são essas relações, esse desgaste, essa questão do envolvimento”. (G2)

“(...) é muito mais cansativa a dinâmica de fluxo de trabalho, de colegas de trabalho. Às vezes realmente sinto que falta do mesmo comprometimento de colegas, quem se cobra muito acaba fazendo mais, não pelo que o outro está querendo que você faça, mas porque você tem uma auto-cobrança (...) Não dá para fazer por nós e pelo outro sempre (...) porque a gente quer fazer as coisas bem feitas e o bem feito depende de um coletivo, então se cada um fizer uma boa parte bem feita, dá para ficar um trabalho bem bacana. Mas a gente, eu pelo menos, as vezes tento não deixar transparecer essa imagem da equipe e algumas vezes percebo que vai falhar ali

pra outros...pacientes, colegas, outros colegas de trabalho. A gente sempre tenta um jeito de resolver e não passar para o outro que não tem nada a ver com essa situação e isso faz com que a gente fique mais cansado, mais desgastado”. (G3)

“Quando a equipe está desconectada, não está unida, o trabalho piora. É difícil conseguir manter a equipe unida quando o fluxo de troca de profissional é muito grande. Trabalhar no NASF para mim é recomeçar todos os dias”. (G3)

“(...) então eu acho que isso desgasta bastante, você reagendar e as vezes a gente ficar atrás da ACS falar que tem uma VD, gente, eu acho isso assim o ó. Porque se você marcou, acredito que elas tenham uma agenda, alguma coisa (...) E às vezes, mesmo reforçando: - ‘Ah, te espero tal hora aqui, você vai procurar, aonde, né?’ (...) A gente faz o convite e percebe que não veio ou porque não foi entregue ou porque foi entregue um dia antes”. (G3)

“(...) o trabalho em equipe é ambíguo: ao mesmo tempo em que a equipe se fortalece, eu acho que a equipe NASF trabalhando junto a coisa anda, porque você está com outras pessoas e um apoia o outro e é natural que tem momentos que alguém da equipe está mais largado e outro está mais fortalecido e tem momentos que você está mais cansado, você larga um pouco a mão e o outro segura um pouco. Acho que isso é natural. Mas ao mesmo tempo que isso ajuda, isso também atrapalha, porque quando tem uma pessoa que não está na onda, na vibe de fazer o trabalho como tem que ser feito, essa pessoa destoa da equipe e isso dificulta muito o trabalho. Então, você percebe claramente quando tem alguém ali que não está afim mesmo de compartilhar, de dividir”. (G3)

“(...) então a equipe é uma coisa que ao mesmo tempo em que ajuda, não está unida, é um dificultador”. (G3)

“Acho que depende muito da nossa característica, do quanto a gente quer fazer, do quanto a gente vai se doar, do quanto que a gente quer que aquilo dê

certo, que funcione. Mas você não trabalha sozinho, né? Trabalha com uma equipe inteira e esse o grande peso que a gente carrega mesmo, talvez por querer motivar uma equipe inteira, fazer todo mundo ter o mesmo ideal, para faça da mesma maneira, da melhor maneira e mostre para todo mundo que funciona, que vai dar certo, todo mundo no mesmo pique... E você começa a cansar (...) tenta de todas as formas e parece que a coisa não anda". (G2)

"Hoje eu tinha uma consulta as 8:15 da manhã: - 'Fulana, olha, o paciente não veio, por quê?' - 'Não entreguei o convite'. Daí você fica: - 'Meu Deus do céu, o que que eu faço?' A ACS não entregou o convite, não é falta, não é culpa do paciente. Então assim, você fica dividido, você acaba entrando em sofrimento. Porque você prepara, poxa vamos lá, vamos atender, fazer compartilhado e aí o paciente não vem. Tudo isso desmotiva, porque é a equipe, né?". (G1)

Os sujeitos julgam que o trabalho em equipe fica comprometido quando a dinâmica e os resultados da equipe da ESF não estão bons.

"Eu já vivi também uma situação de uma unidade em que era péssimo ir pra lá, todo mundo sofria... eu acho que a unidade estava em um momento ruim, tanto na gestão da gerência quanto em toda a equipe, era uma equipe que estava ruim, os números estavam ruins, então não estava fluindo, né? E aí quando o NASF entrava parecia que: - 'Ah! Eles estão fora dessa coisa ruim...' Porque a gente só ia uma vez na semana lá. Então parecia que quando nós chegávamos: - 'Então vocês querem mudar o mundo, né? Mas não é bem assim, o bicho tá pegando aqui, né? Não adiantava querer fazer grupo, grupo.' Então o que impactava era essa questão ruim de eu não querer ir para unidade, era esse clima de falência da unidade, de todo o conjunto". (G1)

"O ambiente, né? Não sei, é uma química meio diferente, que quando você entra naquele espaço, aquele bom dia não é retribuído da mesma maneira que você oferece e acho que, como a colega colocou

aqui, aquela equipe estar em sofrimento mesmo, é um espaço vulnerável, é difícil, a estrutura física é uma dificuldade, não tem banheiro, não posso beber uma água, não dá para tomar um café, não tem onde almoçar. Então eu acho que as pessoas estão sobrecarregadas e às vezes você chega e até tenta trazer algo diferente e aí: - 'Por que ele tá sorrindo? Porque que ele quer fazer isso? Onde ele tá pensando que ele tá? Deixa, é que não pegou fulano ainda, quando ele pegar o fulano quero ver se ele vai agir desse jeito". (G1)

Embora haja um discurso de integração e alinhamento, transparece a disputa e a desigualdade de poder entre as equipes NASF e ESF, assim como a diferença de maturidade dos profissionais. Fica evidente o peso de trabalhar em uma equipe com profissionais com formações distintas, como no caso do NASF, daí a importância do vínculo entre os trabalhadores.

“A maturidade emocional das pessoas é o que mais impacta na relação, é o que mais atrapalha. Não é nem a questão técnica, porque eu posso chegar em uma enfermeira que eu estou tendo problema técnico, chegar em um médico, em uma equipe e discutir algo que pode ser melhorado, mas se aquela pessoa não consegue separar que nesse momento nós estamos resolvendo algo e depois podemos sair para tomar um café, almoçar, que a vida continua, aquilo vai crescer e vai deixar picuinha, umas coisinhas que vão atrapalhar o grupo, que vai se desfazer, vai desfazer a ação. Daí a pessoa começa a dar desculpas para não fazer a atividade compartilhada (...) Tem de entender que é uma coisa profissional, que não existe uma crítica pessoal, que talvez até precise no longo prazo melhorar para aceitar crítica, corrigir um erro. Isso impacta muito. Então eu acho que nossa maturidade para poder trabalhar é muito importante, não só para atender, mas para lidar com o colega”. (G1)

“(...) porque a gente tem outros fatores que influenciam também, como o relacionamento interpessoal, então a gente tem que tomar cuidado com a cobrança. A gente tem um coordenador, tem unidade que tem um, dois gerentes, cada um com um pensamento diferente. Nós temos que ser flexíveis o

suficiente para poder se adaptar em cada unidade, em cada reunião de equipe, cada enfermeiro, cada médico. Eu acho que isso é um probleminha mesmo, que gera uma ansiedade um pouco”. (G1)

“Você tem que ter muito mais paciência do que o necessário, porque não parece que você está falando com pessoa adulta, sabe? E isso me tira do sério. Como eu não sou paciente, tenho de parar, respirar, falar algumas coisas, mas não porque é aquilo que já sei que tenho que repetir, mas pensar em algo que a pessoa precisa ouvir. E tem que falar de um jeito que não vai magoar tanto, pois a intenção não é magoar, a intenção é rever alguns pontos, de repente a questão da corresponsabilização, às vezes a pessoa quer se livrar daquilo e não consegue tecnicamente dar conta. – ‘Então vamos discutir sobre isso? Rever o que está errado? O que você não sabe? O que que nós podemos fazer juntos?’ Nós estamos aqui para fazer um matriciamento. Se a pessoa se ofender, aquilo pode impactar, achar que é algo pessoal e não é, é seu trabalho”. (G1)

“Eu acredito em igualdade, mas nem todo mundo é igual no trabalho”. (G2)

“Eu acho que realmente a equipe (NASF) tem que estar afinada, né? Porque as equipes (ESF) vão pegar os pontos fracos”. (G2)

“Quando eu cheguei, já senti esse impacto da responsabilidade que tinha por ser técnica do NASF, ser uma fono de NASF e eu percebia, porque assim, são muitas... é uma relação com muitas pessoas. Então quando eu cheguei eu percebi que se alguém, algum técnico do NASF era uma pessoa mais quieta, não tinha uma coisa muito proativa, eles (ESF) meio que ficavam queimando, dizendo que a pessoa era ruim. Aí eu já entrei com aquele peso. Meu Deus, tenho que arrasar, porque se eu fizer qualquer coisa aqui, eu trabalho nessa UBS que tem seis enfermeiras, se eu fizer alguma coisa errada aqui, vai espalhar para todo mundo. Ninguém vai acreditar mais no meu trabalho, então eu sinto que isso é um fator estressante, essa cobrança”. (G1)

“Três vertentes impactam na qualidade do NASF. E acho que fica um pouco baseado no vínculo, o tanto que a gente trabalha com o vínculo com a população, isso vai ter resultado no nosso trabalho... o tanto que a gente depende do vínculo com a Estratégia para fazer o processo de trabalho funcionar e o quanto a gente tem de vínculo dentro da equipe para conseguir falar tudo na mesma linha frente à dificuldade”. (G1)

“Minha antiga coordenadora utilizava uma palavra que eu não entendia aquilo, eu peço até desculpas pelo que vou colocar agora aqui, ela falava assim: - ‘É equipe prostituta...’ E aí eu falava: - ‘Gente, que palavra horrível!’ Mas era do jeito dela... Mas a gente tem que prostituir a todo momento, tudo é o NASF, o NASF. Tem que mudar o horário de grupo porque tem que fazer a reunião no horário da equipe médica, aquele grupo, nossa a comunidade já sabe que aquele grupo corre todos os dias às oito horas, mas o médico da equipe X quer fazer reunião às oito, então seu grupo vai para as dez, mas às dez o espaço já tem outro grupo, então vai para as duas, mas às duas a comunidade não pode, tem que ser às oito... Então eu vejo que flexibilizar demais... Hoje eu vejo que a Estratégia não caminha mais sem o NASF, não caminha mais sem educador físico, não caminha mais sem psicóloga, não caminha mais sem TO, sem as categorias presentes ali, eles não conseguem mais caminhar, porque hoje eles tem depositado no NASF”. (G3)

As diferentes dinâmicas e a diversas características presentes entre os profissionais que compõem a UBS ficam explícitas nas falas acerca das reuniões de equipe. Para os trabalhadores do NASF, essa atividade do processo de trabalho é que mais estressa e repercute negativamente na qualidade de vida profissional.

“Se for parar para pensar nisso, você pega uma unidade grande ou pequena e você entra numa reunião e é prazeroso estar naquela reunião daí você sai e entra na outra e fala: - ‘Meu Deus!’ Você se benze. Quando essa diferença é gritante, isso te incomoda, acho que incomoda a gente de um modo geral”. (G1)

“(...) a reunião de equipe é muito estressante”. (G2)

“Eu acho que o top é reunião de equipe”. (G2)

“Tem dia que você acorda e você lembra: - ‘Vixe, hoje tem reunião com a equipe quatro”. (G2)

“É uma equipe que não se envolve, não discute o caso previamente, não está aberta para qualquer sugestão que você vai propor de construção coletiva, então tudo já foi feito. Outra equipe já discutiu um caso pensando na solução e quer que você abrace, então está aberta ao diálogo, já determinou que aquilo tem que passar em consulta individual com o psicólogo e aí a gente vai problematizar. Isso é muito ruim e os casos que são muito rasos, você vê que não aprofundou, então se sabe pouco. Às vezes é uma demanda de papel e querem que a gente engula aquele caso goela abaixo, sem investigar, sem ampliar o olhar para aquele sujeito, para aquela família”. (G1)

“(...) no meio disso tudo tem a forma como as pessoas se comunicam e aí faz muita diferença uma cara fechada. Você chega e já vê aquilo ou então a forma de falar super grosso (...) É muito ruim, você chega na reunião e quer discutir, mas já está pronto. A gente vai fazer isso e pronto, ninguém quer te escutar, isso é muito ruim também”. (G2)

“Eu acho que a saída é a gente pedir para o gerente para participar da reunião, que aí ele vai ver toda essa dinâmica que a gente já vê, a não ser que o pessoal vai disfarçar muito, mas acho que pouco provável que consiga disfarçar”. (G3)

A postura pouco objetiva e de superioridade de alguns dos trabalhadores do NASF foi mencionada como um dificultador neste processo de interação e alinhamento da equipe.

“Às vezes eu acho que tem muitas pessoas que delegam o fracasso, por exemplo, de uma reunião, alguma coisa assim, para a Estratégia. Então

dizem:- ‘Ah, eles são resistentes, eles não querem. O enfermeiro é folgado, o médico não sei o quê...’. Não pensa como chegar até a Estratégia, qual é a melhor forma de acessar. Porque você pode chegar tranquilamente: - ‘Gente, vocês precisam discutir os casos antes, fulaninho é um caso que nunca passou pela Estratégia.’ Você pode falar muito tranquilamente ou você pode ir como se fosse uma consultora, sabe? A IBM me contratou e eu sou uma consultora e aí eu chego toda montada no salto e vou apontar o erro do outro. E às vezes eu acho que alguns profissionais se colocam assim, acima do bem e do mal. Você está fazendo um trabalho e aí causa um ranço que depois é difícil quebrar, entendeu?’. (G2)

“(...) as pessoas cobram que a gente resolva e às vezes a gente se omite de se colocar em algumas coisas, fazer algumas pontuações nas reuniões de equipe. Então, para mim, se você falar eu não sei, eu vou ver, OK, mas se você ficar num discurso meia hora, falar e não disser nada, a equipe vai desacreditar em você (...) Porque as pessoas às vezes ficam meia hora no blá, blá, blá e é um vazio. Aí eu acho que aí que pega, que o NASF não é resolutivo, entendeu?’. (G2)

“(...) cada um tem sua história, mas algumas coisas têm que partir da objetividade (...) Isso traz muito sofrimento assim, sabe? E aí o grupo deixa de ser funcional (...) Aí no trabalho em grupo isso fica muito desgastante, é muita compreensão para uma coisa que é prática, pa-pum, ou faz ou não faz, entendeu?’. (G2)

4.2.1.5 A sensação de não pertencimento e a falta de infraestrutura

Fica visível nos depoimentos o sofrimento dos trabalhadores do NASF por não se sentirem integrantes da UBS, da equipe e dos processos de trabalho desenvolvidos. Esse sentimento de menos valia, compromete a identidade do trabalhador e realização de si próprio **no** e **pelo** trabalho.

A percepção de que o trabalhador está invadindo o espaço da ESF faz-se presente quando utiliza as salas e demais recursos da UBS, na

desvalorização e não priorização de suas intervenções, principalmente pelo fato da UBS apresentar metas assistenciais de produtividade maiores que os trabalhadores do NASF. A falta de infraestrutura está presente para todos os membros da equipe, no entanto, o NASF fica mais suscetível e até vulnerável frente a essa falta.

“A gente brinca que às vezes na equipe o NASF não é de ninguém. Várias pessoas que poderiam entrar ali, dar algum apoio no dia-a-dia, às vezes uma coisa que está ‘bombando’ e precisava naquele momento entrar alguém e falar alguma coisa para dar uma baixada na bola, mas não rola, entendeu? Isso também é uma situação do processo de trabalho”. (G1)

“(...) a gente não constrói junto. Eu vejo às vezes o NASF longe, separado fazendo na salinha dele”. (G1)

“O que impacta é a possibilidade de fazer algumas coisas mas não ter espaço, não ter uma estrutura mais organizada para isso, então tem que improvisar além da conta e isso é um fator estressante”. (G1)

“(...) o paciente vai faltar; o grupo não vai acontecer; não vou ter espaço para alguma coisa e a gente vai ter que se virar; então eu já estou preparada para fazer; já vai pensando num plano B sempre. Aí eu não sofro tanto com a pressão de tem que fazer, tem que ser”. (G1)

“(...) é o espaço, é material que você vai correr atrás, é cadeira que você tem correr atrás. Você perde muito tempo organizando um espaço e as pessoas não entendem que você precisa de um espaço e a outra pessoa que também está dividindo espaço com você não gosta. Então o outro precisa entender seu trabalho também (...) Eu acho que isso impacta um pouco também, a gente ir atrás, a gente vai, a gente corre, tem aquele tempo para fazer o grupo, tem que evoluir, depois tem que arrumar

todas as coisas, deixar tudo em ordem e às vezes você não é visto (...)". (G1)

"Eu estou há dois anos participando... – 'Ah, dezembro, oba! Planejamento!'" E... – 'Eu já fiz, depois eu passo para vocês.' Oi? E aí? – 'Hoje vai ser o planejamento?' – 'Ah... mudei de data, vai ser na terça-feira...' – 'Mas a equipe só vem de segunda, né? (...) Não pudemos compartilhar durante dois anos". (G1)

"(...) eu já tive uma unidade que era uma pedra no sapato (...) tinha momento que eu queria trucidar metade da equipe, porque eles desgastavam, menosprezavam, agente comunitário dava ordem para enfermeira, uma equipe super difícil, eu sofria depois". (G2)

"(...) o maior problema acho sempre que é espaço, da gente ter uma salinha, um consultório, não para gente ter as coisas, sempre foi jogado pra cá, jogado pra lá, inclusive mais de uma vez (...) Gente, parece que você não é nada ali. Por exemplo, a gente tem os grupos e se foi planejado no planejamento anual, se está lá, eu acho que tem que respeitar, tanto a gente quanto eles. Daí você chega lá, eu vou de quinta-feira, sempre tem gente nos espaços: - 'Gente, vai ter o grupo.' – 'A gente tá usando!' – 'Mas gente, estava no planejamento!' Hoje a gente até tenta pegar os dias menos [concorridos], mas não acontece e aí a gente já não tem mais espaço nenhum, nenhum, sabe?". (G2)

"Nossa, mas a gente tem sala, tem computador, tem armário, coitados dos outros que não tem. Então você vê essa diferença quando você tem um colaborador que tem essa estrutura mínima, né? E eu acho que acaba sendo estressante. Até outras situações mais extremas de roubo, a gente teve situação de roubo. Então, o pessoal do NASF joga a bolsa em qualquer canto, é muito mais fácil roubar, é muito vulnerável". (G2)

"(...) não é a vulnerabilidade do território, a que toda a equipe está sujeita. É ruim quando a gente não pertence a ponto de ser vítima da violência, de

um roubo e os outros não, porque eles tem uma estrutura, armário, sala e aquele ambiente, né? Eu acho que isso é chocante, porque quando ninguém tem você fala: - 'Estamos no mesmo barco, a unidade é muito pequena e não cabe ninguém.' Mas quando acontece só com a gente, acho que é mais chocante". (G2)

"Essa questão do espaço às vezes é ruim, você quer ter sua organização e não consegue. Por exemplo, você está sentado com seus prontuários para evoluir e tem de sair pra alguma coisa, uma eventualidade, quando você volta você não tem mais aquele espaço. OK, o espaço é coletivo, eu saio de lá e vou sentar em outro lugar. Daí você começa a fazer as coisas na sua perna, porque não tem mesa também, enfim. Então é essa coisa, a gente entende que é a coletividade, infelizmente, né?... Está propício a isso, mas é ruim isso. E também não tem computador, que é muito ruim. A gente tem tanta coisa que precisaria pesquisar, imprimir, para fazer acontecer e tal, convite de grupo (...) Você tem que ficar pleiteando computador com o administrativo e não dá para ficar só nos olhares. Daí chega a gerente e fala que você não pode usar o computador, que você não tem o acesso e ponto final. - 'Não dá para fazer na sua casa?' Como é sua rotina de casa? Não tem que desligar do trabalho também em casa? Como é que fica, né? É bem isso, é bem complicado". (G2)

"(...) às vezes a gente está atendendo o paciente e o enfermeiro que estava fora chega... e ele quer que você saia". (G2)

"(...) a auxiliar estava arrumando os exames e aí precisávamos atender. - 'Ah, estou usando, estou vendo os exames, estou organizando.' Coisas que poderiam fazer em qualquer lugar. Eu acho que me sinto assim, meio ao léu". (G2)

"(...) porque a gente não pertence àquele lugar. Pelo menos é a visão que eles passam, né?". (G2)

"(...) porque tem um sentimento também de desvalia, né? Porque você está fazendo um trabalho que não

está sendo valorizado em nada. Parece que você está lá implorando para fazer uma coisa que é seu trabalho e que é importante”. (G3)

“(...) às vezes a gente tem de ficar lidando com melindres, coisas bobas, pequenas, que ficam sugando nossa energia, né? Às vezes a gente precisa pedir: - ‘Dá licença, eu preciso trabalhar. Com licença, aqui também é meu espaço, né?’ É como se o NASF viesse para invadir. Então o NASF vai atender lá na sala da coleta, na sala do curativo e ainda fazem cara feia”. (G3)

“Esses dias a paciente ficou 35 minutos aguardando porque o NASF ficou 35 minutos atrás de sala”. (G3)

“(...) em algumas unidades em que eu trabalho o pessoal é bem parceiro: - ‘O olha não estou usando aqui, eu estou na supervisão, então entra aqui e senta, atende aqui.’ Tem esse lado também. Mas a sala dos ACS é grande e que sete do NASF ficam nesse trequinho aqui... E aí a ACS vem e fica bem perto, naquela postura ‘daqui não saio, daqui ninguém me tira, vocês estão invadindo nosso espaço.’ A gente tem que ser parceiro. E como a gente tem de flexibilizar o tempo todo, eles também precisam aprender a flexibilizar, né?”. (G3)

“(...) agora para atender em consultório médico você tem que ir até a direção pedir a chave do consultório, porque o médico sai, tranca a porta, a enfermeira também tranca a porta e você só tem a sala do NASF ou a sala de reunião, que é uma sala aberta. Então a sala do NASF é uma sala aberta, a sala de reunião é uma sala aberta e a sala de grupo. Então porque só ele pode atender em uma sala reservada, fechada, onde ninguém atrapalha? (...) Isso também é falta de compreensão, porque você falou aqui que atuava em quatro unidades, 18 equipes, você atua em 18, mas quando você chega naquela unidade a pessoa não quer saber se você acolhe 18 equipes, o tanto de pacientes que você acolhe junto com a equipe, se você discute, matricula e tudo mais. Então essa falta de compreensão prejudica a equipe, adocece a equipe”. (G3)

Os recursos e espaços da comunidade são utilizados como uma alternativa frente à falta de infraestrutura da UBS, no entanto, alguns deles são insalubres para o desenvolvimento de ações de saúde e a população não os reconhece como uma extensão da UBS. Além disso, o absenteísmo principalmente nas ações em grupo também é apontado como impactante, assim como a característica da região no tocante à acessibilidade para a UBS.

“(...) o número de faltas também tem muito a ver com a região, muitas vezes você agenda coisas que acabam não acontecendo, ou porque a UBS não é organizada ou porque o paciente faltou por alguma razão, ou porque é difícil o acesso, daí você tem que ficar pensando em como justificar ou como cobrir aquilo (...) Reservei três horas para fazer um grupo com alguém e não vai acontecer, né? Você planejou, você fez, mas depende de outras coisas que não rolaram (...) Mas para fazer acontecer você sempre dá sua alma ali”. (G1)

“Eu sinto que a gente precisa melhorar a parte estrutural, nem todas as unidades disponibilidade de salas para grupos... Atendimento na comunidade, a gente consegue parceria, mas eu sinto que os parceiros percebem que a gente só utiliza o espaço deles e pouco tem uma, um auxílio de repente, muitas das igrejas dos centros comunitários que a gente utiliza tem uma precariedade na questão da higiene, água, banheiro e é difícil. Então isso dificulta que a gente faça realmente um trabalho de promoção à saúde em um espaço que onde as vezes não tem nem banheiro para a gente usar (...) A gente não garante a acessibilidade para todos os pacientes, muitos lugares tem só escada (...) daí como é que vai ter acessibilidade para o paciente cadeirante, idoso, com algum tipo de limitação?”. (G3)

“(...) lá no X também tem difícil acesso, não tem espaço, então as pessoas não estão acostumadas a ir, porque não tem uma cultura de procurar por falta de espaço e para elas ir em uma casa, ir em outro

espaço que não o da própria unidade parece que não é um atendimento em saúde”. (G1)

Também foi mencionada a impossibilidade de realizar as solicitações vindas da gestão, pela falta de infraestrutura.

“(...) acho que é uma luta nossa mesmo. Ou não se organiza direito, ou se organiza e não se cumpre, ou tem aquelas coisas que chegam meio enviesado, principalmente quando a gente chega em alguma unidade, né?... isso é muito estressante mesmo”. (G2)

“O que me estressa é não ter estrutura para coisas que são pedidas, mas não tem como realizar, né? Então eles cobram coisas que não tem, que fisicamente não é possível, ou as pessoas não estão preparadas para fazer, não se situam”. (G1)

4.2.1.6 A violência e a vulnerabilidade do território

As falas revelaram ambiguidades em relação ao sofrimento ou estresse desencadeado pela realidade de maior violência e vulnerabilidade presente nos diversos territórios. Para alguns trabalhadores, o contexto influencia a qualidade de vida profissional, pela ressonância com seu papel social, mas para a maioria não é paralisante ou gerador de sofrimento em si, apesar da exposição.

O desgaste e o sofrimento identificados dizem respeito à responsabilidade, que na maioria das vezes é atribuída exclusivamente ao NASF, de realizar notificações relativas às diversas formas de violência, negligência e abuso presentes no território aos diversos órgãos competentes, como Conselho Tutelar, Delegacia do Idoso, Ministério Público, dentre outros.

