



RELATÓRIO FINAL

**O PROCESSO DE TRABALHO NOS
NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
(NASF) E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL
DOS TRABALHADORES**

PROCESSO CNPq 480319/2010-3

SÃO PAULO

2012

**RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA INTITULADA “O PROCESSO DE
TRABALHO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E SEUS
EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES”**

Coordenação Geral

Selma Lancman

Co-Coordenação Geral

Juliana de Oliveira Barros

Equipe de Pesquisa

Selma Lancman
Seiji Uchida
Márcia Terra da Silva
Juliana de Oliveira Barros
Rita Maria de Abreu Gonçalves
Maria Teresa Bruni Daldon

Equipe de Colaboradores

Laerte Idal Sznelwar
Marina Petrilli Segnini
Claudio Marcelo Brunoro
Andréa Geiger Neiva
Angélica Garcia Juns
Tatiana de Andrade Jardim
Nicole Guimarães Cordone

Iniciação Científica

Nicole Guimarães Cordone
Ronaldo Pires Kaltner

**São Paulo
Dezembro de 2012**

GLOSSÁRIO

AMA	Assistência médica ambulatorial
ATA	Auxiliar técnico administrativo
AB	Atenção básica
BPA	Boletim da produção ambulatorial
CAPS	Centro de atenção psicossocial
CD	Consulta domiciliar
CECCO	Centro de convivência e cooperativa
CEU	Centro de educação unificado
CLT	Consolidação das leis trabalhistas
CONAC	Conselho nacional de acompanhamento de convênios
CRAS	Centro de referência em assistência social
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HU	Hospital Universitário
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OS	Organização social
PAD HU	Programa de atendimento domiciliário - Hospital Universitário
PAEF	Programa de atenção e educação aos funcionários
PAVS	Programa ambientes verdes saudáveis
PET	Programa de saúde no trabalho
PSF	Programa saúde da família
PTS	Projeto terapêutico singular
PST	Projeto de saúde no território
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RBC	Reabilitação baseada na comunidade
SAEDST/AIDS	Serviço de atendimento especializado em doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida
SAS	Secretaria de assistência à saúde
SF	Saúde da família
SIAB	Sistema de informação de atenção básica
SAI SUS	Sistema de informação ambulatorial do sistema único de saúde
UBS	Unidade básica de saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO</i>	06
1. INTRODUÇÃO	07
1.1. Os Processos de Trabalho na ESF e NASF: complementaridade e contradições - Hipóteses	14
1.2. A Implantação do NASF em São Paulo: o Caso da Região Oeste	16
1.3. Organização do Trabalho no Campo da Saúde e Impacto na Saúde Mental dos Trabalhadores	17
1.4. O Trabalho como Elemento Central na Constituição da Identidade	19
2. A INVESTIGAÇÃO: JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, MATERIAIS E MÉTODOS	22
2.1. Objetivos Específicos	24
2.2. Materiais e Métodos	25
2.2.1. Contextualização	25
2.2.2. Percurso Metodológico Adotado	26
2.2.3. Aspectos Éticos	26
3. RESULTADOS	28
A. Análise Ergonômica do Trabalho	28
A.1. Características dos NASF Estudados	30
A.2. NASF ALFA	32
A.2.1. Perfil da população de trabalhadores	33
A.2.2. Regras da administração e de recursos humanos	36
A.2.3 Indicadores de saúde	36
A.2.4. Indicadores de produção	37
A.2.5. Análise do trabalho	45
A.2.6. Características da organização do trabalho	