“(...) a responsabilidade que nos é dada de responder a uma ouvidoria, preencher uma planilha,

algo que não é nosso, mas o gerente bateu lá na porta e como que você vai falar que: - 'Olha, não sou eu, né? O enfermeiro que conhece...' Não, e as vezes a gente tem que pegar a planilha lá com o enfermeiro, sentar para ajudar a fazer e gera essa angústia. A questão das ouvidorias e tudo mais, então tem esse mesmo peso para a gente responder, ação judicial, ir a fórum, responder processo, sendo que a gente nem acompanha, né? Não é o responsável direto por aquela família... Acho que isso também gera um pouquinho de ansiedade". (G1)

"(...) eu me coloco em situação de risco. Às vezes eu tenho que enfrentar em alguns casos... Agora para a situação de vulnerabilidade eu procuro fazer meu trabalho, buscar rede, mas é uma realidade que nós vivemos, mas o que me impacta é como eu fico vulnerável". (G1)

"(...) escolher trabalhar no NASF significa estar nessa região mais próxima de vulnerabilidade, eu acho que o dia-a-dia de trabalho, pensando que a saúde, principalmente a Estratégia Saúde da Família, o NASF, são as que entram na casa das pessoas, né? A gente levanta uma demanda que pode ter uma precariedade em todos os serviços, a parte social, a parte educacional, a dinâmica familiar, só que quem está dentro, enquanto governo, enquanto Estado, dentro dessa unidade somos nós, os agentes comunitários (...) Quando a gente encontra alguns aspectos de violência, alguns aspectos de negligência e que tem esse papel da notificação de tudo e que volta a outras questões, de quanto será que um agente comunitário pode ficar exposto, quanto a gente está com essa relação da saúde da família lá perto". (G1)

"Se você pegar uma equipe, uma unidade que tem uma equipe com um número de casos de violência maior que as outras, é um dia que você trabalha mais sofrido do que quando você trabalha mais a promoção. Eu acho que nesses cinco anos e meio a gente vem trabalhando bastante a questão de saúde mental, PTS e vulnerabilidade". (G1)

“(...) a diferença é a vulnerabilidade no PSF, na Estratégia, no NASF. Por exemplo, se eu for assistente social na secretaria de segurança pública, lá a gente dá a conduta e acabou ali. Aqui não, a gente tem o acompanhamento, então eu acho que o caso de negligência, o caso de violência se torna mais pesado por isso, né? Porque o paciente está mais próximo da gente, às vezes a gente pega um caso de violência muito pior e eu estou muito perto dele. Então isso acaba mexendo, às vezes mexe com a gente (...) às vezes eu olho na minha agenda e os dias que eu tenho mais visitas em relação a negligência ou violência eu vou embora para casa mais cansada. É fato, né? Apesar de ter estudado, ter me pós-graduado para isso, trabalhar com essas questões tem um lado do ser humano que eu não posso deixar na minha casa e vir trabalhar, porque senão perdi também a minha essência”. (G1)

“Tem coisas que é mais tranquilo, tem coisas que causam mais sofrimento, né? Eu acho que a vulnerabilidade no NASF pega mais por isso, porque a gente está muito perto dela, a gente nunca tem um distanciamento, a gente faz a visita, amanhã essa criança está no grupo e daqui a pouco vem a mãe com uma queixa. Então isso acaba fazendo... a gente es tá dentro daquela situação, entende? Acho que é por isso que as vezes dá mais impacto”. (G1)

“(...) acho que a questão da vulnerabilidade interfere, pode interferir sim na qualidade de vida, porque tem casos em que a gente fica realmente mais tocado, a gente fica pensando naquilo, fica revivendo a situação porque está ali no acompanhamento da família”. (G1)

“(...) quando você trabalha em grupo o abuso de violência contra a criança, os casos mais extremos, por mais que você tente fazer essa divisão, você não se diferencia do seu papel social”. (G2)

“(...) não é uma coisa que não me preocupa muito a questão da segurança. Entendo que é um território vulnerável, quando vem os casos de violência física, eu fico chocada, penso como é difícil estar num

território desse jeito, mas não é algo que me amedronte”. (G2)

“(...) os agentes comunitários já avisam, tem regiões que é melhor você não ir sozinho (...) Ela entrou de férias, deixou um representante dela lá na comunidade: - ‘Olha, o enfermeiro vai aparecer aqui com a equipe duas vezes por mês pra fazer algumas atividades.’ Respeitando isso, foi tudo bem (...) Sexta-feira depois do meio dia não é pra circular, então a gente não marca nada naquela região naquele horário. Não é um estresse, mas gera desconforto”. (G2)

“Em questão de vulnerabilidade, em duas unidades em que estou já teve roubo de carro de funcionário, já teve meio sequestro relâmpago, já teve várias formas de violência, a enfermeira saiu, o médico saiu (...) Eu adoro os dois postos que eu trabalho, então eu não vou ficar neurótico e vou sair dali que é um lugar que eu gosto, com as pessoas que eu gosto, com o trabalho que eu gosto. Você só tem que tomar cuidado”. (G2)

“(...) tem um território com uma peculiaridade, a vulnerabilidade social extrema, extrema, extrema, extrema, de você fazer uma visita e a pessoa com um colega NASF ou enfermeiro e fazer uma orientação nutricional e a pessoa virar pra você e falar: - ‘Eu não tenho nada pra comer hoje. Ontem eu comi porque o vizinho me deu uma lata de sardinha.’ Aí você engole tudo aquilo que você falou. E agora, o que fazer? E a burocracia é muito grande. A gente sabe que tem a rede de apoio, que tem o CRAS, que tem assistência, tem o SASF, mas não é tão imediato quanto aquela situação que requer uma assistência”. (G3)

“(...) lidar com a questão da violência em si nas residências que às vezes a gente tem que ir com a Estratégia. A gente sabe que o pai é agressivo, e algumas situações de denúncia envolvem... Acho que a parte de serviço social também pega bastante, na minha eu acho que é mais isso. Você quer denunciar, mas o pai é um bandido, é responsável pelo tráfico e

o que a gente vai fazer? Então eu acho que são esses casos mais graves”. (G3)

As notificações de violência expõem diretamente os agentes comunitários de saúde que moram no território, o que os torna mais vulneráveis e passíveis de ameaça. Esta exposição também pode ocorrer com psicólogos e assistentes sociais, que tem um contato maior com as questões de violência e notificação.

“Eu trabalho com uma enfermeira em um caso super grave (...) As crianças foram tiradas, o conselho retirou as crianças e foi em um período que a ACS tinha ido viajar (...) todo mundo tinha certeza que essa mulher iria para cima da ACS. A enfermeira foi lá, eu fui com ela e a gente disse assim: - ‘Olha, fiquei sabendo ontem, a ACS não está aqui, ela também não sabe.’ Enfim, ao contornar a situação a gente tirou a ACS porque a gente sabia que ela seria meio que ameaçada”. (G2)

“(...) o serviço social é a profissão que é mais engolida, o psicólogo ainda mais, porque são questões de vulnerabilidade. Então se você começar a se abrir para tudo, de repente você não existe mais”. (G3)

“(...) aconteceu a semana passada comigo. Eu estava em uma reunião e a gente tem duas ACS nessa equipe que adotaram crianças de uma forma ilegal (...) Estavam discutindo caso de uma moradora da área que iria fazer a mesma coisa, e a parceira do NASF que estava comigo começou o discurso: - ‘A gente tem que denunciar para o conselho tutelar.’ – ‘Por que tem que denunciar?’ – ‘Porque é uma adoção ilegal.’ E aí elas começaram um embate e eu falei: - ‘Para, pelo amor de Deus, para.’ Ela sabia da história, não sei se ela esqueceu. Depois eu falei: - ‘Você ia apanhar naquele lugar.’ Como a gente vai apontar uma coisa que é a realidade delas? Pode ser errado, mas funciona assim”. (G2)

“(...) vamos denunciar. Aí eu falo não, não denuncio. A ACS estava aqui no dia, corre risco. E agora, o

que a gente vai fazer? É isso que eu falo, o que a gente vai fazer? A gente sabe o que deve ser feito, mas em algum momento eu não posso, como eu vou barrar ou alguém vai me parar? Acho que isso que traz angústia”. (G2)

4.2.2 Prazer

Nesta categoria analítica, o trabalho em equipe volta a ser abordado, agora como uma potencialidade e fonte de prazer aos trabalhadores do NASF. O sentimento de prazer emerge principalmente da identificação com a proposta do NASF e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, assim como pela aprendizagem oportunizada pelo contato com os demais profissionais em uma perspectiva interdisciplinar de trabalho em equipe e por meio da Educação Permanente em Saúde. Apesar das dificuldades e do sofrimento decorrentes da rotina do trabalho, na perspectiva dos trabalhadores do NASF, existem vários momentos satisfatórios e que proporcionam prazer.

4.2.2.1 A identificação com a proposta do NASF e o reconhecimento pelo trabalho

Uma das molas propulsoras para os trabalhadores está relacionada à identificação com o modelo proposto pelo NASF, o que propicia um novo sentido e identidade para a vida profissional e é capaz de transformar o trabalhador, tornando-o mais aberto, resiliente, flexível, e realizado:

“Eu acho que acreditar na proposta do NASF me faz não desistir e entender o contexto, né? Pensando na Estratégia, na relação, como foi a chegada do NASF... Porque que ainda tem pessoas resistentes, que estão aí há tanto tempo e ainda estão mais resistentes. Mas acho que [temos de] tentar entender o contexto, não ficar só na fala, enfim, do NASF, NASF, NASF. Entender a história da estratégia, acho

que isso dá um gás diferente, acreditar que ainda é possível, porque se a gente bem comparar, tem pouco tempo, né? Cinco anos ainda é uma criança, então, é isso motiva. Ainda não desisti por conta disso... por acreditar mesmo”. (G1)

“Acho que tem que gostar e acreditar, acho que é complementar”. (G1)

“Satisfação, de você... a gente fazer o que você gosta, você poder ajudar outra pessoa, ter a equipe, eu posso ajudar a minha equipe, você tem um apoio. Então tudo para mim é satisfatório e eu acho que tudo é importante, o crescimento pessoal, dos amigos, da equipe profissional. Às vezes você vê aquele resultado: - Olha, que legal, deu certo com aquele paciente, aquilo que eu fiz’. Ou: - “Ah! A gente conseguiu que ele melhorasse!’ Então isso para mim é muito positivo, a gente busca o melhor para o paciente”. (G1)

“Porque hoje para mim o trabalho do NASF tem sentido na minha vida e aí sim, falando até de impacto na minha qualidade de vida, tem sentido na minha vida pessoal estar com a equipe multi construindo isso. Eu sou apaixonada pela Estratégia, faz dez anos que eu estou na Estratégia (...) Eu sou muito satisfeita com o trabalho da equipe, com a instituição”. (G2)

“Eu nunca vi um profissional do NASF se negar a nada, mesmo quando às vezes não é da atribuição dele, mesmo que seja uma coisa de outro, que ele não tenha tanto conhecimento, tanto domínio daquele assunto, mas eu nunca vejo ele falar: - ‘Não é para mim, isso não dá’”. (G2)

“Eu acho que quem está é quem realmente gosta do trabalho”. (G3)

O reconhecimento pelo trabalho realizado pelo NASF, na visão dos usuários assistidos e da gestão é um dos quesitos que gera satisfação e prazer no cotidiano do trabalho, à medida que ocorre a validação e o reforço da utilidade destes profissionais. As falas demonstram que o

reconhecimento do fazer profissional pode adquirir um caráter coletivo e de equipe, ou pessoal e individualizado, envolvendo também o reconhecimento financeiro.

“Quando você vê as pessoas falando bem do seu trabalho também ali, dentro da unidade, o pessoal da Estratégia querendo participar, pedindo para você repetir tudo aquilo que você faz, da forma que você faz, que está sendo gostoso, então acho que isso é prazeroso, faz você continuar sempre, sempre mesmo correndo atrás”. (G2)

“É difícil a gente ter reconhecimento da população, mas eu consigo isso com as equipes de Estratégia. Assim, para mim é uma delícia estar com a equipe de Estratégia e fazer grupo, fazer reunião de matriciamento, eu adoro isso. Então eu acho que eu consigo me reabastecer nisto (...) me apego às equipes da Estratégia e aí eu consigo criar coisas, pensar em outras possibilidades de trabalho. Porque às vezes a equipe do NASF fica muito pesada, eu acho, fica muito no mesmo, e aí eu meio que me aproximo totalmente da Estratégia e vou viver com eles, desde almoçar em casa de ACS assim ...”. (G2)

“Acho que pegou muito quando a gente foi pra três unidades e ficou super pouquinho nas outras (...) A gente voltou super valorizado, porque eles (equipe da ESF) viram o quanto fez falta, porque era muito difícil marcar alguma coisa, era sempre muito distante e aí eles falavam: - ‘Ai, agora a gente vê o quanto vocês fazem falta’. (G2)

“Uma das unidades que eu estou teve troca de gerente e isso melhorou demais a qualidade do trabalho. A gente tem uma gerente da unidade que manda e-mail para a gente parabenizando pelo trabalho. A primeira vez que a gente recebeu ela mandou e-mail falando que foi ótimo o folder que a gente fez e eu falei: - ‘Nossa, gente!’ Porque nunca tinha acontecido. Ela mandou: ‘Muito bom trabalho, que bom’... Ela envolve e consegue reconhecer e isso é muito bom”. (G3)

“Eu fico muito honrado. Quando eu cheguei, minha equipe antiga chegou a falar: - ‘O que o educador físico vem fazer aqui?’ E hoje, quando teve as divisões, falaram: ‘Não, eu quero educador físico, tem que ter educador físico, o educador físico tem que ficar com a gente.’ Então teve esse reconhecimento (...) – ‘Ah, eu trabalhei em uma UBS que tinha, hoje faz muita falta’. Isso eu acho que é um reconhecimento que me faz feliz”. (G2)

“A confiança que muitas equipes têm na gente eu acho que isso é uma coisa bacana. Quando uma equipe, a enfermeira ou o próprio médico estão com algum tipo de dificuldade e senta para conversar e pedir ajuda (...) Quando a gente vê o paciente melhorando, isso é uma coisa que também traz bastante satisfação. Ou quando o grupo dá super certo, é super legal. Algumas iniciativas, algumas coisas novas que a gente faz e que a paciente traz um retorno positivo, acho que isso é bem bacana, né? Acho que a confiança é uma das coisas principais... Vir pedir o apoio da equipe toda ou de um membro da equipe e a gente conseguir destrinchar isso e lá na frente conseguir uma melhora... As coisas compartilhadas, começar a fazer coexistência”. (G3)

“Algumas coisas que não acontecem no universo do NASF, do município, em outras regiões, que a gente sempre se avalia, tipo:- ‘Ah, será que o salário nosso não está defasado? A gente podia ganhar mais, podia ter mais reconhecimento, podia... tem sempre esse questionamento”. (G2)

Constata-se que o reconhecimento e a aceitação da equipe NASF pela ESF também são diferenciados quando o profissional médico compõe a equipe:

“E na equipe NASF às vezes a gente vê a diferença do tratamento do profissional médico. O médico entra na equipe tudo fica mais fácil, as pessoas ficam mais receptivas, você tem café, tem agrado. Você fala: - ‘Nossa, como mudou, né?... o ambiente desse lugar, só porque eu estou com a médica aqui do lado’. Então, a gente percebe muito e facilita o processo de trabalho”. (G1)

Outro aspecto potencializador e gerador de prazer mencionado pelos sujeitos são a autonomia e a liberdade criativa presente no processo de trabalho do NASF e a ausência de rotina, dada à dinamicidade e pluralidade do trabalho:

“A liberdade para criar, a autonomia acho que isso é super positivo para a gente poder bolar o que vem na cabeça, né?”. (G1)

“Gosto muito do trabalho, da dinâmica, de não ter rotina, porque isso na minha vida sempre me fez bem, fazer um monte de coisas ao mesmo tempo”. (G2)

“Eu acho que o NASF dentro da Estratégia você tem uma oportunidade de aprender e se renovar diariamente. Não tem rotina, não existe rotina, porque mesmo um grupo que você faça com a mesma temática é sempre muito diferente, exige demais e eu acho que isso vai ser rico também, vai ter um impacto positivo (...) mas se você tiver aberto a isso”. (G2)

Os sujeitos também discorreram sobre a realização de grupos educativos com os usuários, uma das atividades relacionadas ao trabalho do NASF que mais mobiliza sentimentos de prazer e realização:

“Outra coisa que eu queria acrescentar é sobre os grupos. Eu acho que o grupo é o que é mais legal. É o mais benéfico de tudo isso, o grupo é muito gratificante (...) Aquele dia em que você chega falando assim: - ‘Vou pedir as contas, vou pedir as contas’. Aí você chega no grupo e você fala: - ‘Nossa, agora eu tô de boa’”. (G3)

“O que me refaz é após a reunião de equipe é o grupo, ali eu me recarrego por completo, vou bem até as cinco da tarde (...) realizar grupo para mim é se realizar”. (G3)

Vale ressaltar a perspectiva dialética presente na relação prazer-sofrimento, traduzida em alguns discursos acerca do reconhecimento pelo

trabalho, assim como nas disputas de poder existentes no contexto do trabalho na ESF e no NASF:

“(...) é uma coisa que me faz repensar quando eu estou estressado, quando eu estou cansado, quando às vezes você começa a achar que não vale a pena. Aí você começa a ver, ouvir aqueles elogios, né?...aquelas formas de agradecimento e isso impacta muito na minha qualidade de vida”. (G2)

“(...) tem as questões positivas também, né? De você ouvir a agente comunitária dizendo: - ‘Olha, fui conversar com o fulano, fulano tá assim, assim, assado, ele melhorou’. E vem trazendo as respostas positivas. Ou você passa no corredor e a agente comunitária fala para você: - ‘Nossa, foi muito legal a educação permanente, quando você vai fazer outra? Não pelo elogio, mas por você que alguma coisa daquilo que você disse ela vai utilizar na prática dela do dia-a-dia, fez sentido pra ela, né? E quando você se propõe a alguma atividade na equipe de saúde da família e daí eles te dão um retorno e começam a se envolver e você vê que às vezes depende muito mais de você ir até lá e fazer um movimento do que ficar esperando. Então fica oscilando mesmo: ora você vai estar carregando um peso, ora carregando coisas positivas”. (G2)

“(...) a questão do reconhecimento do trabalho, porque faz cinco anos e meio que a gente está no NASF. No dia em que participamos da reunião técnica, vimos um colega falar: - ‘Não acredito que aconteceu isso! Hoje o NASF foi um sucesso nas ações, referências de trabalho, de atendimento. E a Estratégia foi criticada pelo gerente (...) de olhar para os enfermeiros e falar: - ‘Não me contesta, eu tenho propriedade no que eu estou falando’ (...) Será que é verdade isso? E aconteceu, né? A gente falou: - ‘Opa, até que enfim.’ Depois de cinco anos e meio a gente saiu de uma reunião técnica e falou: Nossa, esse trabalho funciona, vai dar certo, tem futuro’. A gente até se assusta, né? Então acho que é a falta de reconhecimento. Se você pegar uma equipe que está com potencial, que está a fim de fazer, acho que se você incentivar, motivar, há sucesso no trabalho”. (G1)

4.2.2.2 A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe

Os discursos demonstram que a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe são fontes geradoras de prazer e potencialidades no trabalho e oportunizam ao trabalhador crescimento profissional, ampliação do olhar, troca de conhecimentos, novas possibilidades de intervenção e aprendizagem na prática, por meio do trabalho grupal e da cooperação entre os profissionais. A potência do trabalho em grupo é observada principalmente entre os trabalhadores do NASF, por meio de ações compartilhadas e reuniões de equipe.

“Para mim o grande fator motivacional do trabalho é minha equipe... Ela mudou bastante desde que eu estou aqui, mas todo mundo parece que já entra pronto para aquela equipe, sabe? Então eu acho que a gente consegue colocar todo mundo no mesmo ritmo de trabalho (...) Eu venho trabalhar, atravesso a cidade todos os dias, óbvio que é pelo salário, né? Mas chega uma hora que o salário nem compensa mais, dependendo do nível de estresse, né? É pela minha equipe e pelos pacientes. Quando a gente percebe que está funcionando, que está tendo um retorno, que está sendo satisfatório, sabe?”. (G1)

“Acho que ter o apoio da equipe (...) quando a equipe está harmoniosa é muito mais fácil, você tem com quem dividir. E aí eu acho que o NASF divide muito e fica muito ali entre a equipe NASF”. (G1)

“A riqueza das trocas nas ações que fazemos com a Estratégia ou até mesmo dentro do NASF, né? Os atendimentos, os grupos compartilhados (...)”. (G1)

“(...) se aprende muito, porque você entra em contato com diversas categorias, então você aprende com o educador físico, você aprende com a nutricionista, você aprende com a fisio (...)”. (G3)

“A troca de experiências e o aprendizado que você tem com a ESF e o NASF é o mais legal do trabalho”. (G3)

“O primeiro sorriso que eu de satisfação no NASF foi quando eu peguei uma evolução da fisio, li e entendi. Aí eu falei:- ‘Ah, acho que estou começando a aprender’”. (G2)

“A gente fala tanto de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e eu acho que o NASF é um lugar em que, vai depender muito da gente mesmo, mas a gente pode exercer isso. Eu não digo a transdisciplinaridade, que às vezes parece que está em outra dimensão, né? Mas a interdisciplinaridade eu acho que a gente consegue. E em nenhum outro lugar a gente conseguiria igual o que faz no NASF”. (G2)

A dinâmica intersubjetiva e cotidiana do trabalho no NASF e sua construção coletiva, pautada na interação entre os profissionais e seus diversos saberes e experiências, fica demonstrada nas falas a seguir e representa um ganho significativo e a ampliação da visão de mundo para o próprio profissional:

“É, eu acho que o aprendizado é diário e constante. Enquanto a gente estiver trabalhando, eu brinco que é meio infinito, né? Não tem como esgotar o profissional e como pessoa mesmo, lidar com outro, conhecer o outro, tornar-se alguém mais tolerante, lidar com as diferenças... Acho que o que a gente faz no NASF a gente pode levar para qualquer lugar que a gente for, qualquer trabalho que a gente for fazer a gente vai levar, a gente nunca mais vai ser o mesmo profissional depois de trabalhar no NASF. Acho que isso é satisfatório, é saber o quanto a gente cresce, evolui e deixa de ser o mesmo”. (G2)

“A riqueza do trabalho em equipe envolve essa subjetividade, né? Então a bagagem que a pessoa traz, essa disposição, o entendimento que ela tem da vida, a experiência de vida, como ela se coloca nas relações dela de vida, com a sua família, sua esposa, enfim (...)”. (G2)

“Eu achei interessante a possibilidade de fazer coisas que estão fora da caixinha, sabe? E coisas que você não aprendeu na faculdade. Então você aprende com os colegas e sabe que pode fazer coisas que nunca se imaginou fazendo (...) Você amplia o olhar, não só sobre o outro, mas sobre você mesmo, eu acho que isso é o mais importante”. (G1)

“(...) as equipes da Estratégia, o conhecimento que eu tenho com elas, a troca, isso para mim é muito importante. Acho que são pessoas que eu vou levar para a vida inteira”. (G2)

“Você não tem aquela visão segmentada, né?... uma visão como um todo, de você enxergar tudo. Eu lembro que um professor meu da saúde pública falava o seguinte: - ‘Olha, quem trabalha em saúde pública, trabalha em qualquer lugar’. É fato, você se enfia em qualquer lugar”. (G3)

O respeito à diversidade e às diferenças entre os profissionais da equipe no cotidiano do trabalho ficou explicitado nas falas dos sujeitos, como uma atitude possível de ser aprendida e desenvolvida:

“Essa coisa do respeito você aprende também com as diferenças culturais, sociais, econômicas. Você aprende muito essa questão de respeitar o que o outro, e ver essa coisa... Tem coisas que não vão mudar, não vai ser desse jeito, respeite a visão do outro”. (G2)

“Eu acho que também é um grande ganho aprender a lidar com nossa própria equipe. Eu particularmente sou muito diferente da maioria das pessoas da minha equipe e aí para mim é um aprendizado constante (...) lidar com personalidades diferentes dentro da equipe NASF também é um aprendizado constante”. (G3)

É interessante notar nos excertos a seguir que o prazer dos trabalhadores em transcender a competência e o conhecimento específico de cada núcleo profissional, na lógica da interdisciplinaridade, está bastante presente. No entanto, também está presente o dilema da perda da identidade

profissional e dos limites da atuação específica. Evidencia-se ainda a busca pelo conhecimento de outras disciplinas e o papel do apoio matricial.

“(...) a possibilidade de ampliar e de reduzir o olhar também, sabe? Não sei se é a realidade de todo mundo, mas às vezes a gente começa a ampliar demais, principalmente nos casos muito complicados e é preciso reduzir, dar foco, porque senão eu posso me perder. Então, é achar o caminho do bom senso, do meio termo, sabe? Onde eu tenho de ampliar o caso e onde eu tenho de focar para saber o que eu devo perguntar? Porque senão a gente fica seguindo um roteirinho, aquela coisa quadradinha que não cabe nos casos mais simples. Às vezes a gente tem que ampliar, às vezes tem que reduzir e só se aprende isso com a experiência”. (G1)

“(...) e aí sair da caixinha do seu conhecimento (...) Mas eu sei outras coisas, eu sei matriciar essas outras coisas, mas eu também preciso conseguir me fazer entender na minha área. Então, assim, é uma coisa muito louca, teve até umas épocas em que eu estava assim: - ‘Ah, entrei no NASF, preciso saber mais de fono..’. Porque eu sei todas as coisas da fono, eu estudei. Depois chegou uma hora que eu: - ‘Nossa, tenho que saber outras áreas agora.’ Então você fica assim, entre o seu e o do outro (...) E sem deixar o seu se perder”. (G2)

“Eu me lembro da primeira vez em que eu estava em um atendimento e me senti multiprofissional. Eu fiz aquele paciente refletir sobre um problema de saúde dele que não era fonoaudiológico e isso foi demais para mim. Depois disso eu comecei a perceber que eu tinha essa capacidade, consegui fazer isso em vários momentos e acho que é uma coisa que me dá muita alegria neste trabalho. Você aprende com seu colega e consegue reproduzir. Acho que o mais legal é isso, ver o quanto eu consigo ajudar, estar ali tanto com a minha equipe, quanto com o paciente, fazendo com que a gente reflita e consiga resolver um problema juntos”. (G2)

“(...) é um saber assim para a vida toda, né?... entrar numa consulta de saúde mental e conseguir dar conta. Claro que você vai até um limite para estar auxiliando, porque é muito, muito [problema de] saúde mental... Então, para depois você chegar no psicólogo falar: - ‘Cheguei até aqui, me ajuda agora?’ Acho que é um ganho para a vida toda e, mesmo com todo o estresse, eu sou muito feliz no que eu faço”. (G2)

“(...) Então você vem com essa necessidade inicial de saber fazer o diagnóstico e a terapêutica da sua área e aí consegue ampliar para a Saúde Coletiva, para a equipe multi, para a parte da Enfermagem, a parte médica do cuidado em saúde e isso é muito rico. Mas você tem que estar disponível para isso, né? Se você estiver fechado, vai ter um impacto negativo”. (G2)

“Primeiro, acho que eu não sei mais ser psicóloga, por exemplo, hospitalar, acho que iria ficar muito irritada (...) Aprendi a perceber os ganhos de cada um, os olhares diferentes para a população”. (G2)

“(...) a ampliação da clínica, do olhar. Às vezes eu penso: - ‘Será que eu vou conseguir um dia voltar para a REAB? Vai ser diferente, eu vou querer fazer VD’. Porque amplia muito, né? Então é rico mesmo”. (G1)

4.2.2.3 A Educação Permanente em Saúde

Os discursos demonstram a valorização, o prazer e a compreensão dos trabalhadores do NASF acerca da Educação Permanente em Saúde (EPS), demonstrando que ela vai além um espaço formal de capacitações, mas se efetiva nas discussões de caso, nas ações compartilhadas e nas reuniões de equipe.

A necessidade de buscar novos conhecimentos por meio de leituras, cursos e aperfeiçoamento profissional também foi evidenciada. Mostrou-se

primordial o estabelecimento de espaços formais e protegidos de EPS durante o trabalho.

“(...) e tem mais uma coisa muito positiva, que é quando a gente sai do ambiente de trabalho da rotina e vai para um congresso, por exemplo, um curso que você faz, uma coisa em que você mostra o trabalho. Ter uma outra ótica do trabalho, outras pessoas vão ver, você vai ver a realidade de outros lugares... Isso é muito motivador”. (G1)

“(...) acolher o que você aprende com a psicóloga, com a fono, com a fisio e levar para seus grupos (...) é gostoso e eles acabam participando da dinâmica. Mas é gostoso por tudo o que a gente discute em reunião de equipe. O matriciamento que a gente faz entre a gente nas reuniões, eu consigo levar também. E isso me traz prazer. Mesmo que eu tenha que chamar outra pessoa para poder conversar, resolver mesmo, ver o que tem de ser feito, pelo menos eu consegui identificar, porque aprendi com a turma. Isso é a parte mais gostosa mesmo”. (G2)

“(...) eu ainda tenho que aprender muito mais e ter outras experiências, mas procuro ir atrás das coisas que eu não sei, dar uma reformada para fazer tudo isso que eu faço hoje. Eu tento buscar, ir atrás, e eu estou aprendendo muita coisa”. (G2)

“(...) o quanto a gente consegue com a leitura olhar para nossa prática e ver de que forma a gente pode mudar. Acho que algumas ações a gente vem fazendo no dia-a-dia para nos ajudar a fortalecer aquele protocolo do Ministério”. (G2)

“(...) tem os fóruns em gente tem as pessoas e traz essas angústias em relação à instituição, aos colegas e tudo. Eu acho que isso que vai fazer com que a gente pense de que forma que isso deve acontecer melhor”. (G2)

“(...) a gente não tem um suporte, um espaço para aprimoramento. Teve um seminário de violência

doméstica que eu implorei para ir. Eu falei: - 'Caramba, uma coisa que é para o NASF, para o trabalho'. Liguei para a educação permanente, liguei para a coordenação:- 'Olha, vai ter um seminário, posso participar?' O processo de inscrição se encerrando e no último minuto:- 'Pode, pode participar'. E é uma coisa que você fala: - 'Poxa, você tem que estar implorando?' É para o trabalho, não é para mim". (G3)

" (...) porque a educação permanente que realizamos na unidade não é um momento reservado... na nossa agenda sim, mas o espaço não. Iniciou a apresentação e: - 'Dá licença?' Aí entra e sai para pegar prontuário, já furou sua atenção (...) Então eu acho que tem que investir mais na educação permanente porque tem muita coisa e o NASF ele não é um google que você digita, dá enter e vai lá. Calma, nós somos seres humanos também (...)" (G3)

"(...) nesses cinco anos e meio de NASF, o processo de aprendizagem, de construção, foi muito na prática do trabalho e eu acho que [faltaram] alguns recursos teóricos para nos fazer entender o significado... Eles ficaram um pouco aquém e eu acho que hoje eu consigo trazer esses atributos mais teóricos e tentar alcançar junto com a equipe e até escrever sobre nossa prática para poder enxergar de uma forma diferente lá na frente o nosso trabalho". (G3)

"(...) atuando com o NASF eu acabei me aproximando muito da psicóloga e eu gosto muito da área assim da saúde mental. Nossa, eu acho muito louco e é essa loucura que eu gosto, né? Será que todas as categorias que atuam no NASF, todos gostam da saúde mental? Tem o manejo, entende? Teve formação? Eu não tive formação e aí eu corri atrás e acho que hoje a saúde mental bate lá em cima. Por que até hoje a instituição não ofereceu uma formação de saúde mental para a equipe NASF? Olha, a falha é tamanha, hoje estão gritando pelo amor de Deus para ir qualificar essa lista de pacientes psiquiátricos". (G3)

“(...) precisa fazer mais investimentos, acho que ainda falta muita educação continuada para nós”.
(G3)

4.2.3 Estratégias Defensivas

A última categoria analítica é de grande abrangência e abriga as estratégias defensivas e os recursos de enfrentamento utilizados pelos trabalhadores do NASF em sua rotina de trabalho.

Todas as estratégias defensivas mencionadas neste estudo podem ser consideradas saudáveis, ou seja, não acarretam prejuízo pessoal ao trabalhador. Situam-se, entretanto, mais no âmbito individual que no coletivo. No contexto abordado, as estratégias defensivas foram: fortalecer-se como grupo e fechar-se no específico da categoria, fazer o melhor reconhecendo o próprio limite, desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação e buscar espaços de suporte e prazer.

4.2.3.1 Fortalecer-se como grupo e fechar-se no específico da categoria profissional

A inter-relação propiciada pelo trabalho em equipe apresenta-se de forma ambígua nos resultados do estudo. O trabalho em equipe aparece nas três categorias analíticas, ora como gerador de sofrimento, ora de prazer. Também é visto como uma estratégia defensiva para o fortalecimento dos laços e melhora das condições de trabalho no NASF, apesar de alguns trabalhadores “fecharem-se” no fazer de suas profissões em alguns momentos.

Essa forma de enfrentamento aponta para o fortalecimento das relações e para o alinhamento das falas e das posturas, favorecendo a coesão, a integração e o apoio mútuo no grupo de trabalhadores do NASF e também destes para com a ESF, no ambiente de trabalho e fora dele.

“Eu creio que é o que acontece na nossa equipe. O que nos ajuda é a maneira como nós nos relacionamos enquanto equipe NASF. Porque vai ser muito mais fácil lidar com as diferentes equipes ESF, com os diferentes gerentes, né? Com as diferentes culturas internas, porque cada unidade tem um movimento. Então a maneira como a gente vai se relacionar facilita muito, sabe? Lidar com as dificuldades do dia-a-dia, porque a gente já sabe: - ‘Bom, nós vamos ter problemas? Vamos’. Facilita muito lidar como aquele problema como um bloco unido”. (G1)

“(...) dentro da possibilidade de intervenção para melhorar a qualidade de vida, eu acho que entra sim a equipe NASF como principal potencializador. Então, quando não dá certo com a Estratégia, não dá certo com o paciente, quem pode ajudar a família que é adoecedora é própria, que tem a condição de ter solução para a sua dinâmica. Acho que a equipe NASF entra nessa mesma ótica, né? Por mais dificuldades que a gente encontre no dia-a-dia, na proposta, no modelo, se nós não nos organizarmos dentro da equipe, fica mais difícil a qualidade de vida”. (G1)

“(...) Nessa construção do NASF, a gente veio muito no protocolar e também na defensiva, até porque era uma estratégia nova, uma modalidade nova, então vamos segurar porque é isso que a gente tem. Mas acho que hoje a gente tem a possibilidade de fazer diferente e chegar num sentido mesmo do apoio. Porque não dá mais para a Estratégia falar que o NASF não é resolutivo ou a gente dizer que a Estratégia não se responsabiliza. Talvez porque a gente nunca se viu enquanto unidade. Acho que a integração, a gente está num momento histórico em que a integração pode mudar e dar mais motivação para o NASF”. (G1)

“(...) colar de repente em alguém da equipe... ele é um apoio, é de quem você sente apoio”. (G1)

“(...) ter uma organização é fundamental. Andar em bloco, falar a mesma língua para enfrentar os problemas”. (G1)

“(...) a equipe NASF eu acho que também tem que estar muito unida. Tem suas desavenças? Todo mundo tem! Eu acho que isso é importante para o crescimento de cada um, no relacionamento com outras pessoas (...).” (G1)

“(...) eu não estou mais aguentando e nessa hora que vem o colega e também te puxa para baixo. Tem horas que você tem essa reação, mas o grupo precisa agir: - ‘Nossa alguém tá desistindo, alguém está deixando de vender essa proposta.’ A gente tem que ir puxando para ir se renovando” (G2)

“(...) a gente consegue dividir a própria equipe, a gente consegue chegar e falar assim: - ‘Poxa, eu não estou bem, eu escutei isso, meu Deus isso como é possível, o que que nós vamos fazer na próxima reunião?’ Plano de ação, então: - ‘Ah, pera aí, então vamos um mais forte e um mais fraco...’ porque sempre tem um que está mais forte e outro está mais fraco naquele momento. - ‘Ah, então olha, então segunda vamos entrar dessa forma, vou chegar falando desse caso, vou devolver, né? Vamos devolver esse caso, vamos lá, vamos fazer juntos...’ Porque esse negócio de ‘passar o caso’ estressa. - ‘Então vamos fazer juntos, vamos ver, vamos sentar de novo’. Então eu acho que voltando (...) a própria equipe acaba se fortalecendo” (G1)

“(...) se a equipe que está ali é harmoniosa, coesa, se um cede um pouco e fala: - “Olha, eu acho que não devia ter feito desse jeito, vamos tentar pensar de outra forma...” Então eu acho que é o diálogo, né?... Ter um tempo conversando, repensando, pensando em novas estratégias (...).” (G1)

“Eu acho que é muito da equipe, às vezes tem momentos que você não está legal mesmo, não está a fim, e o outro: - ‘Ah, não, olha, deste jeito acho que vai dar certo.’ O outro está melhor que você naquele dia, então um dá força para o outro. Isso também é muito importante... - ‘Aí, vamos lá, vamos lá, vamos fazer de novo.’ Aí você vai e você faz, né? Eu acho que também é uma coisa bem legal” (G1)

“(...) às vezes você fala que são situações extremas da população, mas a gente tem aquela coisa de se juntar e fortalecer para enfrentar aquilo. E acho que isso minimiza o reflexo disso na gente (...) você dividir todas essas demandas com a equipe NASF, com a equipe de saúde, coma gerência. Para mim é uma das formas de canalizar”. (G2)

“(...) porque tem duplinhas viciadas, né? E é isso, a gente acaba, eu pelo menos eu me apoio na fono que trabalha comigo e aí a gente faz tudo junto: grupo de criança, grupo de adulto, visita, tudo (...) E aí que se tiver que falar: - ‘Você pegou pesado com o paciente’, a gente tem liberdade para falar, a gente consegue conversar”. (G2)

“(...) nossa que incrível, vocês almoçam juntos, fazem um monte de coisa juntos. Realmente, a gente espera, a gente tenta fazer as coisas para todo mundo ir junto (...) A gente faz isso, sempre tem happy hour na minha casa, moro sozinho, então vou pra lá. E eu acho que isso fortalece também as relações”. (G2)

“(...) é você ter uma equipe antiga, uma equipe já montada, sai integrante, chega outro, de duas uma: ou ele entra no ritmo da equipe ou a equipe vai acabar entrando no ritmo dele depois. Eu acho que uma equipe bem unida consegue manter isso (...) E hoje a gente tem uma liberdade muito grande de chegar um no outro e falar assim: - ‘Olha, aquilo que você falou na reunião não foi legal, olha não faz mais isso. Espera aí, a gente está indo para um caminho errado.’ A gente pode puxar a orelha”. (G2)

“Eu tento me organizar tanto enquanto equipe, se eu não tiver uma pessoa revezando no cuidado entre equipe também. Eu vou dizer pra você, é difícil Então eu sou uma das pessoas mais antigas na minha equipe e sou o apoio, eu sinto isso, que sou uma referência para os demais profissionais. Procuro fazer essa troca com outra pessoa, não ficar sozinho nessa responsabilidade de ajudar. Mas o outro alivia, então sempre que chega um

profissional novo eu falo: 'A gente trabalha no revezamento de um motivar o outro'. (G3)

As estratégias defensivas também se fizeram presentes nos discursos que demonstram que, frente às adversidades oriundas do trabalho, como a dificuldade de trabalhar em equipe, a inexperiência e o desconhecimento do modelo de trabalho, o trabalhador do NASF fecha-se no específico de sua categoria profissional.

"(...) a gente busca algumas estratégias [para enfrentar] a dificuldade da equipe para sobreviver, né? Procura fazer ações que você dá conta, fono sempre tem muita demanda, então sempre você dá um jeito de conseguir viver em situações de dificuldade da relação, enfim, da equipe (...)". (G1)

"(...) o quanto às vezes também você como pessoa da equipe tem a visão mais compartilhada e muitas vezes as outras pessoas não tem e daí você acaba setorializando e aí fica uma coisa bem ambulatorial, fica uma coisa marcada: - 'Vou fazer isso, isso e isso e sozinha.' Sendo que você consegue matriciar de todo mundo tem essa visão. Enfim, as coisas vão acontecendo, né?". (G2)

4.2.3.2 Fazer o melhor, reconhecendo o próprio limite

Uma das estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores do NASF diz respeito a reconhecer do próprio limite e identificar o que está sob sua governabilidade, ou seja, até aonde "podem ir" em sua prática individual e em equipe. Esse limite está relacionado a questões pessoais e éticas, singulares de cada trabalhador, mas também se relaciona ao limite da atuação frente ao contexto de trabalho – técnico, ético e político e as normativas das categorias profissionais de cada trabalhador.

A falta de um suporte e retaguarda ao trabalhador também foi evidenciada nos discursos, assim como uma possível separação entre o que é vivido no trabalho e o que se leva para fora dele a fim de não adoecer.

“(...) porque tem coisa que a gente não vai mudar, então o que a gente pode mudar, a gente tenta fazer para não sofrer tanto”. (G1)

“(...) mas meu trabalho está dado, eu gosto disso, mas o que precisa mudar é maior do que eu, o que eu posso fazer eu faço, o que está dado não é o ideal, mas eu faço o meu melhor”. (G1)

“(...) talvez eu não me envolva tanto (...) vou buscar o que eu posso fazer, o que nós podemos fazer enquanto equipe (...) Existe um limite, então está muito claro para mim qual é o meu limite...então como profissional e como pessoa até, para não adoecer, porque eu sei que eu não tenho uma retaguarda, nenhum de nós tem isso, mas existe um limite também do ser humano e a gente precisa entender até aonde nós podemos entrar”. (G1)

“(...) por atender os casos, eu tento colocar uma barreira, entendeu? (...) Então às vezes eu vivencio algumas coisas com algumas pessoas, então eu preciso de uma injeção de imunidade para certas coisas, porque senão a gente vai adoecer e isso vai... Eu sei que existe uma certa humanidade, mas depois de algum tempo a gente tem que tentar que se proteger de algumas coisas que são maiores do que nós. É isso o que eu tento fazer para não adoecer tanto”. (G1)

“(...) às vezes eu vou atender, vou mais a fundo e, se eu me deixar levar, talvez a gente não fica, porque são coisas muito pesadas que a gente tem de passar e não dá para eu levar para casa, ficar pensando nisso, mesmo porque lá eu sou mãe, né? (...) Acabou, acabou uma hora, acabou (...) Eu não me permito, é uma coisa muito pessoal isso, não me permito levar isso para casa, não é nem questão. Eu sei do meu lado humano, mas é como eu vou me proteger de certas coisas, porque são coisas muito pesadas. Não é só a questão da vulnerabilidade, mas os outros tantos casos que uma psicóloga tem que atender (...) Se não tiver um certo distanciamento, acaba adoecendo”. (G1)

“No momento eu tento respirar fundo e fazer o melhor possível”. (G1)

“(...) e aí todo dia que eu chego, vejo minha agenda e falo: Eu – ‘Tenho de fazer o melhor que posso, tudo aquilo que está programado e que não está e aparece. Sabe? Então o que me motiva hoje é eu sair às duas horas e estar com a consciência tranquila de que fiz o melhor que eu pude, fiz tudo o que podia pelos meus colegas de trabalho, pelos meus pacientes, pela Estratégia. Se tiver que orientar fluxo de novo a gente orienta, se tiver que falar de novo a gente fala (...) – ‘Ah, você não sabe?’ Falo de novo: - ‘Vem aqui que eu te mostro como é..’ Porque ficar bravo, se irritar com aquela situação só causa estresse na gente. É o que eu falo: o outro está muito bem, né? Aquela enfermeira que não sabe o fluxo e você teve que explicar tudo de novo. Então eu fico bem, o estresse foi seu, sabe? De ter de ficar se machucando, já sabia e eu tive que falar de novo. Então é não se machucar, sabe? É isso que eu estou tentando fazer no meu dia-a-dia: não me machucar, faço o que posso, o que acho que devo, da melhor forma possível e pronto, acabou ali”. (G1)

”Eu também tento não misturar, faço o melhor possível (...) tento não levar para casa, só se realmente você está naquele dia que você precisa conversar mesmo e aí você acaba falando uma coisa ou outra. Mas eu tento levar menos coisas possível para casa, assim, de conversar essas coisas (...)”. (G1)

“(...) mas como eu tento fazer o melhor, pelo menos eu me esforço para fazer, né?... eu durmo tranquila, dentro do que me é dado, dentro do serviço eu tento fazer o melhor”. (G1)

“(...) quanto mais exigente a gente é com a gente mesmo, mais difícil fica e eu sou muito exigente comigo mesma. Então eu vejo que às vezes eu estou preocupada com algumas coisas e outras pessoas da equipe já não tem o mesmo tipo de preocupação, né? E procuro entender que a gente só vai conseguir ajudar só até certo ponto mesmo (...)”. (G3)

“É, no dia-a-dia eu procuro puxar o freio de mão, porque eu acabo me cobrando muito, sendo muito exigente. Então eu estou o tempo todo dando uma olhada nisso e tentando respirar fundo: - ‘Calma, não precisa de tudo isso.’ Porque na verdade não precisa mesmo, acho que dá para ser mais leve no dia-a-dia”. (G3)

“(...) a nossa vida vale mais que o nosso trabalho, a gente precisa ir trabalhar, é uma necessidade nossa, mas antes disso vem a nossa vida... né? Vem nossa família, nossos amigos, nossa saúde (...) Depois de muitos anos de formada você entra numas crises, você se questiona se é isso, se não é, acho que isso é natural, vai e volta. Enquanto a gente está questionando a gente está vivo, né? Eu acho que quando a gente para de se questionar é o problema. Então hoje é automático: eu saio ao meio-dia do NASF e eu não estou mais no NASF”. (G3)

“(...) a estratégia que eu uso no espaço do trabalho é diminuir minhas expectativas. Hoje eu trabalho com minhas expectativas diminuídas. Às vezes me sinto triste por isso e falo: - ‘Ai, eu podia vir trabalhar pensando que...’ Mas se eu faço isso a frustração de não conseguir é pior. Então eu falo: - ‘Vou tentar fazer esse pouquinho aqui, se esse pouquinho sair, aí está melhor, porque pelo menos eu consegui fazer (...)’. (G3)

“(...) a relação como colaboradora NASF, como coordenadora, é muito intensa e dizer que a gente consegue separar isso na nossa vida pessoal eu acho muito difícil, né?... Teria que ser um pouco robótico. Então eu acho que tem uma ligação direta. Eu vejo que há pessoas que conseguem esse distanciamento, muitos profissionais 20 horas, até por uma questão de carga horária mesmo”. (G2)

“Eu sempre consegui separar muito bem, o meu trabalho da minha vida pessoal, sabe? Eu trabalhei quase 10 anos num hospital, um trabalho extremamente difícil do ponto de vista emocional, mas eu conseguia tranquilamente deixar todo mundo lá e: - ‘Vou viver minha vida!’ No NASF eu também consigo, tirando alguns poucos casos,

principalmente de crianças abusadas, volto para casa remoendo, querendo fazer justiça. Normalmente eu consigo separar muito bem o que é do trabalho”. (G2)

“Eu acho que essa questão do estresse é uma via de mão dupla, tanto a gente pensa em levar alguma coisa do trabalho para casa, como acaba trazendo também (...) Acho que a primeira coisa que eu comecei a fazer foi tentar separar os dois. Deu problema em casa, vamos sentar, vamos resolver, deu problema no trabalho, vamos sentar e resolver”. (G2)

“(...) eu estou pensando aqui... se a gente conseguir separar mesmo da vida pessoal, a hora que a gente sai da UBS a gente vai para casa normalmente e desliga mesmo, a gente se envolve com outras ações e faz outras coisas. Mas eventualmente a gente leva um casinho para casa e dorme com o caso e pensa no que você vai fazer em cada situação. Eventualmente a gente faz isso, né? Não tem como. E mesmo que a gente conseguisse se desligar totalmente, a gente passa mais da metade de nossa vida no trabalho”. (G2)

4.2.3.3 Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação

Como estratégia defensiva para diminuir o estresse e o embate no dia a dia, são desenvolvidas habilidades de comunicação e de relacionamento interpessoal, que são recrutadas e variam conforme a situação vivenciada e a maturidade dos profissionais envolvidos.

Os sujeitos relataram que utilizam o diálogo, a escuta, o bom humor e a resiliência para lidar com equipes e trabalhadores da ESF que são “mais difíceis”, assim como recursos mentais para lidar com os casos mais complexos que são atendidos pelo NASF. O compartilhamento de alimentos nas reuniões de equipe “mais problemáticas” também foi apresentado como uma estratégia agregadora.

“Na nossa equipe eu acho que o humor da equipe ajuda muito, a gente não ri da tragédia alheia, mas às vezes da nossa situação, né? Então a gente ri, a gente sabe quando fala sério, mas a gente brinca muito e isso ajuda (...) isso é fundamental. Principalmente rir um do outro, rir de si mesmo, tenta fazer o melhor, improvisar, que é fundamental...porque senão a gente iria enlouquecer, porque há sempre casos assim, casos-bomba (...) Eu acho que é uma válvula de escape da equipe para não adoecer”. (G1)

“(...) está na rotina da gente e a gente tem que lidar com um certo jogo de cintura, porque fácil não, é sério, é sério. Então a gente tem que rir para não chorar, porque às vezes você vem com aquela coragem e de repente fica desesperada. Mas é uma pessoa com quem você vai conversar individualmente, aí vem aquela questão de que você tem que ter maturidade para ouvir, né? (...) Então em alguns lugares a gente tem a oportunidade de fazer isso, é o que alivia também um pouquinho o estresse e outros não... depende muito do profissional que vai te ouvir, mas isso acontece muito, sabe de te jogarem uma bomba e você tem que respirar, rir da situação e tentar ver onde estão nos colocando”. (G1)

“(...) Às vezes acontece um atendimento pesado, difícil e eu depois preciso falar sobre o que aconteceu ali, se for compartilhado, eu procuro sempre me organizar para ter um espaço depois da consulta para conversar com o técnico com que eu compartilhei (...) nem sempre isso acontece, às vezes vem uma demanda que passa do horário enfim, e aí acaba, às vezes o profissional de Estratégia tem uma agenda e você está com uma flexibilidade, consegue segurar um pouco mais o paciente. Mas, enfim, eu procuro tentar falar logo, se eu tive um estresse naquele momento ou me sensibilizei muito com a história. Em muitos momentos eu consigo me segurar e não me envolver tanto, mas nem sempre. Mas tem situações que eu tenho vontade de chorar depois (...)”. (G1)

“(...) todo mundo gosta de comer (...) Então um pouco da minha história, do que eu tenho, e sou do

interior; gosto muito de comer; qualquer seja o espaço de trabalho onde eu vou, eu faço porque eu acho que reúne as pessoas e a gente conversa, é uma outra vertente, uma outra lógica de relação que às vezes facilita. Não é só na questão da Estratégia, eu gosto de compartilhar”. (G1)

“(...) por mais dura que seja uma reunião, acho que na reunião, pensando nisso, eu tento falar das várias formas, né? (...) Nós estamos fazendo esse processo juntos. Tratando de falar de várias formas, daí as vezes eles param, tem uns que você falando manso dá certo, mas já teve reunião que eu falei: - ‘Eu vou sair. tá bom?’ (...) Você vai testando as várias possibilidades a depender da maturidade de cada equipe e de cada profissional e isso acho que só o tempo vai nos dando formas de saber de que forma reagir”. (G1)

“Acho que sempre tentar evitar o embate, né? A gente sabe de todas as dificuldade na relação com a Estratégia, ou dentro do NASF, e aí sempre tentar fazer do jeito mais tranquilo possível”. (G1)

“Eu acredito que a expectativa que gera quando o NASF atua nas outras pessoas e a impossibilidade do trabalho, se a gente não for resiliente o suficiente. Isso com certeza vai trazer impactos para a saúde. Acho que [precisa] lidar com as frustrações, até como seu projeto de vida”. (G3)

“(...) a gente se adapta muito fácil, tanto para coisas ruins quanto para coisas boas, então o que era ruim ontem talvez hoje para você já não vai ser tão ruim assim, né?... Então a gente se molda muito fácil (...)”. (G3)

“(...) a gente tem que aprender a argumentar numa reunião de equipe e você também aprende a forma de se comunicar”. (G3)

Uma estratégia de enfrentamento individual a ser destacada frente a um caso complexo pode ser observada na fala a seguir:

“(...) alguns casos, principalmente um caso de câncer terminal, né? São situações de visita que me deixavam muito, muito... ver a família sofrendo, eu tinha vontade de abraçar todo mundo e chorar. Então a fulana me ensinou, falou que algumas pessoas fazem cálculos nesse momento, tentam fazer alguns cálculos...aí eu falei: - ‘Não, eu não vou conseguir fazer contas, não tem..’. Não sei, penso na tabuada, em conta. Então eu conto, fico contando números, quando tenho vontade de chorar. Normalmente essas visitas pesadas eu faço compartilhadas. Então eu já aviso antes para quem vai comigo: - ‘Olha, eu estou preparada para essa visita, mas pode ser que em algum momento alguém fale alguma coisa que eu tenha vontade de chorar e aí se você perceber que eu fiquei meio quieta, assume e fale alguma coisa.’ Nas visitas que eu sei que podem ser difíceis para mim eu sempre combino isso e vem dando certo (...) já fiz algumas umas vezes. Nesta semana fiz o acolhimento de um caso de violência sexual, ela está gestante de uma menina fruto dessa violência e aí ela contou a história dela, ela é uma jovem de 23 anos. Em muitos momentos eu senti vontade de chorar, mas continuei oferecendo... consegui oferecer a escuta e ao mesmo tempo fazer a contagem. Foi tranquilo, eu segurei a bola e não senti vontade de chorar depois do atendimento. Foi bom. Para mim está sendo boa essa estratégia”. (G1)

4.2.3.4 Buscar espaços de suporte e prazer

Espaços de suporte e prazer foram outras estratégias defensivas mencionadas pelos participantes dos grupos. São mais individuais e singulares do que coletivas e podem ser encontradas fora do ambiente de trabalho – com a família e amigos, mas também dentro dele – na realização de algumas atividades como, por exemplo, os grupos com os usuários.

A maioria está pautada na escuta e no acolhimento e todas elas visam em última instância à redução do estresse, sofrimento e a busca pela qualidade de vida pessoal e profissional. Compreendem a realização de atividades físicas, pintura, viagens, estar com os amigos e familiares em

locais que oportunizam prazer, como roda de samba, parques, assim como a busca da religiosidade e apoio psicológico.

“(...) Acho que o apoio da equipe e acho que até em casa mesmo. Acho que o dia que você chega e aconteceu alguma coisa, você está descontente, você procura um amigo fora do trabalho, ou pai, mãe, marido, alguém para conversar para desabafar mesmo, né?... Assim, é um momento: - ‘Ah, não tenho com quem conversar, ou não deu para conversar dentro da equipe, está acontecendo uma coisa comigo, com a equipe e eu preciso falar com alguém...’ Eu recorro mais a pessoas fora do ambiente de trabalho.... família, amigos”. (G1)

“(...) Eu tenho hoje um bebê de um ano e dois meses. Na minha gestação eu ficava muito preocupada, em alguns momentos fiz transferência: - ‘Ai, meu Deus, isso vai acontecer com meu filho em algum momento da vida dele.’ Então eu tive o apoio da equipe, da psicóloga que me ajudou em algumas estratégias, né?... para me proteger”. (G1)

“(...) em muitos momentos eu tenho que conversar, eu choro, desabafo naquele momento e, beleza, vamos tocar a vida. Outra estratégia é me fortalecer com aquilo que me faz bem fora do trabalho. Então, tem muitas coisas que eu gosto de fazer na vida: ir para a praia, fazer piquenique com meu filho no parque, andar de bicicleta com ele na rua, eu gosto de andar de bicicleta, eu gosto de passear, sabe? Ir no cinema, comer hambúrguer”. (G1)

“(...) eu tento fazer fora do trabalho as coisa que me agradam, assim, é... para quando eu voltar na segunda, eu estar bem, feliz, porque tive um descanso bacana (...) Então tem dois dias de descanso, tem esses dois dias tem que ser bons. Nem que seja para ficar deitada o dia inteiro, mas tem que ser bom para eu conseguir voltar na segunda e dar conta, porque é... A gente tem uma carga importante de trabalho”. (G1)

“Acho que esses problemas se repetem e vão virando uma bola de neve. Eu tento perceber acho

que a gente tem que investir um pouco na nossa qualidade de vida, né? em conversas até com o psicólogo (...) investir no que a gente gosta, realmente fazer, andar de bicicleta, nadar, pular, sair com os filhos, viajar e tudo mais. Acho que a gente tem de investir em algo prazeroso para nós, ter um momento nosso (...)". (G1)

"(...) tenho um tempo voltado para as práticas corporais, mas acredito que não é só isso. Tem pessoas que não gostam de atividade física em hipótese nenhuma, então vai arrumar uma tortura a mais para ela? Já tem que trabalhar e tem academia à noite? Meu Deus do céu...(...) ir no cinema, ao boticário, comprar um sapato, algo bom, né?... acho que prazeroso, um momento seu, dar uma desligada dos casos". (G1)

"(...) uma das coisas que eu vejo hoje, até na minha dinâmica, na minha vida pessoal que mudou muito é ter um tempo, entender que agora não é mais hora de estudar, nem de ir para um final de semana em um curso específico dessa área, é hora de você se dedicar a você mesmo, fazer as suas coisas e aí, dentro da tua rotina familiar, suas atividades de lazer, que te agradam. A gente tem que aprender a ver esse limite de distanciamento. Outra coisa que eu acho que é muito importante, principalmente para as pessoas que são terapeutas é conseguir olhar para si e até avaliar essas questões: uma terapia, se achar necessário. Eu acho que é importante ter essa autocrítica, essa auto-avaliação, para conseguir canalizar isso de outras formas. Acho que a estratégia é essa". (G2)

"(...) eu tento inventar uma coisa, eu sou muito de... eu preciso de alguma coisa nova, eu preciso de: - 'Ai, vamos fazer uma caminhada com piquenique!' E aí já vai aquela organização toda antes e depois. - 'Ah, na quarta-feira que vem, vai ter um circuito de atividade, vamos fazer.' Então sempre eu tenho que ter alguma coisa que eu vou ter que preparar antes, durante e depois, né? Tenho que saber que tem uma coisa para ir fundo. - 'Ah, vai ter uma aula de dança plantando bananeira.' É sempre assim, acho uma estratégia minha de assim marcar várias coisas

para que sejam gostosas, que eu sei que vai ser legal". (G2)

"(...) a hora que eu sair do trabalho eu vou para a minha academia, um trabalho totalmente diferente. Eu uso ali para me desestressar, para rir, para brincar, pra gritar, para brigar. Ali sou eu quem mando, ali eu posso falar, posso fazer e acontecer." (G2)

"Acho que essa coisa do equilíbrio assim...que a gente já falou um pouco, da vida que você tem fora do trabalho, faz toda a diferença na vida do trabalho. Eu acho que é isso, né? Eu falo muito isso para o paciente: - 'Você pensa em você? O que você faz para se distrair?' E às vezes a gente não tem esse momento". (G2)

"(...) achar uma atividade que você gosta, eu gosto muito de estar no verde, viajar, então eu foco nisso, para não ficar muito estressada eu foco nisso, vou para um parque, vou para algum lugar em que eu volte o equilíbrio. No trabalho eu acho que está bem, tem os momentos mais relaxantes com sua equipe... fazer brincadeiras com as coisas, às vezes até com a desgraça você brinca, né? Porque senão fica muito pesado, acho que essa coisa de mesclar as atividades que você gosta com essas coisas chatas de reunião que às vezes você acha bem pesado... Então é aquilo que ele falou, planejo uma atividade e às vezes a gente pensa também algumas atividades com a comunidade que a gente sabe que vai ser super gostoso e a gente também vai ficar bem. Eu acho que é isso". (G2)

"(...) e aí o NASF tá ali, abraça tudo, pega tudo, resolve tudo, negocia com todo mundo, entra em contato, alinha tudo, mas é sempre colocado no meu olhar em décimo lugar. Primeiro vai vir médico, enfermeiro, secretaria, comunidade que chega gritando, agredindo o colaborador e consegue e conquista o que quer. E a gente tem que ceder. Então é isso, eu acho que isso machuca, adoce muitos colaboradores, isso cansa e aquele que não procura uma terapia, aquele que não procura uma atividade física, aquele que não procura, sei lá, um grupo, que

seja um grupo de oração todo dia, alguma... ele adoece muito rápido”. (G3)

“(...) fico tão pouco tempo com meu filho que quando eu estou com ele eu procuro de fato ficar, estar. Eu fico às vezes quatro horas por dia com ele. Então eu procuro ao máximo... ensiná-lo a fazer as coisas, sei lá... as coisas que para mim são importantes. Eu também eu adoro ler, então a gente vai para uma livraria e ficamos os dois loucos lendo um monte de coisas. Ler bastante é uma coisa que me alivia muito o estresse. Às vezes eu estava lendo dois livros por mês, sabe? De tão ruim que eu estava. Ouvir música é outra coisa, que.. sei lá... Em momentos em que eu estou muito ruim, às vezes ele fala: - ‘Vamos andar no parque? Eu sou super sedentária, mas aí eu vou, a gente anda junto, vai andar no parque, então enfim, saio com meus amigos, adoro estar com amigos, enfim, são coisas que vão me alimentando”. (G2)

“(...) eu adoro viajar, para mim é uma coisa já do meu DNA, de tudo, de comida, enfim. Mas hoje tem coisas muito simples que eu tenho um prazer, sabe? Coisas muito simples, baratas, que me dão prazer, às vezes mais que uma viagem. Um exemplo: tenho um irmã que está doente, passado por uma fase super difícil. Aí no sábado eu levantei, peguei e trouxe para minha casa, fiz um café legal para ela. Eu tenho um cachorro que eu adoro e falei:- ‘Vamos passear?’ Aí a gente foi andar com os três cachorros, fizemos fotos que eu adoro também, voltamos, ela gosta de comer, ela gosta de yakissoba, eu fui comprei o yakissoba, montei uma mesa bonita e depois a gente dormiu um pedaço da tarde (...) Viver o dia, viver esse momento. Ela não teve crise neste dia (...) Assisti vídeo, eu tenho uma vitrola, tenho disco de vinil, eu adoro, eu coloco e fico ouvindo”. (G2)

“(...) tem que fazer terapia, tem que cuidar de si (...)”. (G3)

“(...) então, se você não procurar fora algo para relaxar o corpo e a mente, você adoece (...)”. (G3)

“(...) – ‘Nossa, eu vou pirar, o que eu vou fazer?’ Eu não tenho vergonha de dizer, eu saía da Unidade e muitas vezes eu voltava pra casa aos prantos. E o homem tem vergonha de dizer e assumir que chora, que tem sentimentos, né?... São poucos os homens que falam: - ‘Chorei, estou triste, isso me magoou.’ E eu saía dali e falava: - ‘Nossa, meu Deus do céu, o que está acontecendo comigo?’ E eu voltava no outro dia com aquele sentimento: ‘Nossa, ferrou, eu vou ter que procurar alguma coisa.’ Foi quando eu procurei uma terapia por fora e fiquei acho que uns oito meses da minha terapia só falando sobre o processo do serviço, sabe? O tanto que aquilo estava me adoecendo, o tanto que estava se tornando difícil para mim. Tinha pessoas dentro da equipe que eram muito difíceis de se relacionar, eu falava, sabe? Eu já não conseguia mais, eu não estava conseguindo separar o pessoal do profissional, porque é do próprio ser humano (...) Chega uma hora que as relações pegam no pessoal e aí quando pega no pessoal você fala: - ‘Agora ferrou, porque eu faço parte dessa equipe e eu sei que com essa pessoa eu não vou conseguir fazer acontecer. E aí foi quando eu comecei a depositar tudo na minha terapia e foi quando eu mudei e consegui desplugar. Deu cinco horas da tarde, eu não vivo mais o NASF. Às cinco horas da tarde eu vou para minha casa, me troco, vou correr, vou para a academia, vou cantar, vou me reunir com os amigos, vou visitar meu pai e minha mãe”. (G3)

“Faço parte de um grupo de práticas corporais, de dois na verdade, e eu acho que é o que dá gás para você continuar o trabalho (...) Quando você vai num grupo de práticas corporais você está tendo iniciativa de se cuidar, de pensar em outra coisa para você. O jeito que as pessoas saem do grupo, o jeito que eu como técnica saio do grupo, isso é o que me renova, é uma das coisas que me renovam, que eu acho que me fortalecem”. (G3)

“Bom, minha família é muito bagunceira, todo final de semana eles estão armando alguma coisa, às vezes eu chego em casa e já está tudo armado, então, assim, eu acho que desetressa bastante (...) É viajar, sair, passear. E eu acho que a questão da religião também é muito importante (...) eu também vou todo final de semana na igreja, eu tomo conta

de um grupo de crianças (...) É bem gratificante mesmo. E pintar, eu gosto muito de pintar, então pintar para mim acaba com o estresse”. (G3)

“(...) voltei pro balé este ano, sempre amei dançar, escolhi fazer terapia ocupacional porque poderia usar a dança como uma forma de tratamento (...) Trabalhar com o corpo é uma coisa que me renova, é uma filosofia de vida, eu acho (...) faço artesanato, faço coisas pra dar de presente para as pessoas”. (G3)

“(...) eu acredito que é preciso fazer uma terapia, uma atividade física, seja lá qual for. Então eu faço terapia, faço exercício físico. E ter uma religião eu acho que é super importante (...) Final de semana pra mim se não tiver uma roda de samba eu não me refaço, eu não me refaço, então todo final de semana pode estar o calor que for, eu vou atrás de uma feijoada com pagode de mesa (...)”. (G3)

“(...) é gostoso você estar ali no sofá assistindo um filme, viver o que Deus oferece, o que o mundo oferece, sabe? Vai dar uma volta no parque, fazer um bate volta na praia. Se você não está com dinheiro, sei lá, reúne três quatro amigas e vai fazer aquela tradicional festa americana, cada uma traz alguma coisa, mas viva, sabe? Eu vivo para me fortalecer, estar bem e poder me manter bem durante a semana toda”. (G3)

“Eu estava pensando nessa coisa que a gente estava falando da renovação, de renovar a espiritualidade e a esperança. Esses dias eu estava lendo um texto de Rubem Alves que falava de esperança e otimismo (...) Tem tudo a ver com isso: o quanto essas atividades, na verdade, no fundo, é a renovação do que a gente é, essa força que a gente precisa para continuar caminhando, da gente acreditar que vai dar tudo certo no final, né? E às vezes o ambiente externo não está ajudando, mas a gente tem que acreditar que vai ser bom, porque senão a gente não consegue mais caminhar”. (G2)

A seguir, a figura 1 traz uma representação da relação sofrimento-prazer no trabalho do NASF na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho.

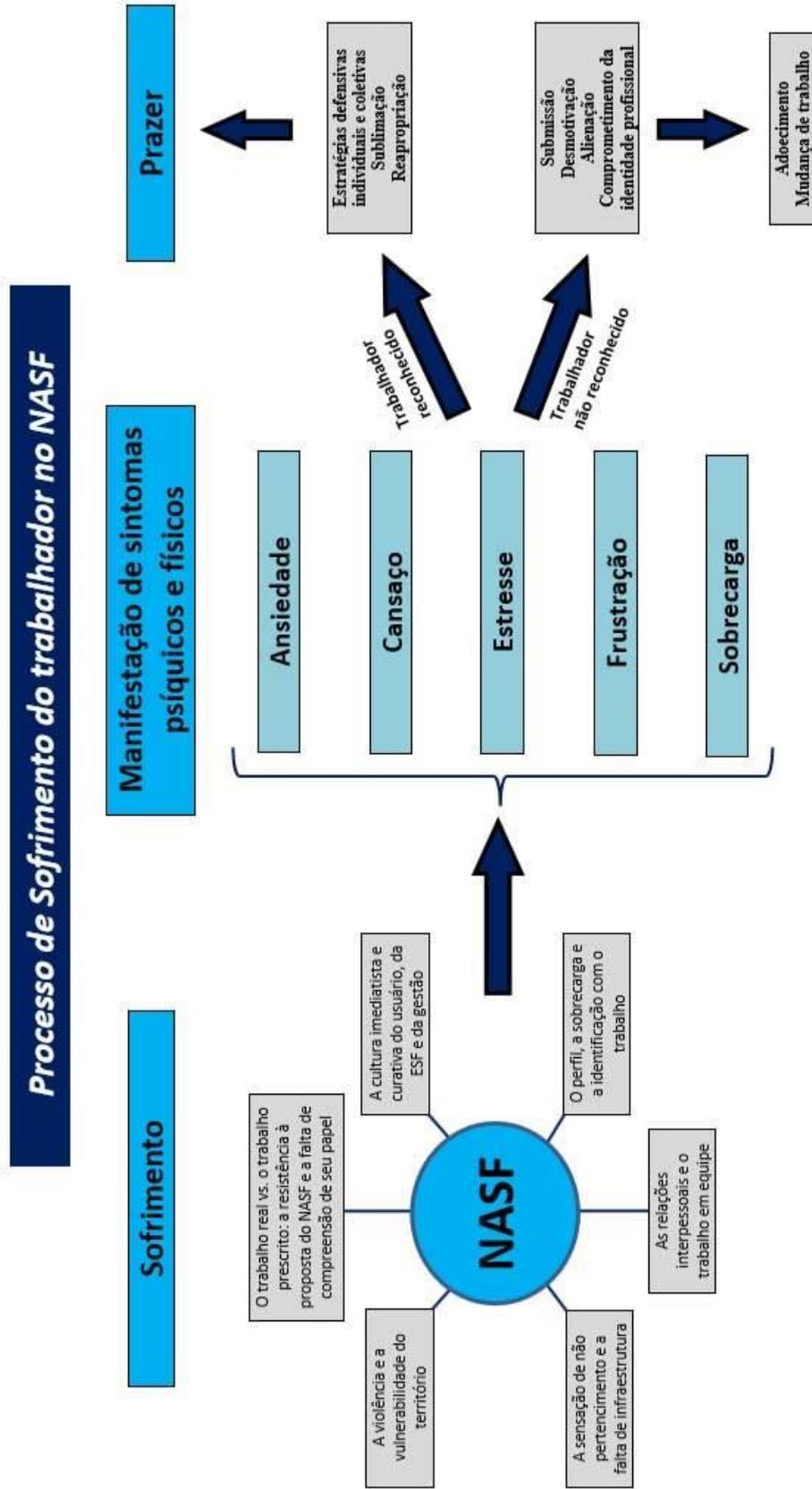


Figura 1. Representação da relação sofrimento-prazer no trabalho do NASF na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. São Paulo, 2015.

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL

A análise do perfil dos trabalhadores do NASF neste estudo demonstrou a predominância do sexo feminino (85,5%), na faixa etária dos 23 aos 64 anos, com média de 32,2 anos. O tempo médio de formação foi de 8,1 anos, entretanto, observa-se que esse valor seria menor se não houvesse um dos sujeitos com 40 anos de formação. A maioria (84,2%) havia realizado pós-graduação *sensu lato*, predominantemente na área de Saúde Pública/Saúde Coletiva (26,3%) ou Saúde da Família (21,1%) e 5,3% havia concluído o Mestrado. Para cerca de 75% dos participantes, o tempo de atuação no NASF foi inferior a três anos e meio e um único integrante atuava em outro NASF no Município, porém 64,5% tinha outro vínculo empregatício.

Estes achados assemelham-se aos encontrados por Leite, Nascimento, Oliveira (2014) no estudo com 40 profissionais do NASF, dos quais 31 eram do sexo feminino com idade média de 32,4 anos. Quanto ao tempo de formação, a média foi de 8,67 anos, no entanto, apenas 12 profissionais haviam realizado pós-graduação *latu* ou *strictu sensu* na área.

A predominância do sexo feminino na área da saúde fica evidente em diversos contextos de atuação. Especificamente no NASF, outros estudos realizados em São Paulo - SP e em Fortaleza – CE corroboram esses achados (Oliveira et al., 2012; Lancman et al., 2012). Neste último estado, o tempo de formação dos profissionais variou entre 2 e 10 anos (Oliveira et al., 2012).

Os perfis profissionais sugerem que a maioria das equipes do NASF não são compostas por trabalhadores recém-egressos da graduação e que os sujeitos estão em busca de aperfeiçoamento na área por meio de cursos de

pós-graduação. Assim, a inexperience dos trabalhadores não pode ser considerada uma das possíveis causas de estresse, desgaste e sofrimento. A sobrecarga decorrente de mais de um vínculo empregatício talvez possa ser aventada como uma possível explicação para o adoecimento e o sofrimento relatados.

5.2 INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE *STRESS* PARA ADULTOS DE LIPP

Os resultados oriundos do ISSL evidenciaram que 38 (34 do sexo feminino - 52,3% e quatro do sexo masculino - 36,4%) dos 76 profissionais que responderam ao questionário apresentavam estresse, com predominância de sintomas físicos e psicológicos igualmente divididos entre os sexos.

A predominância de estresse entre as mulheres foi evidenciada em outros estudos (Rossetti et al., 2008; Santos, Vargas, Reis, 2014), embora neste caso decorra do maior número de mulheres na amostra (65 mulheres). Dentre os sujeitos que apresentavam sintomas físicos ou psicológicos de estresse, 50% encontravam-se na fase de resistência e 20% da fase de exaustão.

Estudo com 37 profissionais das equipes da ESF de Ribeirão Preto, SP, constatou que 62% dos trabalhadores apresentaram estresse, dos quais 83% estavam na fase de resistência (Camelo, Angerami, 2004). Pesquisa com 236 ACS verificou que 61,4% apresentaram alguma manifestação de estresse, sendo que 51,7% estavam na fase de resistência (Santos, Vargas, Reis, 2014).

Investigação do estresse com 58 profissionais da ESF evidenciou que 24,11% dos participantes estavam na fase de alerta, 41,35% na fase de resistência, 10,33% na fase de quase-exaustão e 20,67% na fase de exaustão (Soares, et al., 2011). Tais resultados corroboram os achados obtidos no

presente estudo, em que foi observada a predominância do estresse na fase de resistência sobre as demais.

Na fase de alerta, a tensão muscular destacou-se como um sintoma citado por 63,2% dos sujeitos, enquanto na fase de resistência, o desgaste físico constante esteve presente em 63,2%, tal como observaram Camelo e Angerami (2004). No entanto, na fase de exaustão, existe uma pequena divergência nos achados em comparação a estes estudos, pois o cansaço excessivo esteve presente em 53,9% dos profissionais do NASF, enquanto Camelo e Angerami (2004) verificaram que o sintoma mais citado por 52% dos profissionais da ESF foi a insônia.

Ao analisar o estresse em profissionais da saúde de uma equipe multiprofissional no Rio de Janeiro - RJ, Carvalho e Malagris (2007) verificaram que os sintomas mais presentes na fase de resistência foram a sensação de desgaste físico constante (16%) e cansaço constante (13,6%).

Na presente investigação, os sintomas menos frequentes foram a taquicardia e a hipertensão (3,9%), a presença de úlcera ou tiques e a impossibilidade de trabalhar (2,6%), enquanto nos achados de Carvalho e Malagris (2007), os menos citados foram os problemas dermatológicos e a presença de úlceras.

Embora não tenha sido possível correlacionar a categoria profissional e a presença de estresse, verificou-se que os fonoaudiólogos e fisioterapeutas foram os profissionais que mais apresentaram estresse (71,4% e 58,3% respectivamente), enquanto os nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos foram os que menos apresentaram sintomas (33,3%, 37,5% e 41,7% respectivamente). Dentre os profissionais havia uma única enfermeira e um médico psiquiatra, de modo que não é possível fazer considerações a esse respeito. No estudo de Carvalho e Malagris (2007), houve um empate entre os profissionais que mais apresentaram estresse, sendo eles: assistentes sociais, médicos e enfermeiros, enquanto o fisioterapeuta não apresentou sintomas de estresse.

A presença de estresse entre os trabalhadores da saúde varia de acordo com o contexto organizacional, mas também é afetada por inúmeras outras condições que precisam ser amplamente analisadas. No entanto, é fato que afeta o trabalho na ESF e no NASF, uma vez que pode haver desmotivação, comunicação deficitária, desorganização e insatisfação, interferindo no processo de trabalho e nas atividades desenvolvidas (Camelo, Angerami, 2004; Soares, et al., 2011).

Em um estudo sobre os riscos psicossociais relacionados ao trabalho, seu contexto e conteúdo, Cox e Rial-González (2002) identificaram dez categorias passíveis de provocar estresse ao trabalhador: cultura e função organizacional, papel na organização, desenvolvimento da carreira, decisão e controle, relacionamento interpessoal no trabalho, interface trabalho/família, ambiente e equipamentos de trabalho, planejamento de tarefas, carga e ritmo de trabalho e agenda de trabalho.

5.3 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL - QVP-35

No QVP-35, as maiores médias das dimensões relacionam-se ao apoio social (média 8,55; dp=1,56), motivação intrínseca (média 8,20; dp=1,11), recursos relacionados ao trabalho (média 8,05; dp=0,90) e capacitação para a realização do trabalho (média 7,98; dp=0,91). Cabe ressaltar que nessas dimensões, quanto maior a média, melhor é a percepção de qualidade de vida profissional dos sujeitos.

As duas dimensões que apresentaram maior consenso entre os sujeitos foram os recursos relacionados ao trabalho e a capacitação para realização do trabalho, devido ao menor desvio padrão em relação às demais. As dimensões que apresentaram menor média foram desconforto relacionado ao trabalho (média 5,03; dp=1,60) e apoio organizacional (média 5,69; dp=1,42).

O apoio social engloba a relação com amigos e familiares, enquanto a motivação intrínseca exprime o orgulho e satisfação com o trabalho, o desejo de ser criativo e a vontade de melhorar. Em contrapartida, a menor pontuação na dimensão desconforto relacionado ao trabalho e apoio organizacional demonstra que existe um desconforto físico no trabalho, com conflitos, falta de tempo para a vida pessoal e consequências negativas para a saúde do trabalhador, além de falta de apoio dos superiores, de reconhecimento e a percepção de que não existe preocupação com a qualidade de vida do trabalhador por parte da empresa (Guimarães et al., 2004).

Os achados deste estudo revelam uma contradição entre a motivação e a mobilização do trabalhador e as condições concretas para realizar o trabalho. Resultados semelhantes foram obtidos em estudo com 72 profissionais de instituições psiquiátricas de Aracajú-SE, em que o apoio social, os recursos relacionados ao trabalho, a capacitação para o trabalho, a motivação intrínseca, a carga de trabalho e o desconforto relacionado ao trabalho foram as dimensões mais pontuadas, assim como a menos pontuada foi o apoio organizacional (Barros, Araújo, Johann, 2013).

A necessidade de reconhecimento pelo trabalho realizado e o esforço despendido, o que demonstra a relevância social do trabalhador, aparece tanto nos resultados quantitativos deste estudo, como nos qualitativos, tal como ocorreu no estudo de Rego (2008).

Na segunda fase de análise do QVP-35, com o reagrupamento das dimensões em AO, MI, CT e QVP, observa-se que a maior média está na motivação intrínseca (8,41; $dp= 0,71$), enquanto as demais médias obtiveram valores muito próximos a 5,95, demonstrando uma semelhança na percepção dos sujeitos sobre essas dimensões. Entretanto, a dimensão percepção da qualidade de vida no trabalho mostrou a maior dispersão entre todos os itens ($dp=2,40$).

Analisando as dimensões do QVP-35 nos sujeitos com e sem estresse, as maiores diferença entre as médias foram na percepção da

qualidade de vida no trabalho e no desconforto relacionado ao trabalho. No caso dos sujeitos com estresse, a percepção da qualidade de vida no trabalho é pior, enquanto neste mesmo grupo o desconforto relacionado ao trabalho é maior, embora estatisticamente não haja diferença significativa devido ao valor dos desvios padrão dos escores apurados para essas dimensões. No entanto, pode ser um indicativo da percepção dos dois grupos em relação a esses aspectos.

Dos 38 sujeitos que apresentaram estresse, 18 também apresentaram piores escores na percepção da qualidade de vida no trabalho. A média relativa ao tempo formação deste grupo foi de 7 anos, sendo o mínimo de 2 e máximo de 13 anos. Destes, apenas 8 participaram do primeiro grupo focal.

No grupo dos sujeitos que não apresentaram estresse, destaca-se a maior média obtida na dimensão apoio social (média 8,86; $dp=1,20$), no entanto, não é possível afirmar que o apoio social é um fator de proteção contra o estresse, uma vez que ele também foi a média mais alta entre os sujeitos com estresse.

Vale ressaltar que o item *estou capacitado para realizar o meu trabalho* obteve maior consenso entre os sujeitos, quando comparado aos demais itens do instrumento, uma vez que apresentou maior escore mínimo (6) e menor desvio padrão (1,05). Este fato é interessante quando comparado aos achados qualitativos em que houve solicitação dos sujeitos por capacitações e espaços de Educação Permanente em Saúde.

Os resultados expressos pelo QVP-35 demonstram que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores das dimensões, quando comparados ao ISSL e outras variáveis como sexo e formação profissional. Embora o QVP-35 já tenha sido validado em diversos contextos, neste estudo ele não se mostrou particularmente sensível devido à pequena amostra e ao grande número de categorias profissionais envolvidas e atuantes no NASF, havendo grande dispersão dos resultados. Por outro

lado, o uso do ISSL permitiu identificar a presença de estresse e sua respectiva fase nas diversas categorias profissionais.

5.4 SOFRIMENTO

Os resultados deste estudo demonstram os inúmeros desafios e os limites vivenciados pelos trabalhadores do NASF no cotidiano do trabalho e o sofrimento - categoria mais extensa do estudo, que emerge em diversas situações rotineiras, ora relacionadas à ESF, ora a própria equipe NASF.

No dia a dia da prática na AB, os trabalhadores vivem diversas situações imprevistas que fogem do prescrito. No NASF, a situação é agravada dada a diversidade e a abrangência do trabalho, não apenas pelas questões relativas à organização do trabalho e as características do contexto territorial, mas também devido à proposição contra-hegemônica de suas diretrizes e ações, que ainda precisam provar-se acertadas no contexto do trabalho em saúde. Disso decorre o hiato existente entre o **trabalho real e o prescrito**, tanto no que diz respeito ao perfil dos profissionais, quanto à organização do processo de trabalho e às expectativas não coincidentes da ESF em relação ao NASF, às necessidades assistenciais da população e aos propósitos da gestão.

As diretrizes da ESF, instituídas desde sua implantação em 1994, foram reafirmadas pela Política Nacional da Atenção Básica em 2011 e direcionam o processo de trabalho das equipes com vistas à atuação interdisciplinar, centrada na família, na promoção da saúde e na prevenção do adoecimento. As premissas do trabalho no NASF constituíram-se em consonância com as diretrizes do SUS, da AB e da ESF e estão expressas em portarias e publicações ministeriais (Brasil, 2008a; 2010; 2011; 2012; 2014). Visam à incorporação de novas formas de cuidado em saúde, na perspectiva da clínica ampliada e da interdisciplinaridade, e ao aumento da resolubilidade da AB, mediante a utilização de ferramentas tecnológicas como o apoio matricial e o PTS.

Os depoimentos dos trabalhadores evidenciam que, a despeito do encadeamento lógico na concepção do trabalho no NASF e da perspectiva de trabalho integrado e alinhado, o trabalho real das equipes da ESF e, conseqüentemente, do NASF, não corresponde ao prescrito em sua totalidade, o que demonstra que os processos de trabalho precisam ser revistos, dada a interdependência do trabalho entre ESF-NASF.

O número excessivo de famílias, a rotatividade de profissionais, a grande demanda assistencial e a falta de retaguarda da RAS estão conduzindo a ESF ao rumo possível e o cuidado à saúde permanece biologicista, curativista, pautado em ações programáticas individualizadas e no cumprimento de metas numéricas, o que se contrapõe ao proposto pelo NASF, tornando ainda mais forte a **resistência a sua proposta e a falta compreensão de seu papel.**

Estudo sobre os significados do trabalho para os trabalhadores da ESF evidenciou os sentimentos de impotência e incompetência frente às responsabilidades e atribuições cotidianas (Azambuja, et al., 2007). Esse descompasso entre a ESF e o NASF, que é considerado um “*modelo muito inovador para a realidade do sistema de saúde*”, vem contribuindo para o distanciamento entre os trabalhadores e a efetivação restrita de seus propósitos, idealizados para uma equipe de apoio.

As expectativas dos profissionais da ESF de que o NASF funcione como uma equipe de especialistas capaz de resolver as demandas e as necessidades da população mediante ações de caráter ambulatorial ficam evidentes nos discursos, assim como a falta de compreensão do papel do NASF e a conseqüentemente resistência ao se deparar com outra proposta de trabalho.

As expectativas divergentes e a falta de compreensão sobre o papel de apoio do NASF não se limitaram ao momento de sua implantação; perpetuam-se até hoje, em menor medida e a depender do contexto, o que faz com que os trabalhadores tenham que repetir inúmeras vezes “o que o NASF faz”, a fim de se justificar diante das demandas das equipes da ESF.

Essa situação gera sentimentos de angústia, cansaço e estresse, resultando em sofrimento. Ademais, compromete a identidade profissional do trabalhador, por falta de reconhecimento e da relevância social do trabalho desenvolvido, pois, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, é a partir o olhar do outro que os indivíduos se constituem enquanto sujeitos e constroem sua identidade individual e social (Dejours, 2011).

Esses sentimentos também emergem devido à expectativa de polivalência do trabalhador do NASF para resolução dos casos mais complexos. Com o passar do tempo, o trabalhador sente-se desmotivado, sem forças e até cooptado a realizar o que foge do prescrito para sua atuação. Esse embate, quase que diário, fica evidente nas falas dos trabalhadores e também em outros estudos acerca da implantação e do processo de trabalho do NASF conduzidos no País, que corroboram os resultados desta pesquisa, em relação à falta de compreensão, inclusive dos próprios trabalhadores do NASF, de seu papel de apoio (Oliveira et al., 2012; Soleman, 2012; Lopes, 2013).

O papel do NASF também foi discutido por Silva et al. (2012) que destacaram dentre as suas funções ressaltadas as de potencializar a resolubilidade da AB e auxiliar na reorganização da RAS, revendo e otimizando os fluxos de referência e contra-referência, o que corrobora os achados deste estudo e reforça o que preveem as Portarias nº 154 e nº 2488, relativas à implantação do NASF e às diretrizes da AB e da ESF, respectivamente.

Ainda no tocante ao papel do NASF, Lancman et al. (2013) verificaram que os trabalhadores do NASF sabiam o que não queriam e não deveriam ser e, apesar de se sentirem prontos e capazes para contribuir com o trabalho na AB, não conseguiam promover as pactuações necessárias, o que gerava frustração. O mesmo estudo demonstrou que a expectativa das equipes da ESF em relação ao NASF era que este atendesse a demanda existente no território, tal como no presente estudo. Relataram ainda que, por ser uma equipe de apoio, o NASF tem ou pelo menos deveria ter “suas

ações indissociáveis e dependentes daquelas da EqSF”, o que reforça 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*” (Lancman et al., 2013, p. 974). Nesse sentido, “*há que se considerar a consubstancialidade entre processo de trabalho e necessidades, visto que implica circularidade entre o modo de organização e distribuição e o consumo de serviços*” (Peduzzi et al., 2011, p.634).

Outros aspectos comprometem a integração, o planejamento e o desenvolvimento do trabalho de forma efetiva e resolutiva, como o distanciamento e até a falta de apropriação do NASF em relação ao território – com seus determinantes e condicionantes do processo saúde-doença - e a utilização rotineira dos indicadores de saúde, que refletem as condições de vida e saúde da população.

Oliveira et al. (2012) argumentam que os processos de trabalho no NASF constituíram-se sem o conhecimento ou com um conhecimento superficial do território. Na presente investigação, o território praticamente não foi citado e tampouco a análise do perfil epidemiológico e as possíveis mudanças nos indicadores de saúde da população diante do trabalho desenvolvido.

Foi possível verificar ainda que, apesar de respaldado em documentos norteadores, na prática o trabalho do NASF vem sendo desenhado com base em características territoriais, necessidades e demandas prioritárias que surgem nas reuniões com as equipes da ESF (Lancman et al., 2013; Silva, et al., 2012). Essa característica do trabalho exige extrema disponibilidade e grande habilidade do trabalhador frente às solicitações, exigências e necessidades que emergem do cotidiano de trabalho e colocam em cheque sua autonomia.

A influência da formação inicial no perfil dos trabalhadores do NASF também contribui para o sofrimento, pois alguns têm pouca familiaridade com a AB, em decorrência do processo de formação que os

tornou mais especializados e restritos em seu saber profissional, que generalistas com olhar ampliado para as necessidades sociais e de saúde da população. A implantação rápida e crescente dos NASF também demandou a incorporação de novas categorias profissionais, algumas delas até então pouco presentes na área da saúde, com conhecimento limitado sobre as políticas públicas de saúde e muitas vezes sem o perfil desejável.

No contexto abordado, foram mencionadas dificuldades em utilizar rotineiramente ferramentas tecnológicas mais resolutivas, propostas pelo NASF com vistas a novas formas de cuidado em saúde, o que novamente evidencia a distância entre o trabalho prescrito e o concreto.

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 e também do usuário, principalmente com o apoio matricial que se efetiva no encontro entre os profissionais, em discussões de casos, consultas, grupos compartilhados e na educação permanente, dentre outros momentos, a fim de potencializar a atuação interdisciplinar e, quem sabe um dia, transdisciplinar. A cooperação interprofissional é uma estratégia para superar a fragmentação do olhar e das condutas especializadas que tendem ao encaminhamento, não apenas para outros serviços de atenção da rede, mas também internamente entre os profissionais da própria ESF (Matuda, 2012). Na realidade cotidiana do trabalho na ESF,

“para que seja disponibilizado um cuidado ampliado, não nos parece necessário e nem viável que uma pessoa ou família precise ser atendida obrigatoriamente por todos os tipos de profissionais da ESF. Um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da saúde, implica certo número de práticas compartilhadas, potencializando a atuação profissional” (Ellery, Pontes, Loiola, 2013, p.433).

No entanto, no contexto abordado, ficou nítida a dificuldade da ESF em compartilhar os casos em uma perspectiva de corresponsabilização e compreensão do papel de apoio do NASF, uma vez que a tendência de

“*passar o caso*” é bastante frequente. Os resultados revelam o pouco envolvimento da ESF nos grupos que, embora intitulados como compartilhados, muitas vezes acabam ficando apenas sob a responsabilidade do NASF, o que também foi evidenciado no estudo de Lancman et al. (2013). Em Fortaleza, também se verificou a resistência ao desenvolvimento do trabalho conjunto, tendo com justificativa a falta de tempo e a grande demanda da equipe da ESF, além do sentimento de que as propostas de apoio eram um trabalho a mais (Oliveira et al., 2012).

Matuda (2012) argumenta que o papel de apoio e corresponsabilização do NASF está claro e que cabe à ESF responder às demandas a população adstrita, não devendo delegar tal responsabilidade ao NASF. Além disso, alguns dos casos levados pela ESF para discussão e compartilhamento são desconhecidos pelas equipes – principalmente pelos técnicos. Conhecer o caso e o histórico do usuário a ser discutido e que posteriormente será atendido pelo NASF em grupos ou consultas compartilhadas é uma das premissas mínimas colocadas para as equipes da ESF. Quando isso não ocorre, o NASF torna-se praticamente a porta de entrada no sistema, o que fragiliza o vínculo, o seguimento longitudinal e a integralidade do cuidado prestado pelas equipes da ESF.

Na presente investigação, os atendimentos do NASF derivam de discussões em reunião de equipe. Essa mesma realidade também foi revelada no estudo de Silva et al (2012). No entanto, não houve consenso acerca do fluxo de atendimento após as reuniões compartilhadas, tendo sido cogitadas diferentes formas de agendamento com os profissionais do NASF por meio dos grupos de promoção da saúde ou acolhimento. O apoio matricial persiste como um desafio a ser superado, o que só irá ocorrer quando houver equipes de saúde da família “*disponíveis ao trabalho do NASF*” (Oliveira et al., 2012, p. 62).

A carência e muitas vezes a ineficiência dos serviços da RAS, aliadas à expectativa dos profissionais da ESF de que o NASF realize um cuidado eminentemente ambulatorial a fim de resolver as necessidades

assistenciais da população, gera encaminhamentos e solicitações que não condizem com a proposta do NASF e com o cuidado previsto para esse nível de atenção. Outros estudos também advogam que o NASF não deve atuar como substituto de outros serviços da RAS, atendendo casos de maior complexidade na AB, numa perspectiva puramente assistencial (Cunha, Campos, 2011; Silva et al., 2012; Lancman et al., 2013; Leite, Nascimento, Oliveira, 2014).

Os resultados levam a crer que outro desafio bastante presente no cotidiano da ESF e do NASF diz respeito a falhas ou insuficiência da RAS. A impossibilidade de referenciar um caso, seja pela falta de profissional em algum dos serviços ou pela existência de uma grande demanda reprimida, gera sobrecarga ao trabalhador do NASF frente às solicitações de atendimento e também sofrimento e frustração pessoal por saber que poderia oferecer mais se o seu modelo de trabalho fosse outro, o que também ocorre na perspectiva do usuário, que recebe um cuidado aquém do que realmente precisaria.

A articulação intersetorial e o cuidado em rede estão “embutidos” na concepção de integralidade do cuidado em saúde, mas as tentativas das equipes da ESF de promover maior aproximação com outros serviços da RAS resultam apenas em articulações pontuais (Arce, Sousa, 2013).

Na perspectiva dos ACS, existe um deslocamento de responsabilidades para a ESF, no entanto, esta apresenta limitações na resolubilidade de alguns casos (Martines, Chaves, 2007).

A desassistência aos usuários e a angústia dos profissionais por falta de uma retaguarda da RAS para o encaminhamento dos casos mais complexos também foi evidenciada por Oliveira et al., 2012; Soleman, 2012; Matuda, 2012; Fragelli, 2013, corroborando com os achados deste estudo.

Estudo acerca das RAS e do apoio matricial no CAPS constatou que existe falta de comunicação e integração com a ESF que, no caso em estudo,

comprometia o funcionamento da rede e a efetividade assistencial dos usuários. O NASF mostrou-se fundamental no fortalecimento das RAS (Prestes et al., 2011).

A articulação restrita da rede compromete o modelo de apoio previsto para o NASF (Cunha, Campos, 2011). No município de São Paulo, este também é prejudicado pela existência de diferentes instituições gestoras (organizações sociais) e suas respectivas formas de gestão, que corroboram para a diluição das responsabilidades, a descontinuidade da atenção e a fragilização da longitudinalidade do cuidado (Leitão, 2012).

Essa realidade está presente em diversos contextos e é uma situação típica e frequente que produz conflito ético, denominado por Dejours (1999) como sofrimento ético, ou moral, desencadeado pela “*experiência da traição de si mesmo*”. “*É neste contexto perturbado que certos trabalhadores acabam por aceitar colocar o seu zelo ao serviço de objetivos que a sua moral reprova*” (Dejours, 2013, p. 22).

Outra divergência presente entre o trabalho real e o prescrito, e que muitas vezes é contraproducente e gera sofrimento, está relacionada à dicotomia entre a quantidade e a qualidade presentes nas metas e cobranças de produtividade numérica, tanto para ESF como para o NASF. Analisando o trabalho da ESF e do NASF, Lancman et al. (2013) afirmam que a natureza do trabalho dessas duas equipes apresenta diferenças ligadas a suas concepções e seus parâmetros de produtividade, o que compromete a efetivação das ações compartilhadas e de caráter coletivo.

Na dinâmica de trabalho do NASF, as ações desenvolvidas privilegiam a qualidade e a resolubilidade, mais que a quantidade. Logo, sua proposta está na contramão das formas usuais de monitoramento e avaliação de programas e serviços de saúde. A ESF, por outro lado, possui metas numéricas de produção para todas as ações desenvolvidas de forma muito bem delimitada.

O desafio reside não apenas em alinhar quantidade e qualidade, mas em sensibilizar gestores e profissionais para que a proposta do NASF não se distancie ainda mais do modelo prescrito, frente às cobranças por consultas e grupos puramente para garantir o acesso, prejudicado por falhas e insuficiências da RAS. Esse tensionamento está presente no discurso dos trabalhadores, assim como o temor de um retrocesso para a perspectiva ambulatorial de cuidado, fragmentado por especialidades, na lógica do referenciamento.

Em um estudo sobre prazer e sofrimento na AB realizado com uma equipe multidisciplinar, Maissiat (2013) também verificou que pressão para o cumprimento de metas e produtividade estava presente entre os trabalhadores e que para responder às demandas do serviço, o trabalhador executava as funções delegadas pela gestão, além das necessárias para o cumprimento de suas atividades, o que gerava sobrecarga e sofrimento.

Essa dicotomia entre quantidade e qualidade também foi debatida por outros autores, assim como a necessidade de avançar na elaboração de novos indicadores qualitativos, na lógica da integralidade, capazes de mensurar a qualidade do seguimento e do cuidado em saúde, a qualidade de vida e o não adoecimento (Nascimento, Oliveira, 2010; Silva et al., 2012).

Debatendo também a quantidade *versus* a qualidade, em uma perspectiva de acompanhamento do profissional e avaliação de seu desempenho, Dejours (2013, p. 21) destaca que “*este método de avaliação quantitativa é, pois, falso e gera sentimentos de injustiça que têm também efeitos nocivos sobre a saúde mental. Mas o mais grave são provavelmente os efeitos deste método no trabalho coletivo, na cooperação e na convivência*”.

Ainda que neste estudo a longitudinalidade do cuidado tenha sido vista como uma carga, ela deve ser a “imagem-objetivo” do trabalho das equipes de saúde, entendida como uma boa prática que extrapola a prevenção e o controle das doenças. Apresenta-se como uma responsabilidade integral orientada para o indivíduo, firmada a partir do

vínculo e do compromisso entre os trabalhadores e a coletividade. O NASF possui potencialidades para fortalecer a longitudinalidade enquanto atributo da AB, ao colaborar para a resolutividade dos casos na própria ESF (Arce, Sousa, 2014).

Histórica e culturalmente, os usuários dos serviços de saúde buscam respostas para suas necessidades e queixas relativas à saúde de uma forma rápida, individualizada, médico-centrada e preferencialmente medicamentosa. De certa forma, a formação profissional também sofreu essa influência e os profissionais da saúde muitas vezes reproduzem e valorizam essa forma de cuidado em detrimento das ações de promoção e prevenção. A gestão também busca resultados mais imediatos, mais visíveis e quantitativamente significativos, a partir de uma abordagem ambulatorial com foco na queixa. Superar esta **cultura imediatista e curativa**, imprimindo uma visão ampliada para os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com foco em ações coletivas e de promoção da saúde, é um desafio a ser enfrentado por todos trabalhadores da AB.

Mesmo frente ao modelo integral proposto pelo SUS, o trabalho em saúde segue reproduzindo o modelo biomédico hegemonicamente instituído, o que também contribui para as tensões no cotidiano do trabalho (Peduzzi, et al., 2011). A AB ainda gira em torno da consulta médica individualizada, enquanto a realidade do trabalho na ESF exige que o cuidado em saúde transcenda a abordagem meramente biologicista (Martines, Chaves, 2007). Esse é um dos objetivos permanentes do NASF, visualizado principalmente na construção do PTS e nas discussões de caso nas reuniões de equipe. Os inúmeros questionamentos acerca da família e sua dinâmica, do contexto social, da rede de apoio, dentre outros, estão bem presentes na rotina do NASF, que muitas vezes não é compreendida pela ESF, que espera a resolução do caso por meio de um agendamento ou encaminhamento e não por meio de compartilhamento e corresponsabilização.

“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, a 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” (Lancman et al., 2013, p. 974).

A expectativa sempre presente de que o NASF “*resolva*” os casos mais complexos que são discutidos, numa perspectiva assistencial e curativa, fica evidente nos achados deste estudo. Essa forma de atuação muitas vezes se concretiza na figura do médico que integra o NASF. Apesar de atuar no NASF, o médico tende a reproduzir tal abordagem em sua prática, o que destoa e gera tensão e sofrimento entre os membros da equipe NASF.

No estudo de Lima et al. (2014) também se observa que o foco e a centralidade em consultas médicas, baseados no modelo curativo e biomédico, são fonte de insatisfação entre os próprios profissionais da ESF. Para Lopes (2013), esse modelo hegemonicamente instituído faz parte do imaginário da população, assim como o discurso de que o aparato tecnológico confere maior resolubilidade em saúde.

Os resultados revelam a necessidade de transcender o biológico e superar a visão fragmentada do indivíduo, o que também foi evidenciado por Oliveira et al. (2012) em um estudo identificou que as ações desenvolvidas na ESF a partir do olhar do NASF estavam pautadas em tecnologias duras e pouco relacionais, engessadas por protocolos assistenciais de cuidado.

Em um estudo sobre medicalização de crianças e o NASF, Lopes (2013) provoca uma reflexão importante acerca do biopoder presente na dinâmica dos serviços e das práticas em saúde e que se manifesta e opera por meio de estratégias biopolíticas que visam reduzir o sofrimento humano a problemas biológicos e medicalizáveis, reforçando assim a primazia do saber médico e expectativa da cura imediata.

Oliveira et al. (2012) demonstraram que, quanto mais próximo o NASF estava da gestão local do serviço de saúde, mais ações educativas eram desenvolvidas e quanto mais ligado às equipes, mais ações clínicas e assistenciais ocorriam, o que reforça a necessidade das equipes da ESF transcenderem o cuidado imediatista e com foco na cura, que também é fortemente imposto mediante a exigência de cumprimento de ações programáticas. Está posto o desafio de romper com esta realidade e com a mercantilização da saúde, para a instituição de cuidados singulares, pautados em escuta, acolhimento, prevenção do adoecimento e promoção da saúde. Isso só será possível a partir do envolvimento e da mobilização de gestores, trabalhadores e usuários.

Os resultados também revelam que 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 trabalhando e enfrentando o estresse, a sobrecarga e o adoecimento, que surgem à medida que o trabalhador não consegue realizar todas as suas tarefas e atender as necessidades que emanam no dia a dia do trabalho em saúde.

No que se refere ao perfil do trabalhador do NASF, ficou evidente neste estudo que a competência atitudinal, a abertura e a disponibilidade para o novo e para o outro são indispensáveis, além do conhecimento estruturado.

Matuda (2012) também discorreu sobre as características esperadas ao trabalhador do NASF e concluiu que este deve apresentar conhecimentos acerca da APS, além de características que favorecem a cooperação interprofissional e o trabalho em equipe, como iniciativa, flexibilidade, disponibilidade e postura acolhedora.

Ao estudar as competências profissionais no NASF, Fragelli (2013, p.70) identificou oito competências e habilidades, a saber: “*realizar diagnóstico da comunidade; trabalhar de modo colaborativo; organizar o cuidado; planejar as ações à comunidade; desenvolver ações intersetoriais;*

desenvolver ações educacionais; fortalecer políticas públicas e atuar em diferentes coletividades”.

Silva et al. (2012) destacou a preocupação com o perfil no momento da seleção dos trabalhadores para o NASF, o que também se fez presente neste estudo, principalmente porque um perfil inadequado compromete a dinâmica do trabalho em equipe, devido a falta de motivação e de identificação com o trabalho.

A sobrecarga também deveu-se à grande rotatividade de profissionais, que ocorre por haver oferta de vagas em locais mais centrais, muitas vezes com salário superior, e também pelo desejo de se inserir profissionalmente em outros contextos devido ao cansaço e ao estresse. Um dos trabalhadores chegou a mencionar que o trabalho no NASF parece ter “*prazo de validade*”. A rotatividade faz com que os mais antigos e com mais experiência no trabalho tornem-se a referência para a equipe NASF, o gerente e as equipes da ESF. Tais profissionais relataram sentir-se desgastados e sobrecarregados pela rotatividade, assim como pela demanda excessiva de casos, as metas cobradas, a necessidade de trabalhar em mais de um vínculo empregatício e as atividades administrativas.

A rotatividade dos profissionais do NASF também foi evidenciada no estudo de Fragelli (2013) como algo que compromete a interação e a construção de um relacionamento interpessoal entre as equipes e, conseqüentemente, o trabalho compartilhado. É necessário maior investimento na fixação desses profissionais, por meio de incentivos financeiros, flexibilização da jornada de trabalho, melhores condições de trabalho e planos de carreira (Matuda, 2012), quesitos que não foram identificados nos achados deste estudo como relevantes no tocante à rotatividade.

A grande demanda assistencial e a falha da rede de atenção à saúde também foi considerada uma sobrecarga para o trabalhador e foi apontada como “*adoecedora*” na investigação de Leite, Nascimento, Oliveira (2014). Uma vez que o NASF não utiliza rotineiramente em sua prática os

indicadores de saúde do território a fim de subsidiar suas ações, essa percepção de necessidades e demandas na maioria das vezes é trazida ao NASF pelas equipes da ESF. Cabe, portanto, refletir como e a partir de que elementos emerge a necessidade de apoio na perspectiva da ESF. Na maioria das vezes, mantém-se a lógica das necessidades clínicas – oriundas do profissional da saúde, em detrimento das percebidas pelo usuário.

A insatisfação, o sofrimento e o desgaste dos trabalhadores da ESF frente à cobrança de metas de produtividade são evidenciadas em outros estudos (Araújo, Veras, 2009; Shimizu, Carvalho Júnior, 2012). Especificamente no NASF, Soleman (2012) ressalta que as cobranças e a organização do processo de trabalho estão pautadas em metas incompatíveis com as necessidades das equipes da ESF e da população, pouco adequadas às particularidades dos diversos territórios.

Em estudo sobre cooperação interprofissional, Matuda (2012) identificou que para alguns profissionais da ESF a cobrança para o cumprimento das metas é uma das justificativas para o pouco tempo destinado às ações compartilhadas. A indisponibilidade de agenda para consultas compartilhadas também foi evidenciada por Soleman (2012), fato atribuído à indisponibilidade pessoal dos envolvidos no processo de trabalho, principalmente os médicos, que são os profissionais que menos participam dessa atividade.

No contexto deste estudo, consultas compartilhadas com o NASF faziam parte da agenda de médicos e enfermeiros da ESF. Existe inclusive um número mínimo mensal estabelecido pela gestão, embora a meta instituída nem sempre seja condizente com as necessidades de matriciamento das equipes e da população. A meta foi instituída como uma estratégia indutora dessa prática e precisa ser constantemente acompanhada para verificar sua adequação.

Os diversos profissionais que compõem a equipe do NASF cumprem carga horária de trabalho diferenciada (20, 30 ou 40h), de acordo com cada categoria profissional. Os profissionais com jornada inferior a 40h também

relataram sobrecarga em decorrência de outro vínculo empregatício complementar.

O trabalho administrativo também foi mencionado pelos trabalhadores como uma carga adicional de trabalho. Pode ser resumido em: registro de PTS em prontuário individual, evolução após avaliação e/ou atendimento e/ou discussão de caso em prontuário individual e grupal, registro em livro ata dos casos discutidos e matriciados em reunião de equipe, registro do PST, preenchimento da ficha de produção e registro de ações de EP. Na maioria das vezes, está relacionado ao registro escrito das informações dos usuários, advindo da discussão em reunião de equipe ou de outra atividade realizada.

Embora o registro das informações apareça para os trabalhadores como carga, sabe-se que é no prontuário que a continuidade informacional do cuidado faz-se presente enquanto uma das dimensões das práticas de saúde, o que justifica a necessidade de um registro constante e adequado, a fim de que não haja comprometimento do vínculo longitudinal das equipes com as famílias e conseqüentemente da qualidade do cuidado prestado (Arce, Sousa, 2014). As equipes nem sempre têm clareza sobre a importância do registro. Estudo evidenciou que, no caso dos ACS, a falta de compreensão acerca da utilidade do SIAB para o planejamento e desenvolvimento de ações na ESF fez com que vissem os registros apenas como uma atividade burocrática (Martines, Chaves, 2007).

Diversas formas de registro, caracterizadas pelos trabalhadores como atividades administrativas, estão presentes no cotidiano do trabalho do NASF como uma estratégia para dar visibilidade ao trabalho realizado, além de garantias legais. Ademais, suprem a falta de instrumentos qualitativos de monitoramento e avaliação qualitativos mais precisos e instituídos. Existem alguns indicadores qualitativos das atividades grupais que são utilizados mensalmente pelos trabalhadores, além dos que podem ser construídos e implementados a partir do PMAQ de 2013 e dos sugeridos pelo Caderno de Atenção Básica nº 39 (Brasil, 2014).

Em seu estudo acerca do processo de trabalho da ESF e suas repercussões no processo saúde-doença, Shimizu e Carvalho Júnior (2012, p. 2412) verificaram que ele exige diversas competências do trabalhador para solução de problemas de natureza ampla e complexa, além de um custo cognitivo elevado que demanda “*esforços para a superação de dificuldades que exigem o desenvolvimento de macetes, a previsão dos acontecimentos futuros, o esforço intelectual para a resolução de problemas*”.

O desgaste e a sobrecarga existentes no trabalho do NASF reforçam a necessidade de oportunidades formalmente instituídas para apoiar o trabalhador a fim de prevenir o sofrimento e o adoecimento. A falta de apoio institucional aos profissionais foi um dos achados de Farias (2012), que pode ser traduzido pela necessidade de espaços voltados ao trabalhador, tal como observado neste estudo.

A redução do número de UBS e de equipes da ESF apoiadas pelo NASF foi decorrência da publicação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 que estabeleceu que o número máximo de equipes ESF para cada equipe NASF seria nove. Com isso, melhorou a qualidade da assistência e o desenvolvimento do trabalho, reduzindo a sobrecarga sentida pelo trabalhador (Azevedo, 2012).

O trabalho em equipe faz parte das premissas da ESF e do NASF e é uma diretriz fundamental para a reorganização do processo de trabalho na AB (Nascimento, 2008). Neste estudo, **as relações interpessoais e o trabalho em equipe** são vistas sob dois prismas: uma perspectiva negativa e geradora de estresse e sofrimento e também como agregadoras de valor, prazer e novos conhecimentos para a prática profissional na perspectiva da interdisciplinaridade. Apesar dessa ambiguidade, o trabalho em equipe é entendido como uma diretriz de grande relevância para efetivação do processo de trabalho na ESF, uma vez que promove a articulação de saberes com vistas à interdisciplinaridade. Deve ocorrer “*por meio de uma interação comunicativa e horizontal*” (Nascimento, Oliveira, 2010, p. 95).

Dificuldades relacionais no trabalho em equipe estão presentes entre os trabalhadores do NASF e entre estes e as equipes da ESF e variam de acordo com a UBS. Neste estudo, assim como no de Leite, Nascimento e Oliveira (2014), o trabalho em equipe vivenciado no cotidiano do trabalho do NASF apresentou aspectos problemáticos, como falta de envolvimento, cooperação, comprometimento e comunicação, afetando a qualidade e a resolutividade das ações. Os achados relativos às dificuldades ligadas ao trabalho em equipe e ao relacionamento interpessoal também estão em consonância com o encontrado na literatura (Lima et al., 2014).

Na perspectiva dos trabalhadores, as relações interpessoais são desgastantes, impactam a qualidade de vida profissional e a unidade da equipe, que fica comprometida quando um de seus membros não está bem ou se mostra em descompasso com os demais. Além disso, quando o compromisso e o envolvimento são distintos entre os profissionais, a tendência é que haja desmotivação para o trabalho. As relações interpessoais e o trabalho em equipe aparentam maior dificuldade quando a dinâmica da UBS não se mostra adequada à cobertura e ao cumprimento das metas.

Os resultados levam a crer que existe uma tentativa da equipe NASF de manter a unidade e a imagem da equipe mesmo frente a algum desajuste ou falha aparentes.

As “diferenças de maturidade” existentes entre os trabalhadores também foram destacadas como impactantes na relação interpessoal e no trabalho em equipe. Matuda (2012), entretanto, considera que essa diversidade pode ser articulada em prol de objetivos comuns, favorecendo a cooperação.

Em que pesem as diferenças, a dinâmica de interdependência entre as equipes da ESF do NASF exige o desenvolvimento de habilidades para realização do trabalho de apoio. Bertussi (2010) propõe um diagrama com distintas “máscaras” necessárias ao apoiador (mágico, palhaço, equilibrista, contorcionista, cuspidor de fogo e amestrador) enquanto ferramentas para atuação nos diferentes espaços e com diferentes equipes, a fim de exercitar a

negociação, articulação, facilitação, observação e escuta. A postura de “superioridade ou supervisor” mencionada por alguns dos trabalhadores do NASF não condiz com o papel de apoiador, que prevê uma relação horizontalizada, além da predisposição para a escuta e o compartilhamento.

A comunicação entre os profissionais e entre estes e os usuários é uma “condição *sine qua non* ‘do trabalho em equipe de saúde’ (Peduzzi et al., 2011, p.643). Sua importância também foi destacada pelos efeitos positivos no acompanhamento dos usuários na AB, mediante uma boa interação e comunicação entre os membros da equipe (Pullon et al., 2011).

Na presente investigação, as reuniões de equipe foram consideradas difíceis e geradoras de grande sofrimento devido ao embate entre os profissionais, que chega a comprometer a construção de consensos e pactuações para a construção de projetos terapêuticos individuais e coletivos comuns entre as equipes. No entanto, nos estudos de Silva et al. (2012) e Matuda (2012), esses espaços foram valorizados como potentes para o aprendizado, troca, planejamento das ações e discussão dos casos.

Outro estudo sobre o trabalho em equipe na perspectiva de gerentes de serviços de saúde salienta que

“as reuniões não são somente espaços de troca para encontrar as melhores respostas às necessidades de saúde dos usuários e profissionais, mas também fonte de problemas e insatisfações para equipes e gerentes. De modo que não basta fazer reuniões; é preciso promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço” (Peduzzi et al., 2011, p.636).

As reuniões de equipe entre ESF e NASF no contexto do estudo acontecem em forma de rodízio, no mínimo duas vezes por semana com cada uma das equipes da ESF. Dessa forma, a equipe NASF participa de reunião de equipe diariamente e na maioria das vezes em mais de uma no mesmo dia. A participação se dá em caráter de representação, em média com

dois profissionais de referência para cada reunião de equipe. Starfield (2002) considera que o tamanho da equipe interfere na tomada de decisão e na transferência das informações necessárias à coordenação do cuidado e da atenção e que esta não deve ultrapassar doze profissionais.

A organização do trabalho em equipe precisa ser baseada na integralidade do cuidado, a partir das necessidades do usuário. Para isso, faz-se necessário o reconhecimento da multiplicidade de condições que envolvem o cuidado em saúde realizado por todos os membros da equipe (Arce, Sousa, 2013).

Neste estudo, assim como no de Arce e Sousa (2013), os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença não foram citados como orientadores do trabalho em equipe no contexto da ESF. Tampouco foi mencionada a dificuldade do profissional médico em se integrar à equipe e participar das reuniões, apesar de ser uma realidade presente, como identificou Farias (2012).

Um estudo sobre o campo comum de atuação dos profissionais na ESF coloca como questão central: - *“Como organizar saberes e práticas de um leque cada vez mais amplo de profissões, organizando-os em benefício dos usuários e de uma melhor resolutividade dos serviços de saúde?”* (Ellery, Pontes, Loiola, 2013, p.416). Os autores destacam o desafio de construir práticas colaborativas e interdisciplinares frente às contradições existentes entre a lógica da profissionalização advinda da formação específica e especializada e a lógica da interprofissionalidade, focada nas necessidades do serviço e na saúde da população.

Essas contradições materializam-se no cotidiano da prática mediante um fazer mais individual e específico do que compartilhado, no embate e na disputa de poder existente entre os diversos profissionais, influenciados pela construção social e histórica das profissões e suas formas de atuação, que ainda precisam avançar para que a interprofissionalidade se consolide no dia a dia do NASF e da ESF. Dejours (2011, p.26) afirma que *“o individualismo é uma derrota e não um ideal”*.

Segundo Araújo (2007) apenas a premissa do trabalho em equipes multiprofissionais na ESF não garante a ruptura da lógica médico-centrada, fazendo-se necessária a implementação de dispositivos que estimulem uma nova forma de agir em saúde, com o foco na produção do cuidado.

A rotina de trabalho de cada profissional na ESF mantém-se segmentada, embora haja uma aparente integração (Araújo, Veras, 2009). As relações de poder foram evidenciadas no estudo de Oliveira et al. (2012, p. 59), em que os profissionais da ESF são considerados os “*ordenadores das tarefas no cotidiano do trabalho*”.

A diversidade de formação, o perfil e as características dos profissionais com quem os trabalhadores do NASF relacionam-se em seu dia a dia exige resiliência, paciência, flexibilidade e proatividade nas reuniões de equipe e no desenvolvimento do trabalho como um todo. No entanto, essa flexibilidade do trabalhador muitas vezes ganha outra conotação na dinâmica das equipes, tornando-o vulnerável a qualquer tipo de mudança em função das prioridades pré-estabelecidas para ESF, como demonstram os discursos, que denotam a priorização e a valorização das ações de uma equipe em detrimento da outra, reforçando as disputas de poder e afetando a integração e a cooperação entre elas. Mesmo sem essa intencionalidade aparente, a desvalorização da equipe do NASF a partir da priorização das ações e intervenções da ESF é percebida pelos trabalhadores e fica evidente nas falas, o que reforça a **sensação de não pertencimento**.

O sentimento de menos valia, menosprezo, de que “*o NASF não é nada*” ou que “*é de ninguém*” fica evidente nos excertos e demonstram quão frágeis são os mecanismos de reconhecimento **no** e **pelo** trabalho pelas equipes da ESF e pela gestão dos serviços e quão susceptíveis estão os trabalhadores ao sofrimento, desmotivação, alienação e conseqüentemente ao adoecimento ou mudança de vínculo.

Para Dejours (2011), o reconhecimento que advém da realização do trabalho é uma condição indispensável para manutenção da mobilização criativa e subjetiva dos trabalhadores e pode ser verificado na simples

demonstração de que o trabalhador não é apenas um executante do trabalho prescrito e que suas iniciativas não são frustradas. Destaca que o reconhecimento é fundamental para prevenir uma possível alienação em virtude do desprezo, pois sem ele, perde-se a noção de utilidade social, com consequente desmotivação, comprometimento da identidade profissional e do sentido para o trabalho para a realização de si próprio. Sobre esta condição do trabalhador do NASF, Lancman et al. (2013, p. 973) afirmam:

“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 de sua própria identidade”.

As falas também demonstram a precariedade das condições de trabalho pela **falta de infraestrutura**. A falta de salas e de outros recursos necessários para o desenvolvimento do trabalho e a necessidade de improvisar sempre foi identificada com elementos geradores de desgaste e sofrimento, corroborando com o estudo de Leite, Nascimento, Oliveira (2014), que também constatou sua influência na qualidade de vida profissional dos trabalhadores do NASF. Outros estudos ligados ao NASF e a AB também relataram a falta de infraestrutura e de instrumentos, principalmente relacionado à área física (Lima et al., 2014; Trindade et al., 2014; Oliveira et al., 2012; Soleman, 2012; Farias, 2012; Katsurayama et al., 2013; Cunha; Sá, 2013) identificaram que os profissionais adquiriam materiais para utilizar em sua prática, como uma das saídas para minimizar o sofrimento gerado pela falta de infraestrutura.

Na tentativa de minimizar as dificuldades relativas a infraestrutura, é bastante frequente a utilização de espaços da coletividade que, no entanto, muitas vezes são insalubres, não apresentam condições mínimas de segurança e às vezes até de higiene, o que compromete a qualidade da assistência prestada. Ademais, tais espaços aparentam não ser totalmente reconhecidos como uma extensão do serviço de saúde pela população.

É possível observar que os mecanismos de cooperação estão mais presentes entre os trabalhadores do NASF do que entre esses e os integrantes das equipes da ESF, que parecem não compreender o trabalho desenvolvido e a necessidade de coexistirem no mesmo espaço de forma colaborativa.

A impossibilidade de realizar seu trabalho cotidiano tal como o solicitado pela gestão, devido à falta de espaço e a sensação de não ser aceito, mobiliza sentimentos e manifestações psíquicas geradoras de estresse e sofrimento. Além disso, o trabalhador do NASF muitas vezes se vê obrigado a ceder e aceitar condições que não se enquadram em sua forma de ver e realizar o trabalho, vivenciando assim o sofrimento moral (Dejours, 2013).

Outro aspecto gerador de sofrimento evidenciado nos discursos, diz respeito à **violência e à vulnerabilidade do território**, a que todo profissional da AB está exposto. A violência é entendida externa e indireta ao serviço de saúde, uma vez que a dinâmica da violência do território faz parte da rotina dos trabalhadores, assim como o cuidado às vítimas e agressores; mas pode tornar-se direta quando os trabalhadores sofrem algum dano (Lancman, et al., 2009).

Apesar de não haver consenso entre os trabalhadores do NASF, verificou-se que para alguns deles, a violência e a vulnerabilidade no território podem gerar estresse, sofrimento e impacto na qualidade de vida profissional, devido à constante exposição, o que também foi identificado no estudo de Leite, Nascimento e Oliveira (2014).

No contexto do estudo, o maior impacto na qualidade de vida profissional dos trabalhadores ocorre devido a convivência com precárias condições sociais e de vida da população, exposta a riscos e vulnerabilidades de diversas ordens. Embora alguns trabalhadores já tenham sido alvo de furtos e assaltos na própria UBS e em sua área de abrangência, isso não os paralisa e nem os impede de se manter no trabalho.

O sofrimento relacionado à violência mostrou-se presente em decorrência das frequentes notificações que são realizadas em defesa principalmente de crianças, idosos e mulheres vítimas de violência, abuso ou negligência, que na maioria das vezes recaem sobre a responsabilidade do NASF.

Quanto às repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores da ESF, os resultados revelaram sentimentos de impotência frente a situações de precariedade, medo do risco de exposição e de ter sua integridade ameaçada, além de contaminação dos espaços pessoais, tal como encontrado por Lancman, et al. (2009). Trindade et al. (2014) também verificaram que o contato diário com a violência aumentava a carga de trabalho dos profissionais. Em estudo sobre o processo de trabalho na ESF no interior da Paraíba, 83% dos trabalhadores relataram ter sofrido algum tipo de violência ou constrangimento em sua prática profissional (Araujo, Veras, 2009).

A falta de experiência para lidar com situações e vítimas de violência, assim como em casos de saúde mental – principal demanda evidenciada nas falas, faz com os profissionais da ESF recorram à equipe do NASF para discussão do caso, construção compartilhada de um PTS e para a realização de notificações. Existe uma grande tendência das equipes atribuírem essa responsabilidade à assistente social do NASF, quando ela integra a equipe, ou para outro membro, porque os trabalhadores da saúde de forma geral não possuem capacitação para o enfrentamento dos agravos decorrentes da violência existente nos territórios (Ellery, Pontes, Loiola, 2013).

Neste estudo, assim como no de Lancman et al (2009), ficou evidente a preocupação com a exposição dos profissionais, principalmente dos ACS que moram no território, em relação às notificações de violência, situações dilemáticas entre as equipes. Os trabalhadores vivenciam forte tendência ao sofrimento psíquico pelo contexto em si e frente ao impasse

ético, entre o certo e o errado, entre a denúncia e a negligência, o que também pode ser caracterizado como sofrimento moral.

Em uma revisão integrativa sobre sofrimento moral na Enfermagem, identificou-se que ele é responsável por mudanças na vida destes profissionais, nas dimensões pessoais e profissionais, por meio de alterações emocionais e físicas, repercutindo no desempenho do trabalho. Dentre as principais manifestações, as mais recorrentes são a frustração e a impotência, derivadas do sentimento de falta de poder para tomar decisões, o que gera ações muitas vezes contrárias às suas crenças, valores e conhecimentos. Sentimentos como medo, angústia, ansiedade, insegurança, e diferenças de opiniões podem comprometer a eficácia dos profissionais e gerar sintomas físicos, que normalmente ocorrem em um segundo momento do sofrimento moral. Dentre as principais manifestações físicas, as mais frequentes são: “*crises de choro, perda do sono, perda do apetite, pesadelos, sentimentos de inutilidade, taquicardia, dores de cabeça, dores musculares, suores, tremores, distúrbios gastrointestinais e estresse*” (Dalmolin et al., 2012, p. 204).

Ao analisar o sofrimento moral da enfermagem em hospitais, Dalmolin et al. (2014) verificaram que as principais situações que o geram estão ligadas a falta de competência da equipe, desrespeito à autonomia do paciente e condições de trabalho inadequadas. Identificaram que o sofrimento moral está mais presente em ambientes em que não ocorrem reuniões de equipe; em que o diálogo com os gestores não é favorecido e em que não se investe em EPS. Estes aspectos nos levam a crer que os trabalhadores do NASF também vivenciam o sofrimento moral em alguma medida, devido ao desgaste nas reuniões de equipe, à ausência de espaços formais de diálogo e pactuação com gestores e a instituição, à necessidade de incremento nas ações de EPS, o que os leva a reunir forças e adotar em formas de enfrentamento do sofrimento cotidianamente.

Em publicação acerca do livro de Dejours, *Banalização da injustiça social*, Martins et al. (2006, p. 292) afirmam que:

“os trabalhadores, com o passar do tempo, vão perdendo a esperança e acabam chegando à conclusão de que os esforços, a dedicação, a boa vontade, o bom relacionamento com os colegas, e produzir o máximo para as empresas/instituições não têm contribuído para que se estabeleça um equilíbrio na relação de prazer-sofrimento”.

Frente ao exposto e tendo como pano de fundo as divergências entre o trabalho real e o prescrito já apresentadas, constata-se que o processo de construção e reconstrução de uma grupalidade e integração cooperativa e colaborativa entre os trabalhadores do NASF e da ESF é bastante desafiador. Isso só será possível a partir de um profundo resgate dos propósitos do trabalho, atrelado à motivação e à identificação para tal, por meio de espaços coletivos para reflexão e reelaboração contínua de estratégias defensivas contra o sofrimento.

Dada complexidade das necessidades sociais e de saúde dos coletivos nos diversos espaços em que atuam as equipes da ESF e do NASF, é possível que mesmo como um grande investimento, elas talvez nunca consigam responder integralmente ao que delas é demandado, o que certamente resultará em algum grau de frustração e sofrimento dos trabalhadores. Assim, será sempre necessário investir em estratégias coletivas de defesa para o enfrentamento do sofrimento e sua transformação em prazer, uma vez que “*o sofrimento pode andar lado a lado com o prazer*” (Dejours, 2011, p. 189).

“Se, por um lado, o mundo do trabalho é gerador de sofrimento – na medida em que confronta as pessoas com imposições externas-, por outro, o trabalho é também a oportunidade central de crescimento e desenvolvimento psíquico do adulto (...) se o trabalho leva ao sofrimento, este mesmo pode constituir-se em fonte de prazer e desenvolvimento humano do sujeito tanto quanto de adoecimento” Dejours (2011, p.42).

5.5 PRAZER

O estado emocional de prazer resulta de vários aspectos do trabalho, atrelados e influenciados pelas singularidades individuais, como a estrutura da personalidade, a concepção de mundo e os valores de cada trabalhador (Scherer, Pires, Schwartz, 2009), o que reforça as distintas formas de percebê-lo e senti-lo, mesmo frente a uma mesma situação e contexto laboral.

Os resultados evidenciados nesta categoria analítica refletem a polivalência dos trabalhadores, que mesmo em meio a inúmeras adversidades e dificuldades vivenciadas no dia a dia, relataram que sentem prazer ao realizar e vivenciar este labor, principalmente por haver **identificação com a proposta e reconhecimento pelo trabalho.**

Muito embora o ingresso da maioria dos trabalhadores do NASF não tenha ocorrido a partir de uma busca pessoal pela inserção na AB e de uma escolha ideológica, grande parte dos trabalhadores verbaliza que não desistem de trabalhar no NASF por acreditarem na proposta e gostarem do que fazem.

Essa identificação é fruto de uma transformação do trabalhador frente ao trabalho no NASF, pois na medida em que ele faz parte do processo, este lhe confere uma nova forma de ser – mais tolerante, flexível e resiliente; e de ver o mundo de forma mais ampliada e integral, o que oportuniza ao trabalhador um novo sentido de vida ligado ao prazer, à realização e uma identidade no trabalho.

Por se tratar de uma proposta nova, ainda em constante construção - a depender do contexto e das equipes da ESF, e dada a dinamicamente e a pluralidade das intervenções, o estímulo à liberdade criativa e à autonomia dos profissionais está presentes e é considerado uma positiva fonte de prazer.

No contexto abordado, a identificação e o reconhecimento pelo trabalho são indutores de prazer, satisfação e motivação, o que corrobora os achados de Leite, Nascimento e Oliveira (2014) e Soleman (2012) que também identificaram grande identificação e satisfação pessoal e ideológica no trabalho no NASF, a partir do exercício da autonomia e da flexibilidade.

Estudo sobre satisfação no trabalho com profissionais da AB alcançou resultados similares, no que se refere à afinidade com o trabalho, resolubilidade da assistência, satisfação dos usuários e trabalho em equipe, além de vínculo entre os membros da equipe e a coletividade. A identificação com o trabalho está relacionada à participação não alienada na execução da tarefa, um elemento psíquico protetor na relação prazer-sofrimento.

Nas vivências de prazer e sofrimento de ACS, as situações geradoras de prazer estão relacionadas principalmente à resolutividade – que representa a concretização do trabalho a partir do esforço dispensado para realizar uma tarefa, e também ao trabalho com outros ACS; à criatividade no fazer e ser reconhecido pela coletividade por meio das manifestações de carinho, gratidão e respeito (Lopes et al., 2012), tal como verificado neste estudo. Achados semelhantes foram observados com enfermeiros em UBS, que ademais mencionaram o prazer advindo do trabalho em equipe (Kessler, Krug, 2012).

A satisfação no trabalho envolve elementos objetivos e subjetivos e pode ser concreta ou simbólica. A primeira diz respeito à proteção da vida, ao bem-estar físico e biológico, enquanto a satisfação simbólica está ligada a vivência qualitativa do trabalho (Teófilo et al., 2013).

A resolubilidade alcançada a partir da execução do trabalho produz prazer e satisfação, principalmente por meio do reconhecimento que advém dos usuários nos diversos grupos realizados. Outro estudo também identificou que as atividades de promoção e educação em saúde realizadas em grupos pela ESF foram avaliadas como geradoras de satisfação pelos profissionais (Teófilo et al., 2013). No entanto, em estudo com nutricionistas

do NASF, a realização de grupos foi citada como uma estratégia para garantir o acesso, dada a grande demanda de casos (Farias, 2012).

O reconhecimento representa uma forma de gratidão e constatação da contribuição do trabalhador para o processo de trabalho, a partir de um julgamento de utilidade,

“O julgamento de utilidade faz-se sobre a utilidade econômica, social ou técnica da contribuição de um sujeito na organização do trabalho. Este julgamento é essencialmente proferido pelos superiores hierárquicos, bem colocados para aferir a utilidade de um trabalho bem feito. Mas também o é pelos subordinados (...) pode também emanar do cliente, do utilizador, do paciente, do aluno, quer dizer, do beneficiário da qualidade do serviço. O julgamento de utilidade é importante para o sujeito, porque lhe confere um estatuto no seio da organização para a qual trabalha e, para, além disso, um estatuto na sociedade” (Dejours, 2013, p.18).

A transformação do sofrimento em prazer, mediada pelo trabalho, está diretamente ligada à valorização, por meio de mecanismos de reconhecimento, que advém de si próprio e do olhar do outro e oportuniza estímulo para o engajamento e desenvolvimento de atividades cooperativas (Dejours, 2011). No campo das relações sociais do trabalho, esse olhar pode ser de um superior hierárquico, dos pares e até mesmo de clientes que, no caso deste estudo, podem ser representados por gestores dos serviços de saúde, trabalhadores da ESF e usuários assistidos.

Segundo Dejours (2011, p. 307), “*sem reconhecimento não pode haver sentido, nem prazer, nem reapropriação à alienação. Sem reconhecimento só há sofrimento patológico e estratégias defensivas sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização*”.

O alicerce da identidade no trabalho está vinculado às relações de poder e ao sentimento de pertencimento. Ocorre por meio de representações coletivas distintas, que transformam o trabalhador em sujeito social, pelo processo de identificação entre seus pares e também com a chefia.

Verificou-se que o reconhecimento e aceitação da equipe do NASF é diferenciada quando o médico integra esta equipe.

A sublimação e o prazer ocorrem quando existe uma validação e reconhecimento social sobre o que se faz, contribuindo com a auto-realização e a solidificação das identidades individuais e coletivas dos trabalhadores, por meio da noção de “utilidade social” (Dejours, 2011).

Mesmo havendo o sentimento de prazer pelos trabalhadores do NASF pelo trabalho realizado, os resultados demonstram que o reconhecimento e o julgamento de utilidade estão presentes mais no âmbito da população, o que é bastante positivo; em contrapartida, ainda muito incipientes no âmbito das equipes da ESF e da gestão, o que pode tornar o sentimento de prazer frágil e fugaz e até limítrofe para transformar-se em sofrimento, se as estratégias defensivas não forem suficientemente boas.

Os sujeitos discorreram sobre a **interdisciplinaridade e o trabalho em equipe** como fontes produtoras de prazer no trabalho, por propiciar crescimento profissional, novos conhecimentos e intervenções mais abrangentes, por meio das trocas oportunizadas entre os profissionais e seus saberes. O trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade oportunizou aos trabalhadores 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.

Neste estudo, o trabalho em equipe no cotidiano do NASF apresentou pontos positivos que facilitam e potencializam o trabalho, como o respeito, a interação, a disponibilidade e a aprendizagem, que acontece diariamente por meio da interação colaborativa entre os profissionais, corroborando os achados de Leite, Nascimento e Oliveira (2014) e Souza et al. (2013).

Outros estudos relacionados ao trabalho em equipe na ESF também reforçam esses achados, no que se refere à satisfação por trabalhar em

equipe (Lima, et al. 2014) e à diminuição da carga de trabalho sentida pelos trabalhadores (Trindade et al., 2014).

Farias (2012) evidenciou que a participação dos gerentes foi considerada positiva para o desenvolvimento do trabalho em equipe, enquanto Propp et al. (2010) ressaltaram que o enfermeiro pode influenciar e facilitar as interações na equipe.

A interdisciplinaridade faz-se presente não apenas na interação entre os profissionais para compartilhamento de conhecimentos e possibilidades de intervenção, mas também mediante a corresponsabilização, com vistas à qualidade do cuidado ofertado e à segurança do usuário (Propp et al., 2010), que tem a possibilidade de ser visto de forma ampla e integral.

Apesar do trabalho no NASF ter sido indicado como o mais favorável para a efetivação da interdisciplinaridade, por meio do apoio matricial nas reuniões de equipe e nas ações compartilhadas, sua efetivação ainda é motivo de dúvida e preocupação dos próprios profissionais do NASF, como evidenciaram Silva et al. (2012).

O trabalho no NASF impulsiona os trabalhadores para uma atuação pautada na interdisciplinaridade, no entanto, a falta de clareza e o dilema existente entre o que é específico de cada categoria profissional e o que é do campo da saúde e, portanto, pode ser compartilhado, emergiu nas falas como uma preocupação acerca dos limites da atuação e a possível perda de identidade profissional.

Também emergiram dos discursos inquietações acerca de uma atuação que fica “entre o seu e o do outro” e o desafio de ampliar o olhar, sem perder a identidade e a especificidade de cada profissão.

Ellery, Pontes e Loyola (2013) discorrem sobre a lógica dicotômica e conflitante presente no trabalho em Saúde Coletiva, que por um lado está pautado na profissionalização e em competências específicas oriundas do exercício profissional de cada categoria e, por outro, apoia-se na

interprofissionalidade que necessita edificar um campo comum de atuação e intervenção, tendo como eixo às necessidades de saúde dos usuários.

Em outros estudos com trabalhadores do NASF foi possível identificar o a busca dos profissionais por uma construção coletiva de saberes que supera a interdisciplinaridade e se efetiva na transdisciplinaridade (Silva et al., 2012; Leite Nascimento, Oliveira, 2014). Nesse contexto disciplinar com vistas à transdisciplinaridade, Pinheiro, Barros e Mattos (2007) destacam que nenhuma disciplina é capaz de resolver todas as necessidades imprevisíveis que emergem no trabalho em saúde e que a abertura para o encontro de saberes colabora para a qualidade e a coesão da equipe.

As visões dos sujeitos demonstram que a interdisciplinaridade oportunizada pelo trabalho em equipe contribui para a construção de novos conhecimentos, agregando valor e prazer aos profissionais. Colabora para a superação das limitações práticas e das visões disciplinares arraigadas nas vivências de cada profissional, incrementando a autonomia, a resolubilidade e também a integralidade, um princípio constitucional do SUS.

Os sujeitos deste estudo consideraram os momentos de **Educação Permanente em Saúde (EPS)** como produtores de prazer. As reuniões de equipe e as ações compartilhadas foram identificadas como espaços de EPS, além das reuniões de matriciamento que ocorrem entre os profissionais do NASF. O espaço do trabalho foi o lócus privilegiado para a aprendizagem e para a “*validação da sabedoria da prática necessária ao exercício da democracia*” (Dejours, 2011, p. 250).

As falas revelam aspectos que demonstram a importância da EPS, mas também de espaços para a Educação Continuada (EC). A primeira diz respeito a uma estratégia política de educação na saúde para o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde, por meio de uma “*escuta pedagógica no ambiente de trabalho da saúde*” visando potencializar as trocas de saberes e a construção coletiva produtora de sentido no âmbito do trabalho em saúde (Ceccin, Ferla, 2009, p.453). A EC está ligada à busca

individual por atualização e informações a serem aplicadas em um certo cenário de atuação (Ceccin, Feuerwerker, 2004). Para Peduzzi et al. (2011), a EPS é uma ferramenta que favorece a integração das equipes. De acordo com Dejourns (2011, p. 43),

“é somente a partir da reflexão que o sujeito é capaz de se reapropriar da realidade de seu trabalho. Essa mesma reflexão é que pode permitir aos trabalhadores a mobilização necessária para impulsionar mudanças que tornem o trabalho menos penoso e mais saudável”.

Outros estudos sobre ESF corroboram esses achados e demonstram que as ações de EPS são geradoras de prazer e satisfação no trabalho (Teófilo et al., 2013; Campos, Malik, 2008), por propiciar um espaço de interação entre os pares, reflexão, superação dos problemas cotidianos e produção de novos sentidos no fazer em saúde.

A busca por novos conhecimentos, a participação em cursos, congressos e outros eventos como forma de atualização e capacitação profissional foi evidenciada, uma vez que os trabalhadores do NASF também precisam de espaços de aperfeiçoamento profissional e maior apropriação de seu papel de apoiador. As falas demonstram que a equipe da ESF deposita toda a confiança no NASF, como se os profissionais pudessem dar respostas a 100% das demandas e necessidades que surgem.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), é necessário valorizar os profissionais da saúde, estimulando-os e acompanhando sua formação e capacitação. Lima et al. (2014) sinalizam a necessidade de investimentos na qualificação das equipes da AB, assim como Oliveira et al. (2012) e Matuda (2012), que reforçam a necessidade de acompanhamento, qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores do NASF e de seu fazer.

Os resultados demonstram a solicitação dos trabalhadores e a necessidade de espaços formais de EPS no dia a dia do trabalho, e apontam para o reconhecimento de um espaço de EPS já formalizado, denominado

Fórum do NASF. Trata-se de um espaço instituído institucionalmente como uma tentativa de responder a necessidades e solicitações dos trabalhadores de todas as regiões, para que pudessem compartilhar experiências, aprender e ensinar novas formas de fazer, além da reflexão acerca do processo de trabalho do NASF na perspectiva do apoio matricial. Mesmo havendo um protagonismo dos trabalhadores do NASF nesse processo, é possível identificar fragilidades ligadas a concepção de EPS e de construção coletiva de competências e processos de trabalho articulados, cooperativos e colaborativos, decorrentes da falta de envolvimento dos demais profissionais que compõem a ESF, assim como a periodicidade irregular dos encontros.

Se consolidado, esse espaço poderia ser uma estratégia defensiva coletiva, uma vez que a EPS também é considerada uma potente estratégia defensiva (Dalmolin et al., 2012).

5.6 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS

O cuidado em saúde é uma atividade complexa, multifacetada, que engloba diversos profissionais, seus saberes e fazeres, cujo “*produto é indissociável do processo que o produz*” e é consumido no ato de sua realização (Pires, 2000, p.85). No contexto na Atenção Básica, os trabalhadores deparam-se cotidianamente com situações de vulnerabilidade, doença, sofrimento e morte - que demandam um importante envolvimento psíquico. Ademais, a falta de infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho prescrito e as dificuldades nas relações interpessoais entre os membros da equipe também impõem aos trabalhadores uma pesada carga. Entretanto, acredita Dejours (2011, p. 43) “*os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade*”.

Frente às arbitrariedades do trabalho, faz-se necessário aos trabalhadores o desenvolvimento de estratégias defensivas para se proteger e

enfrentar o sofrimento, e estas são elaboradas como forma de enfrentamento dos constrangimentos patogênicos do trabalho; permitem que o trabalhador recrute elementos a fim de superar o sofrimento e atuam como proteção contra possíveis transtornos mentais (Dejours, 2011). No entanto, também podem desencadear um processo de insensibilização, tornando-se uma armadilha psicológica à medida que levam à aceitação e à tolerância do sofrimento pelo trabalhador, o que também pode gerar adoecimento, daí seu caráter paradoxal (Martins, Mendes, 2012).

Os resultados deste estudo revelam que as estratégias defensivas construídas e utilizadas pelos trabalhadores do NASF estão situadas muito mais no âmbito individual que coletivo, o que também foi constatado por Lancman et al. (2013). Para estas autoras, são utilizadas para que o trabalho do NASF possa acontecer e materializam-se no atendimento de casos que deveriam ser encaminhados, na busca individualizada e pessoal por outros serviços para encaminhar os usuários e na participação de grupos realizados pela ESF.

Na ausência de estratégias coletivas e solidárias de defesa, as respostas individuais para o sofrimento funcionam somente como uma válvula de escape para os problemas, sem que haja uma força transformadora das condições e da organização do processo de trabalho. *“O uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evite o adoecimento, não mostra eficácia com relação à promoção de saúde e de prazer no trabalho se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento”* (Katsurayama et al., 2013, p. 418).

Para Daldon (2012, p.133), *“as estratégias coletivas de defesa surgem quando os trabalhadores se unem na construção de uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, permitindo-lhes conviver com aquilo que causa sofrimento no trabalho”*.

Uma das estratégias coletivas utilizadas pelos trabalhadores do NASF frente ao sofrimento e as dificuldades anteriormente apresentadas,

ligadas à variabilidade de tarefas, sujeitos e situações de trabalho (Lancman, et al. 2013), está em **fortalecer-se como grupo e fechar-se naquilo que é específico da categoria**. As inter-relações com vistas ao fortalecimento do grupo e melhora das condições laborais acontecem no ambiente de trabalho, mas também fora dele. Para que haja uma convivência mais harmoniosa e menos conflitante

No ambiente de trabalho, algumas estratégias coletivas são planejadas pela equipe NASF como, por exemplo, eleger qual profissional participará de determinada reunião de equipe e estar sempre em dupla, “um mais forte e um mais fraco”. Compartilhar as adversidades, uniformizar as falas e as condutas no grupo também colaboram para o fortalecimento, a estruturação e a coesão do trabalho, uma forma de cooperação dos trabalhadores contra o sofrimento. O apoio mútuo dos trabalhadores do NASF também foi identificado por Lancman et al. (2012) como uma estratégia coletiva que se efetiva na articulação conjunta de ações.

De acordo com Dejours (2011), o reconhecimento pelos pares estimula e apresenta reflexos positivos no engajamento e na renovação do desejo dos trabalhadores de desempenhar suas funções de forma cooperativa, com vistas à superação coletiva das contradições que emergem da organização e do processo de trabalho.

As medidas protetivas no cotidiano do trabalho são pautadas no diálogo e no apoio mútuo entre os membros da equipe NASF e podem ser representadas pelo discurso de dar “força para o outro”. No entanto, frente às dificuldades de trabalhar em equipe, ao desconhecimento da proposta dos NASF e à inexperiência, a estratégia defensiva individual reside em “fazer ações que você dá conta”, numa abordagem específica e mais ambulatorial, pautada na queixa-conduta e no fazer no específico de sua categoria profissional.

A valorização da doença por meio de uma atenção baseada na queixa-conduta, também é uma das práticas corriqueiramente observadas na ESF, conforme evidenciaram Coelho e Jorge (2009). Essa postura também

ocorre quando o trabalhador sente-se sem forças para continuar lutando e insistindo na efetivação do modelo interdisciplinar e de apoio matricial proposto pelo NASF. Rende-se então ao específico de sua categoria profissional, numa abordagem ambulatorial – atitude mais cômoda devido ao perfil da formação, o que também lhe garante maior aceitação pela ESF.

A constituição do grupo pode ser potencialmente significativa para ampliar as discussões, reflexões e transformações dos processos de trabalho, assim como para a reelaboração das estratégias defensivas individuais e coletivas. É preciso garantir espaços de suporte para o fortalecimento da grupalidade e produção de sentido no fazer em saúde, como uma estratégia defensiva que ajuda a tornar tolerável não apenas o sofrimento psíquico, mas também o sofrimento moral (Martins, 2008).

Os sujeitos discorreram sobre o desenvolvimento do trabalho numa perspectiva de **fazer o melhor, reconhecendo o próprio limite**. Mesmo havendo empenho para desenvolver o trabalho prescrito, os excertos demonstram que existe um limite colocado pelo próprio trabalhador como uma estratégia defensiva frente à realidade vivenciada no trabalho real. Esse limite é evidenciado quando um problema foge da governabilidade do trabalhador (*“é maior do que eu”*), que não visualiza possibilidade de mudança e desenvolvimento do trabalho prescrito. Além disso, pode ser uma estratégia contra a hiperatividade e a sobrecarga de trabalho, que são fontes de adoecimento e doenças somáticas (Dejours, 2011).

Em estudo sobre o sofrimento e prazer de funcionários públicos, deixar de tomar iniciativas e cumprir apenas com o trabalho prescrito foi uma das estratégias defensivas observadas (Augusto et al., 2013).

As estratégias defensivas contra o sofrimento e o adoecimento neste caso não estão apenas relacionadas à equipe, mas também ao usuário e sua situação de vulnerabilidade. Pode ser observada quando o trabalhador cria uma barreira ao envolvimento com o usuário, mantendo um certo distanciamento, assim como quando diminui suas expectativas frente à realização do trabalho prescrito para que não haja frustração. Martins (2008)

também evidenciou que afastar-se do paciente e de seus familiares foi uma das estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros que atuam em UTI.

Outra estratégia defensiva individual diz respeito à tentativa de separação do que é vivenciado no trabalho, distinguindo o espaço-tempo do trabalho das demais esferas da vida. Não houve consenso entre os sujeitos se isso seria possível de ocorrer, uma vez que essa separação foi também considerada “robótica”, ou seja, artificial. Por mais que haja este tipo de tentativa, existe uma contaminação psíquica que impede que esse distanciamento ocorra em sua totalidade. Cremonese et al. (2013) constataram que os ACS desligam o celular como uma estratégia defensiva para minimizar a interferência do trabalho nos dias de folga; não conversar em casa sobre os assuntos relativos ao trabalho foi uma estratégia evidenciada neste estudo, o que nem sempre é possível.

Para Dejours (2011) o trabalho é um *continuum* que extrapola um espaço delimitado e influencia as demais esferas da vida. Na perspectiva da Psicodinâmica do trabalho, a separação do trabalho e da vida não faz sentido, uma vez que o trabalhador não abandona seu funcionamento psíquico no serviço.

Desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação é outra estratégia defensiva utilizada pelos trabalhadores em busca de reafirmar a proposta do NASF e o sentido do trabalho por meio de uma relação interprofissional mais harmoniosa. Essa estratégia requer um investimento da subjetividade de cada trabalhador, a partir da escuta, do bom humor, da resiliência e do “jogo de cintura”. Fica evidente a tentativa de consolidar não apenas a sua própria identidade, mas também a da equipe.

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental para minimizar os conflitos e a insatisfação no trabalho (Dalmolin et al., 2012). Os discursos demonstram que a busca por uma comunicação efetiva nas reuniões de equipe e nos atendimentos ocorrem principalmente por meio da fala e da argumentação e de forma distinta a depender da equipe e do contexto, reconhecendo as diferentes habilidades e limitações.

Entretanto, não basta um agrupamento de trabalhadores se não houver uma interação efetiva. “*Apenas a linguagem da atividade torna-se capaz de constituir uma linguagem comum*” (Dejours, 2011, p.290). Se a comunicação é vazia e não ressoa entre os trabalhadores, estes perdem a esperança de transformar o trabalho e lançam mão de mais estratégias defensivas. O trabalho será operador de saúde apenas quando houver espaço para criação coletiva e individual, bem como reconhecimento do trabalhador em sua prática (Silva, Ramminger, 2014). Em estudo sobre o trabalho em equipe no PSF, a linguagem comum e a disponibilidade dos profissionais foram elementos fundamentais para o envolvimento e a valorização de seu fazer (Kell, Shimizu, 2010).

Outra estratégia de envolvimento evidenciada foi o compartilhamento de alimentos nas reuniões como forma de aproximação das pessoas. Para Dejours (2012), na medida em que o trabalhador identifica uma nova configuração no mundo real do trabalho, convoca novas habilidades e estratégias que não dispunha até então. O trabalho recruta a subjetividade individual e cada habilidade desenvolvida é fruto de uma elaboração da experiência subjetiva que busca enfrentar o real.

Os trabalhadores discorreram sobre a importância de **buscar espaços de suporte e prazer** como estratégia de fortalecimento e manutenção da qualidade de vida e enfrentamento do estresse e do sofrimento. A busca por atividades diversas fora do horário de trabalho demonstra as tentativas do trabalhador de se distanciar das situações de trabalho para preservar sua saúde mental, além da renovação da esperança e do prazer no trabalho. Esse mesmo movimento também foi evidenciado em outros estudos com ACS, funcionários públicos, trabalhadores do NASF e enfermeiros (Augusto, et al., 2013; Cremonese, et al., 2013; Lancman et al., 2012; Martins, 2008).

Para manter suas defesas em pleno funcionamento quando retornar ao trabalho, o trabalhador precisa da ajuda e cooperação das pessoas que fazem parte de seu círculo de relações (Dejours, 2011) . Há necessidade de espaços para desabafar com amigos e familiares. A terapia foi outra

estratégia mencionada, assim como a valorização da religiosidade, da prática de atividade física, pintura, viagens, passeios em parques, compras, dentre outros.

Os benefícios da atividade física para o enfrentamento das manifestações físicas e psíquicas que emergem do trabalho também foram identificados nas falas dos sujeitos, corroborando com os achados de Martins (2008); Cremonese et al. (2013).

No estudo de Martins (2008) a oração e a religião foram percebidas como estratégias defensivas individuais, uma válvula de escape contra o sofrimento em meio a situações conflitantes no ambiente de trabalho. Já em pesquisa sobre esgotamento profissional na APS, frequentar cultos religiosos também se revelou um fator de proteção contra o esgotamento (Martins, et al., 2014). A busca de terapias e suporte emocional também foi encontrada por Lancman et al. (2012) e Cremonese et al. (2013) ao analisar a saúde mental dos ACS.

Os sujeitos deste estudo também mencionaram a necessidade de espaços para a escuta do trabalhador, o que também foi ressaltado em outro estudo (Daldon, 2012; Martins, 2008), uma vez que *“é na palavra expressa que se possibilita ressignificar o sofrimento, onde ele pode ser reconhecido e discutido, conseqüentemente, fortalecendo as relações de camaradagem, solidariedade, cooperação, empatia, ou seja, relações fundamentais na constituição do coletivo de trabalho”* (Merlo, Mendes, 2009, p. 147).

Dejours (2011, p.51) ressalta que *“a existência de um espaço de palavra - espaço público - poderia ser uma prática nas empresas mesmo fora do âmbito de uma intervenção em psicodinâmica do trabalho”*. As trocas oportunizam a criação de coletivos de trabalho, por meio do compartilhamento de experiências e vivências, contribuindo para a construção do sentido, além do debate de opiniões que deveriam anteceder deliberações relativas à organização do trabalho.

São necessários espaços permanentes de apoio, diálogo e a construção coletiva de saberes e práticas entre as equipes da ESF, do NASF e de gestão, uma vez que “(...) o trabalho na área da saúde não pode ser um simples ‘executar tarefas’, mas um constante pensar sobre o trabalho capaz de criar estratégias que recuperam significados (...)” (Silva et al., 2012, p. 2082). Com isso haveria possibilidade de construção e fortalecimento de estratégias defensivas coletivas, para superar as frágeis estratégias individuais que não apresentam possibilidades de transformação do trabalho real no NASF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A recente proposição do NASF no âmbito das políticas públicas voltadas para o fortalecimento da AB, em especial da ESF, trouxe consigo inúmeros desafios e possibilidades de reflexão acerca de suas formas de organização, atuação e resolutividade na prática cotidiana dos serviços e dos profissionais da saúde.

O NASF apresenta um grande potencial de mobilização e qualificação das ações e intervenções no contexto da ESF, no entanto, é possível identificar o descompasso e a contradição dialética entre suas premissas de base teórico-ideológica e ético-política e sua efetivação na realidade concreta do trabalho em saúde.

As ferramentas tecnológicas propostas e utilizadas no processo de trabalho do NASF são contra-hegemônicas e não estão totalmente instituídas e alicerçadas no fazer em saúde dos profissionais, principalmente da ESF. Muitas vezes não são compreendidas pela própria gestão, o que torna paradoxal sua implementação e submete os trabalhadores a desgaste e sofrimento.

Os resultados deste estudo explicitam a luta diária desses trabalhadores para implantar, implementar e “fazer valer” a proposta do NASF frente o hiato existente entre o trabalho prescrito e o real; a resistência e incompreensão de seu papel; as dificuldades de trabalhar em equipe; a cultura imediatista e curativa fortemente presente; a falta de identificação de alguns profissionais com o trabalho; a vulnerabilidade do território; além da falta de infraestrutura para o desenvolvimento do trabalho e sensação de não pertencimento. Estes elementos são os principais geradores de estresse e sofrimento na perspectiva dos sujeitos deste estudo.

Apesar dos desafios, observam-se avanços decorrentes das implantações do NASF, que se traduzem na qualificação das práticas e em

novas possibilidades de produção do cuidado em saúde na ESF, além da ampliação do acesso e da resolutividade local de alguns casos, com consequente diminuição de encaminhamentos para os demais serviços da RAS. Além disso, há o incremento nas articulações e ações intra e intersetoriais, na perspectiva da interdisciplinaridade, reafirmando e fortalecendo os atributos da APS – longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

“O trabalho no NASF tem o propósito de resgatar o cuidado contínuo, com toda abrangência e singularidade que o termo possibilita pensar, o que envolve desde o processo interativo entre quem cuida e é cuidado até o estabelecimento de parcerias intersetoriais” (Nascimento, Oliveira, 2010, p.95).

Os resultados comprovam também que, na perspectiva dos trabalhadores, o prazer e a satisfação também estão presentes no processo de trabalho do NASF, expressos na forma de identificação com a proposta do NASF; no reconhecimento pelo trabalho; na interdisciplinaridade; no trabalho em equipe e nas oportunidades de EPS.

Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, a superação do sofrimento com vistas ao prazer ocorre por meio de estratégias defensivas individuais e coletivas, que neste estudo apresentaram-se reunidas nos seguintes núcleos de sentido: fortalecer-se como grupo e fechar-se no específico da categoria; fazer o melhor reconhecimento o próprio limite; desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação e buscar espaços de suporte e prazer.

Para Martins et al. (2006) existe sempre uma tendência de defesa que ocorre a partir da negação do sofrimento alheio e omissão do próprio sofrimento. Em diversas situações e contextos, a identificação do sofrimento moral fez-se presente, como, por exemplo, no trabalho real e prescrito, na falta de infraestrutura, dentre outros. Vale ressaltar que estas condições não são exclusivas ao NASF, pois as equipes da ESF também vivenciam o sofrimento moral em sua prática.

Face a constatação de Dalmolin et al. (2012, p.204) que “*as manifestações físicas e emocionais do sofrimento moral experienciadas por muitos anos podem resultar no abandono da profissão ou em burnout*”, talvez, mesmo que inconscientemente, uma das estratégias defensivas de caráter individual do trabalhador do NASF seja a de abrir mão de seu trabalho e ir em busca de outra atividade laboral a fim de se proteger, como mostra a grande rotatividade de trabalhadores no NASF. Em contrapartida, também é possível pensar que a busca por outro vínculo dá-se por ausência de recursos individuais e coletivos para enfrentar as situações que causam sofrimento.

O trabalho em saúde na AB não expõe em demasia os trabalhadores a sofrimentos psíquicos ligados à morte e finitude, como acontece, por exemplo, em ambientes hospitalares; a carga e o sofrimento psíquico estão mais ligados às situações de vulnerabilidade aos quais estão expostos os indivíduos, famílias e grupos.

Diversos estudos que envolvem a saúde do trabalhador limitam-se a investigar intervenções com vistas à melhoria da produtividade e das condições de trabalho. É necessário avançar em investigações que busquem desvelar os aspectos subjetivos e simbólicos dos trabalhadores (Lancman, 2011).

“O trabalhador de saúde que vê sua autonomia ameaçada por mecanismos sutis (ou nem tão sutis) de captura, uniformização e padronização, não poderá, de forma verdadeira, contribuir para o fortalecimento da autonomia daquele de quem cuida. O trabalhador só poderá entender e, o que é mais importante, praticar o conceito de que estar sadio é manter, recuperar ou ampliar a autonomia no modo de administrar a vida, na medida em que vivenciar sua própria autonomia, cultivada e amadurecida a cada dia nas relações concretas que estabelece com os demais atores que constroem a sempre precária realidade organizacional” (Cecílio, 2007, p. 350).

Uma das limitações deste estudo diz respeito ao fato dos participantes pertencerem a uma única instituição, o que restringe a compreensão do fenômeno. No entanto, a partir dele, existem indicativos

que podem ser explorados e aprofundados em outros contextos e com um número maior de trabalhadores. Para Dejours (2011, p.106) a própria dinâmica de uma pesquisa, *“provoca mudanças na situação pesquisada, quando comparada ao estado do que está sendo pesquisado antes de iniciada”*.

O estresse, sofrimento e baixa qualidade de vida profissional não diz respeito apenas às questões relativas à saúde do trabalhador, mas suscitam reflexões acerca da gestão do trabalho em saúde na ESF e no NASF. A busca de conhecimento para desvendar estes processos deve ser de amplo interesse da sociedade, uma vez que envolve a formação, a gestão das instituições e serviços de saúde, os trabalhadores, os usuários e os formuladores de políticas públicas de saúde.

Na formação, faz-se necessário reduzir o hiato entre o que se aprende e o que se vive nos serviços de saúde, fortalecendo os trabalhadores para a diversidade das situações cotidianas. Na gestão, precisam ser revistas as formas de organização do processo de trabalho e de promoção da saúde do trabalhador, com ampliação dos canais de diálogo, planejamento e pactuação conjunta, na lógica da micropolítica do trabalho. Os trabalhadores precisam se tornar sujeitos ativos e interessados na transformação das práticas em saúde e na minimização da distância entre o real e o prescrito no processo de trabalho. Os usuários precisam ser considerados, para que os problemas e necessidades em saúde por eles percebidos possam ser incorporados à agenda do trabalho em saúde. Aos formuladores das políticas públicas incumbe a dupla intencionalidade de responder às necessidades sociais e de saúde da população e aos interesses da gestão, a partir de análise criteriosa de seu impacto no cotidiano dos trabalhadores.

Para finalizar, as palavras de Dejours (2011, p. 339) expressam minha posição e o meu sentimento neste processo:

“Colocar-se em posição de ouvir e, eventualmente, de compreender o sofrimento é, necessariamente, engajar-se em relação àquele que fala, uma vez que o sofrimento

não é um objeto de investigação como os demais. Implica sempre a expectativa do alívio, ou pelo menos, de uma mudança. Escutar o discurso sobre o sofrimento é aceitar o risco de não mais estar na mesma posição subjetiva e social anterior ao discurso. É aceitar, de alguma maneira, não mais estar engajado no mundo social sem se dar conta do quanto a recusa da realidade do trabalho e da vivência do sofrimento custa aos homens e as mulheres que trabalham. Ouvir é engajar-se; escutar é prometer àqueles que falam que seu discurso não será reduzido a uma aplicação estratégica das informações contidas; é, de alguma maneira, para o pesquisador, um engajamento insofismável da ética do testemunho”.

Mais que trazer respostas espera-se que esse estudo - aproximativo e provisório, contribua para novas reflexões, formulações e transformações no processo de trabalho dos trabalhadores do NASF, a fim de que haja minimização do sofrimento psíquico, maior prazer no trabalho e incremento na qualidade de vida profissional.

7 REFERÊNCIAS

Almeida M, organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):905-14 [citado 2012 abr 15]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/22.pdf>>

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64 [citado 2012 maio 24]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>

Araújo MFS, Veras KFO. Processo e precarização do trabalho no Programa de Saúde da Família. *CAOS - Revista Eletrônica de Ciências Sociais*. 2009;(14):41-56 [citado 2014 jan 15]. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%204_PROCESSO%20E%20PRECARIZA%C3%87%C3%83O.pdf

Arce VAR, Sousa MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc*. 2013;22(1):109-23 [citado 2014 jan15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>

Arce VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;2(1):62-8 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00062.pdf>

Athayde M. Resenha: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília Paralelo 15/ Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 346 p. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(3):984-90 [citado 2014 jan 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/39.pdf>

Augusto MM, Freitas LG, Mendes AM. Vivências do prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. *Psicol Rev*. 2014;20(1):34-55.

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* [online]. 2007 jan/mar;16(1):71-9 [citado 2013 jun 24]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

Azevedo NS. Núcleos de apoio à saúde da família: o processo de implantação em Belo Horizonte [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós graduação em Psicologia; 2012.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.

Barros MMS, Araujo MRM, Johann RLVO. O cuidador merece cuidado: estudos sobre qualidade de vida em profissionais de saúde mental. *Rev Psicol Saúde.* 2013; 5(1):32-9.

Bertussi DC. O apoio Matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

Bocato VRC, Ferreira EM. Estudo comparativo entre o grupo focal e o protocolo verbal em grupo no aprimoramento de vocabulário controlado em fisioterapia: uma proposta metodológica qualitativa-cognitiva. *Incid: Rev Ciênc Inf Doc.* 2014;5(1):47-68.

Bower P, Campbell S, Bojke C, et al. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:273-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. . Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2007a. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde/Série Pactos pela Saúde 2006; vol 4).

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2007b; jan.15.*

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2008a; jan.5.*

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2008b. 60 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores. 4. ed. 2008c. [citado 2012 jan 13]. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF), 1990. ABC do SUS: doutrinas e princípios. [citado 2012 jan 13]. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). [citado 2012 mar 12]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. [citado 2013 jan 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2010. 157p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde; 2014. 112p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

Bueno M, Macêdo KB. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. *Ecos*. 2013; 2(2):306-18.

Buss PM, Pellegrini Filho AA. Saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [online]. 2007; 17(1): 177-93 [citado 2012 nov 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>

- Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 6a ed. São Paulo: Saraiva; 2006.
- Cabezas-Peña C. La calidad de vida de los profesionales. Form Med Cont. 2000;(Supl 7):53-68.
- Calman K. Quality of life in cancer patients a hypothesis. J Med Ethics. 1987;10:124-8.
- Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco Núcleos de Saúde da Família. Rev Latinoamer Enferm. 2004;12(1):14-21.
- Campos CVA, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. Rev Adm Pública [online]. 2008;42(2):347-68 [citado 2012 ago 25] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v42n2/07.pdf>
- Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev Latinoamer Enferm. 2012;20(1):19-26 [citado 2014 jan 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_04.pdf
- Carvalho L, Malagris LEN. Avaliação do nível de *stress* em profissionais de saúde. Estud Pesqui Psicol. 2007;7(3):210-22 [citado 2012 jan 27]. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v7n3/artigos/pdf/v7n3a16.pdf>
- Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab Educ Saúde. 2008, nov., 2009 fev.;6(3):p.443-56 [citado 2013 jun 27]. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1400-10.
- Cecílio LCO. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface Comun Saúde Educ. 2007;11(22):345-63 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/12.pdf>
- Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(supl 1):1523-31.

Cooper CL. A natureza mutante do trabalho: o novo contrato psicológico e os estressores associados. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005.

Cox T, Rial-González E. Work-related stress: the european picture. *Work Stress*. 2002;(5):4-6. [cited 2014 Dec 6]. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/magazine/5>

Cremonese GR, Motta RF, Traesel ES. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cad Psicol Soc Trab*. 2013;16(2):279-93.

Cunha GT. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para o conhecimento e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas; 2009.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc. (Online)*. 2011;20(4):961-70. [citado 2014 jan 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>

Cunha MS, Sá MC. A cooperação prescrita e a cooperação possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família. In: Azevedo MC, Sá MC, organizadores. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 301-26.

Daldon MTB. Processo de trabalho dos profissionais de saúde em vigilância em saúde do trabalhador [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina Pública; 2012.

Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. *Texto Contexto Enferm. [online]*. 2012;21(1):200-8 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a23v21n1.pdf>

Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi, GL, et al. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress? *Rev Esc Enferm USP (Online)*. 2014;48(3):5e19-26 [cited 2014 Dec 06]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/0080-6234-reeusp-48-03-521.pdf>

Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5a ed. Paraguay AI, Ferreira, LL, tradutores. 5a ed. São Paulo: Cortez, Oboré; 1992.

Dejours C. A banalização da injustiça social. Monjardim LA, tradutor. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas; 1999. 160p.

Dejours C. Trajetória teórico conceitual. A clínica do trabalho. Perspectivas. In: Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3a ed. Soudant, F, tradutor. Brasília: Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Partes I-III.

Dejours C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicol Estud.* 2012;7(3):363-71.

Dejours C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Rev Port. Psicanál.* 2013;33(2):9-28 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://sppsicanalise.pt/wp-content/uploads/2014/04/SUBLIMA%C3%87%C3%83O-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO.pdf>

Dyniewicz AM. Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes. São Caetano do Sul: Difusão; 2009.

Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis* [online]. 2013;23(2):415-37 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf>

Farias PB. Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica da saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012.

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(1):129-38.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* 1999;33(2):198-205.

Fleck MPA, organizador et al. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. 228p.

Fonseca MLG. O profissional da saúde como sujeito, sofrimento no trabalho e gestão. In: Azevedo MC, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 119-30.

Fragelli TBO. Análise das competências profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.

Gordia AP, Quadros TMB, Oliveira MTC, et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Rev Bras Qual Vida*. 2011; 3 (1): 40-52.

Gomes KO, Cotta, RMM, Araújo, RMA, et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(supl.1):881-92.

Guimarães LAM, et al. Validação brasileira do questionário de avaliação de qualidade de vida profissional (QVP-35): em bancários do ABC Paulista. 2ª Jornada Sul-Rio-Grandense de Psiquiatria Dinâmica, 22º Encontro Ibero-Americano de Qualidade de Vida; 2004. Anais. Porto Alegre; 2004.

Houtman I, Jettinghoff K, Cedillo L. Raising awareness of stress at work in developing countries: a modern hazard in a traditional working environment. Geneva: World Health Organization; 2007. 44 p. (Protecting Workers' Health Series, n. 6).

Jex SM, Cunningham CJL, et al. Stress e eficácia dos funcionários. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. São Paulo: Atlas; 2005.

Katsurayama M, Parente RCP, Moraes RD, et al. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. *Cad Saúde Coletiva* [online]. 2013;21(4):414-19 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a09.pdf>

Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl.1):1533-41.

Kessler AI, Krug SBF. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Rev Gaúcha Enferm*. [online]. 2012;33(1):49-55 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>

Kimura M, Carandina DM. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. *Rev Esc Enferm USP (Online)*. 2009;43(Esp.): 1044-54. [citado 2012 maio 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43nspe/a08v43ns.pdf>

Kindi E. Os sentidos de experiências de trabalho em tempos de flexibilização [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2013.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1):p. 151-61.

Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED, et al. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP (Online)*. 2007;41(3):426-33 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/7227.pdf>

Lancman S, Ghirardi MIG, Castro ED et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4):682-8.

Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, et al. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.

Lancman S, coordenadora et al. O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. São Paulo: Faculdade de Medicina. USP; 2012. 195 p. (Relatório final do Projeto Região Oeste. Proc. CNPq 480319/2010-3).

Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3a ed. Soudant, F, tradutor. Brasília Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. 507 p.

Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cad Psicol Social Trab*. 2003;6:79-90.

Lancman S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3.ed. Soudant, F, tradutor. Brasília Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 31-43.

Leitão CP. Experiência do Apoio Matricial inserido no modelo de gestão por organização social de saúde na Cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2012.

Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis [online]*. 2014;24(2):507-25 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00507.pdf>

Lima L, Pires DEP, Forte ECN, et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc Ana Nery Rev Enferm.* 2014;18(1):17-24.

Limongi-França AC. Health Promotion and Quality of work life: the challenge of integrated management. In: Rossi AM, Quick JC, Perrewe PL, editores. *Stress and quality of working life: the positive and the negative.* Information Age Publishing; 2009. 263p.

Lipp MEN. Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP (Online).* 2012;46(3):633-40 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n3/15.pdf>

Lopes LF. Medicalização de crianças com queixa escolar e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): uma análise crítica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia; 2013.

Maissiat GS. Prazer e sofrimento de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem; 2013.

Martín J, Cortés JA, Morente M, et al. Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gac Sanit [online].* 2004;18(2):129-36 [citado 2012 maio 10]. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/ga/v18n2/original6.pdf>

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP (Online).* 2007;41(3):426-33 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n3/12.pdf>

Martins GA. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *RCO: Revista de Contabilidade e Organizações – FEARP/USP.* 2008 jan./abr.;2(2):8-18 [citado 2012 jul 19]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rco/article/viewFile/34702/37440>

Martins JT, Domnansky RC, Ciampone MHT. Resenha bibliográfica: a banalização da injustiça social. *Rev Latinoam Enferm. [online].* 2006;14(2):292-3 [citado 2014 set 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a21.pdf>

Martins JT. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva: estratégias defensivas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008. 199 p.

Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, et al. Esgotamento entre profissionais da atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2014;19(12):4739-50 [citado 2015 jan 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04739.pdf>

Martins SR, Mendes AM. Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência. *Rev Psicol Organ Trab*. [online]. 2012;12(2):171-84 [citado 2014 out 20]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a04.pdf>

Matuda CG. Cooperação interprofissional: percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012.

Mendes AM, organizador. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007. Coleção Trabalho Humano.

Merlo ARC, Mendes AMB. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cad Psicol Social Trab*. 2009;12(2):141-56.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* [online]. 2000;5(1):7-18 [citado 2012 ago 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Miranda L. Criatividade e trabalho em saúde: contribuições da teoria Winnicottiana. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. p. 89-117.

Moreira ECR, O'Dwyer G. An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. *BMC Family Practice*. 2013; 14:80 doi:10.1186/1471-2296-14-80 [citado 2014 out 20]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/80>

Nascimento DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.142p.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.

Oliveira GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.

Oliveira MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. 89p.

Oliveira, PRS, Reis F, Arruda CAM, et. al. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza-CE. *Cadernos ESP*. 2012;6(1):54-64 [citado 2013 mai 04]. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/74>

Organización Mundial de la Salud – OMS. Sensibilizando sobre el estrés laboral em los países em desarrollo. Genebra; 2008. (serie protección de la salud de los trabajadores, 6).

Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, et. al. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Physis* [online]. 2011;21(2):629-46 [citado 2012 ago 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n2/a15v21n2.pdf>

Perez LG, Sheridan JD, Nicholls A, et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(2):403-13 [cited 2014 Dec 06]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4112964/>

Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. Trabalho em equipe: a estratégia teórica e metodológica da pesquisa sobre a integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/UERJ, Abrasco; 2007.

Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2000;53:251-63.

Prestes LIN, Araújo ACA, Costa CS, et al. Apoio Matricial: um Caminho de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde em Palmas-TO. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2011;15(2):215-18 doi:10.4034/RBCS.2011.15.02.12 [citado 2013 mar 19]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10536/6050>

Propp KM, Apker J, Zabava Ford WS, et al. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qual Health Res*. 2010 Jan;20(1):15-28.

Pullon S, McKinlay E, Stubbe M, et al. Patients' and health professionals' perceptions of teamwork in primary care. *J Prim Health Care*. 2011;3(2):128-35 [cited 2014 Dec 6]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21625661>

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2014 [cited 2014 Dec 06]. Available from: <http://www.R-project.org/>

Rego RM. Expressão artística e teleatendimento: perspectivas para a melhoria de qualidade de vida no trabalho. *Psicol Cienc Profissão*. 2007; 27(3): 376-95.

Reinheimer AS, Nascimento DDG, Cunha GT, et al. A clínica ampliada no contexto da Atenção Primária em Saúde. Campo Grande, MS: Ed. UFMS; Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal; 2012. 166p.

Reis Júnior DR. Qualidade de vida no trabalho: construção e validação do questionário QWLQ-78 [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2008.

Revelle W. Psych: procedures for personality and psychological research. Northwestern University, Evanston, Illinois, USA [cited 2015 Jan 06]. Available from: <http://cran.r-project.org/web/packages/psych/index.html>

Ribeiro RP, Martins JT, Marziale MHP, et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP (Online)*. 2012;46(2):495-504 [citado 2013 ago 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a31v46n2.pdf>

Rossetti MO, Ehlers DM, Guntert IB, et al. O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. *Rev Bras Ter Cogn*. 2008;4(2):108-19.

Rossi AM. Apresentação ISMA-BR. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL, organizadores. Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional. São Paulo: Atlas; 2005.

Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo MC, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 33-50.

Santos IER, Vargas MM, Reis FP. Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. Rev Psicol Organ Trab. 2014;14(3):324-35.

Scherer MDA, Pires DEP, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [online]. 2009;43(4):721-5 [citado 2012 maio 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>

Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Texto Contexto Enferm. [online]. 2009;18(2):330-7 [citado 2012 maio 08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/17.pdf>

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23a ed. rev. atual. São Paulo: Cortez; 2007. 304 p.

Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc Saúde Coletiva. 2012 set.;17(9):2405-14 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>

Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, 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. 2012;28(11):2076-84 [citado 2013 nov 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>

Silva CO, Ramminger T. O trabalho como operador de saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2014;19(12):4751-58.

Silva MG, Fernandes JD, Rebouças LC, et al. Publicações que utilizaram o grupo focal como técnica de pesquisa: o que elas nos ensinam? Ciênc Cuid Saúde. 2013;12(2):398-406.

Soares INL, Souza LCG, Castro AFL, Alves CFO. Análise do estresse ocupacional e da Síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Maceió/AL. Rev Semente. 2011;6(6):84-98.

Soleman C. O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública; 2012.

Souza MB, Rocha PM, Sá AB, Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):190-5 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n3/a05v33n3>

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Sznelwar LI. Sobre estes textos de psicodinâmica do trabalho, algumas reflexões. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3 ed. Soudant, F. Tradutor. Brasília Paralelo 15; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 45-54.

Teófilo TJS, Gubert FA, Nepomuceno LB, et al. Satisfação e os fatores de satisfação relacionados ao trabalho: perspectiva de trabalhadores na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(8):5239-49 [citado 2014 dez 06]. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevista-enfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F4571%2F6955&ei=mwvNVNKICcf7sAT-pIK4AQ&usg=AFQjCNHMTpQmAaQJ3dA526VC0hAu0GH_Xg&bvm=bv.85076809,d.cWc

Trindade LL, Pires DEP, Amestoy SC, et al. Working in the family health strategy: mplications in professionals workloads. *Cogitare Enferm*. 2014 Jul/Sep;19(3):485-92 [cited 2014 Dec 06]. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/35492/23237>

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Venson ABS, Fiates GGS, Dutra A, et al. O recurso mais importante para as organizações são mesmo as pessoas? Uma análise da produção científica sobre qualidade de vida no trabalho (QVT). *Rev Adm UFSM*. 2013; 6 (1): 139-56.

Ventura MM. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Socerj*. 2007;20(5): 383-6.

WhoQol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J, Kuyken, W, editores. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Grassi D, tradutor. Porto Alegre: Bookman; 2004.

Zago KSA. Terapia comunitária: espaço de re-significação do sofrimento de trabalhadores de enfermagem [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2011.182 p.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Instrumento de caracterização do perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores do NASF.

Nome:

Data de nascimento:

Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: () solteiro () casado/união consensual () divorciado ()
viúvo

Formação profissional:

Tempo de formado (em anos):

Tempo de atuação no NASF (em meses) :

Função no NASF:

Carga horária de trabalho semanal no NASF:

Número de UBS que apoia:

Número de equipes que apoia:

Qualificação Profissional:

() Pós Graduação Lato Sensu, na área de

() Pós Graduação Stricto Sensu – Mestrado em:

() Pós Graduação Stricto Sensu – Doutorado em:

Atua em outra equipe NASF no município?: () não ()sim

Há quanto tempo?

Tem outro vínculo empregatício? () não ()sim Qual?:

Carga horária de trabalho semanal total (em horas):

Apêndice 2 - Roteiro para o Grupo Focal.

1. De que forma o trabalho do NASF impacta sua qualidade de vida profissional (QVP)?
2. Quais as situações cotidianas do trabalho no NASF que repercutem positivamente em sua QVP? Explique.
3. Quais as situações cotidianas do trabalho no NASF que repercutem negativamente em sua QVP? Explique.
4. Em sua opinião, seu trabalho é gerador de estresse? Quais as situações cotidianas do trabalho no NASF que foram geradoras de estresse? Explique.
5. Quais as estratégias utilizadas por você para enfrentar o estresse no trabalho?
6. Como você avalia o processo de trabalho da equipe NASF?
7. Quão satisfeito você está com seu trabalho hoje?

Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interunidades em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: ***O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho.*** Sua colaboração é da maior importância para a realização deste estudo, motivo pelo qual solicito seu consentimento e participação.

A pesquisa tem o objetivo de analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF, as possíveis repercussões para sua qualidade de vida profissional, a avaliação do nível de estresse dos profissionais e as estratégias de enfrentamento para as situações estressoras no cotidiano do trabalho.

A coleta de dados será realizada em etapas com o auxílio dos seguintes instrumentos: 1) Instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores; 2) Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e 3) Grupo focal com os participantes que apresentarem qualidade de vida profissional afetada e estresse.

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta serão registradas em banco de dados da pesquisadora e as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (2002), tendo como suporte o referencial teórico-metodológico a Saúde Coletiva.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante toda pesquisa, caso deseje, sem qualquer prejuízo ou sanção. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo dos dados confidenciais. Se houver interesse, você terá livre acesso ao conteúdo da tese, podendo discuti-la com a pesquisadora.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a pesquisadora: ddupas@uol.com.br (11) 2295-5407 e contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: (11) 3061-7548; edipesq@usp.br.

Este termo é composto de duas vias: uma será assinada pelo participante que ficará sob a responsabilidade da pesquisadora e a outra será disponibilizada ao participante com a assinatura da pesquisadora.

Ciente destas informações, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário de qualidade de vida profissional (QVP-35).

Assinale com um X o valor de 1 (nada) a 10 (muito) que melhor indique a ocorrência relacionada à sua vida no trabalho nos últimos 6 meses

QUESTÕES

1. Interrupções incômodas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Consequências negativas para a saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Falta de tempo para a vida pessoal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Desconforto físico no trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Conflitos com outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Trabalho diversificado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Possibilidade de expressar o que penso e preciso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Apoio de meus superiores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Possibilidade de que minhas propostas sejam ouvidas e aplicadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Satisfação com o salário	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Possibilidade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. A empresa se preocupa em melhorar minha qualidade de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Reconhecimento de meu esforço	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Recebo informações sobre os resultados do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Possibilidade de promoção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Quantidade de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Estresse (esforço emocional)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Rapidez e “afobação”	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Pressão recebida para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Pressão recebida para manter a qualidade do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Meu trabalho é importante para a vida de outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Carga de responsabilidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. O que tenho que fazer fica claro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Autonomia ou liberdade de decisão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Apoio de minha família	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Apoio de meus colegas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Apoio de meus subordinados (só para coordenadores)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Vontade de ser criativo(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Orgulho do trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Motivação (vontade de melhorar no trabalho)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Satisfação com o trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Estou capacitado(a) para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Exige-se capacitação para realizar meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Desligo-me ao final da jornada de trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Percepção sobre a Qualidade de Vida no Trabalho	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anexo 2 - Autorização para utilização do Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35).

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a doutoranda Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, cuja orientadora é a Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira, do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, a utilizar com objetivos acadêmico científicos, a versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Profissional-QVP-35, validado por mim e colaboradores, em 2004.

A pesquisadora está ciente que, ao terminar o estudo, deverá enviar, os achados obtidos, por meio do QVP-35, para registro em nosso Banco de Dados.

Campo Grande, 05 de novembro de 2012

Atenciosamente,

Prof. Dra. Líliana A. M. Guimarães


Prof. Dra Líliana A. M. Guimarães
UCDB/USP

Anexo 3 - Inventário de Sintomas de *Stress* para adultos de Lipp (ISSL).

Parte I

A) Marque com X os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:

- 1. Mãos ou pés frios
- 2. Boca seca
- 3. Nó no estômago
- 4. Aumento de sudorese
- 5. Tensão muscular
- 6. Aperto da mandíbula / ranger de dentes
- 7. Diarréia passageira
- 8. Insônia
- 9. Taquicardia
- 10. Hiperventilação
- 11. Hipertensão arterial súbita e passageira
- 12. Mudança de apetite

B) Marque com X os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:

- 13. Aumento súbito de motivação
- 14. Entusiasmo súbito
- 15. Vontade súbita de iniciar novos projetos

Parte II

A) Marque com X os sintomas que tem experimentado na última semana:

- 1. Problemas com a memória
- 2. Mal-estar generalizado, sem causa específica
- 3. Formigamento das extremidades
- 4. Sensação de desgaste físico constante
- 5. Mudança de apetite
- 6. Aparecimento de problemas dermatológicos
- 7. Hipertensão arterial
- 8. Cansaço constante
- 9. Gastrite, úlcera ou indisposição estomacal muito prolongada
- 10. Tontura ou sensação de estar flutuando

B) Marque com X os sintomas que tem experimenta na última semana:

- 11. Sensibilidade emotiva excessiva
- 12. Dúvida quanto a si próprio
- 13. Pensar constantemente em um só assunto
- 14. Irritabilidade excessiva
- 15. Diminuição da libido

Parte III**A) Marque com X os sintomas que tem experimentado no último mês:**

- 1. Diarréia frequente
- 2. Dificuldade sexuais
- 3. Insônia
- 4. Náusea
- 5. Tiques
- 6. Hipertensão arterial continuada
- 7. Problemas dermatológicos prolongados
- 8. Mudança extrema de apetite
- 9. Excesso de gases
- 10. Tontura frequente
- 11. Úlcera, colite ou outro problema.
- 12. Enfarte

B) Marque com X os sintomas que tem experimentado no último mês:

- 13. Impossibilidade de trabalhar
- 14. Pesadelos frequentes
- 15. Sensação de incompetência em todas as áreas
- 16. Vontade de fugir de tudo
- 17. Apatia, depressão ou raiva prolongada
- 18. Cansaço constante e excessivo
- 19. Pensar e falar constantemente em um só assunto
- 20. Irritabilidade frequente sem causa aparente
- 21. Angústia, ansiedade, medo diariamente
- 22. Hipersensibilidade emotiva

Anexo 4 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS COTIDIANAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Maria Amélia de Campos Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08751212.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 205.892

Data da Relatoria: 28/02/2013

Apresentação do Projeto:

PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS COTIDIANAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA-Pesquisa que objetiva conhecer a percepção dos trabalhadores do NASF sobre seu processo de trabalho, contemplando aspectos referentes a qualidade de vida e estresse.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

1)Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores do NASF; 2)Avaliar seu nível de estresse e fatores preditores; 3)Avaliar sua qualidade de vida profissional; 4)Analisar sua percepção sobre situações geradoras de estresse e impactos negativos na qualidade de vida

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No projeto apresentado não havia menção dos cuidados com os profissionais identificados com menores índices de qualidade de vida, ou com um nível de estresse que demandaria atendimento, tendo em vista a ocorrência dos transtornos mentais menores. Nesse aspecto, os pesquisadores apresentaram na nova submissão todos esses cuidados: o profissionais identificados com menores índices de qualidade de vida profissional e que se apresentarem em um estágio crítico de estresse.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** ed/pesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP



serão contatados individualmente, sob sigilo, e poderão ser referenciados, caso desejarem, para acompanhamento médico e psicológico na Rede de Apoio à Saúde do Trabalhador (RAST) existente na Instituição e APS Santa Marcelina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa que objetiva conhecer a percepção dos trabalhadores do NASF sobre seu processo de trabalho. Sugestão substituir avaliar nível de estresse por conhecer, uma vez que será realizada pesquisa qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram feitas todas as alterações sugeridas

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

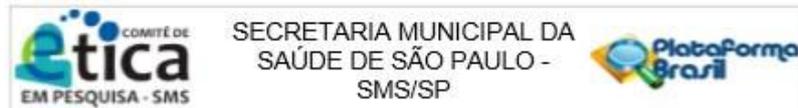
O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na plataforma Brasil.

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Celia Maria Sivalli Campos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edpesq@usp.br

Anexo 5 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS COTIDIANAS NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Maria Amélia de Campos Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08751212.0.3001.0088

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 597.535-0

Data da Relatoria: 04/04/2013

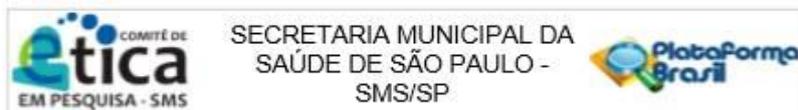
Apresentação do Projeto:

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, por meio da Portaria nº154 e visa apoiar as equipes da Estratégia Saúde da Família na efetivação da rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantiqualitativa, ancorada no marco teórico-metodológico da Saúde Coletiva, cujo método escolhido foi o estudo de caso. A partir da análise do processo de trabalho da equipe do NASF que este estudo propõe, espera-se compreender os processos geradores de estresse vivenciados pelos profissionais no cotidiano do trabalho, uma vez que o estresse pode influenciar no desempenho corporativo e do trabalhador, afetando sua saúde física e emocional.

O estudo será realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) Santa Marcelina, que é responsável pela gestão de serviços públicos de saúde na região leste do município de São Paulo, desde a municipalização em 2001. A população do estudo será composta pelos trabalhadores do NASF da APS Santa Marcelina, que estão distribuídos nas regiões de Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera e São Miguel-incluindo os coordenadores, perfazendo um total de 143

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 1º andar
Bairro: CENTRO **CEP:** 01.223-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 **E-mail:** smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 007.535-0

profissionais. Não será feita nenhuma restrição à formação profissional, assim como ao tempo de atuação no NASF.

Na primeira etapa do estudo será realizada uma análise documental acerca da implantação dos NASF na APS Santa Marcelina e junto à gestão de pessoas, a fim de identificar número de profissionais de cada equipe NASF, rotatividade profissional, adoecimento, afastamento, desligamento e suas respectivas causas.

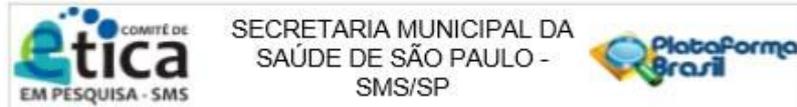
A segunda etapa terá caráter exploratório e será aplicado um instrumento de caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores. Será utilizado o Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), para a totalidade dos sujeitos do estudo.

Na terceira etapa serão realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, em profundidade, com trabalhadores do NASF de cada região que apresentarem piores índices de qualidade de vida profissional e de estresse, de acordo com os resultados do QVP-35 e ISSL.

O roteiro da entrevista passará por um pré-teste com profissionais do NASF e um coordenador de outra região do Município, a fim de que possa ser avaliado frente aos objetivos propostos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (tendo sido aprovado), assim como ao Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de São Paulo e ao setor de pesquisa da APS Santa Marcelina.

Os dados oriundos do Questionário de Qualidade de Vida Profissional (QVP-35) ficarão armazenados em arquivos de dados como Excel® e posteriormente serão tabulados e analisados com a utilização do software estatístico SPSS for Windows, enquanto os dados do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp serão corrigidos e interpretados com a assessoria de uma psicóloga. Os dados qualitativos resultantes das entrevistas gravadas dos sujeitos serão submetidos a várias escutas e, após transcrição, serão analisados para identificação dos núcleos de sentido, os quais posteriormente constituirão as categorias empíricas. Para o tratamento dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (2002), tendo como suporte o referencial teórico-metodológico a Saúde Coletiva.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 597.535-0

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar o processo de trabalho dos profissionais do NASF e as possíveis repercussões para sua qualidade de vida profissional.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos trabalhadores do NASF;

Avaliar seu nível de estresse e fatores preditores;

Avaliar sua qualidade de vida profissional;

Analisar sua percepção sobre situações geradoras de estresse e impactos negativos na qualidade de vida profissional e

Propor estratégias de enfrentamento para as situações estressoras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os profissionais identificados com menores índices de qualidade de vida profissional e que se apresentarem em um estágio crítico de estresse serão contatados individualmente, sob sigilo, e poderão ser referenciados, caso desejarem, para acompanhamento médico e psicológico na Rede de Apoio à Saúde do Trabalhador (RAST) existente na Instituição z APS Santa Marcelina. As equipes não identificarão estes casos, uma vez que o serviço de apoio é referência para todos os trabalhadores e não apenas para os que se encontram em processo de adoecimento/sofrimento, uma vez que RAST também desenvolve ações preventivas e promotoras de saúde.

Benefícios:

O estudo espera problematizar o processo de trabalho do NASF, suas diretrizes e formas de atuação, assim como identificar os potenciais geradores de estresse e adoecimento profissional neste contexto. Desta forma, pretende-se contribuir com Políticas Públicas e institucionais para reflexão acerca do modelo de trabalho, assim como minimizar os efeitos do estresse e adoecimento que geram atualmente absenteísmo e afastamento do emprego.

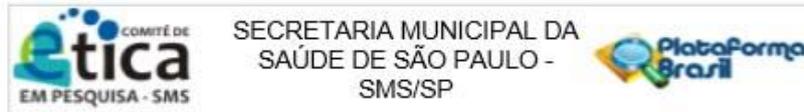
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante, fez as alterações conforme parecer anterior do CEP-USP.

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa foi analisada, tal condição encontra-se devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 097.025-0

Foi apresentado documento de autorização dos NASFs locais para realização do estudo. Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. Cronograma foi atualizado e considerado adequado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - adequado após retificações.

Recomendações:

Incluir no orçamento os gastos com a psicóloga que fará a interpretação dos questionários.

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

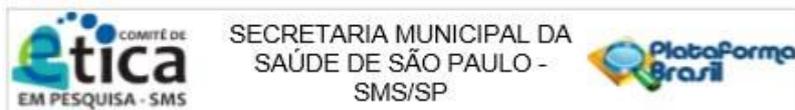
O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apóndo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
 Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 597.535-0

semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 11 de Abril de 2014

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Este parecer reemitido substitui o parecer número 597535 gerado na data 25/03/2013 15:32:24, onde o número CAAE foi alterado de 08751212.0.0000.5392 para 08751212.0.3001.0086.

Endereço: Rua General Jardim, 35 - 1º andar
Bairro: CENTRO CEP: 01.223-010
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com

Anexo 6 - Autorização para realização do estudo na APS Santa Marcelina.



Parecer Consubstanciado de Pré- Projeto / Projeto

O setor de Produção Científica da APS Santa Marcelina recebeu do pesquisador (a) / colaborador (a)

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Seu Pré-Projeto Projeto Referente à:

Pesquisa TCC Mestrado Doutorado

Intitulado: **Percepções e vivências cotidianas no trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**

Após avaliação, a APS Santa Marcelina **Aprovou** a execução do projeto por sua relevância para a mesma.

Observações: Solicitamos o envio do trabalho na íntegra após sua conclusão.

Felie Silvia Martins
Produção Científica APS Santa Marcelina



Anexo 7 - Autorização para realização do estudo na Coordenadoria Regional de Saúde Leste.



**PREFEITURA DE
SAO PAULO**
SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NA CRS-LESTE

Nº de ordem 16/2012

Autorizo a realização da pesquisa abaixo descrita, **após análise e Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS.**

- Título da pesquisa: Percepções e vivências cotidianas no trabalho dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- Pesquisador responsável/orientador: Prof. Drª Maria Amélia de Campos Oliveira
- Instituição de ensino: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
- Nome do graduando: Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
- E-mail: ddupas@uol.com.br
- Telefones (11) 2295-5407
- STS e ou OSS: Organização Social de Saúde Santa Marcelina
- Unidade(s) de interesse: NASF

Entrada na CRS-Leste ____/____/2012

São Paulo, 17 de Outubro de 2012.


 Carimbo e Assinatura da Coordenadora Regional de Saúde

OBSERVAÇÃO:

Seja o Pesquisador: Assim que estiver de posse do Parecer do CEP, deverá encaminhá-lo por e-mail (conforme rodapé) seguintes anexos:

- Cópia **DIGITALIZADA** do Parecer do CEP e do Projeto de Pesquisa (com as correções feitas pelo CEP) e confirmar as unidades de interesse, quando providenciarmos a liberação do início da Pesquisa, você será notificado para entrar em contato com Supervisão Técnica de Saúde ou UBS, para operacionalizar o início da Pesquisa. Após realização da pesquisa, envie o resultado da mesma para Gerência de Desenvolvimento de Pessoas da Coordenadoria Regional de Saúde Leste (e-mails abaixo) e UBS.

Avenida Pires do Rito, 191 – Fones: 2033-7087 e 2956-7164
São Miguel Paulista – São Paulo – SP
Ana Tokata - anatokata@crsleste.sa.gov.br e Sandra Bambas - sbambas@crsleste.sa.gov.br
Gerência de Desenvolvimento de Pessoas - crsleste@desenvolvimento@prefeitura.sp.gov.br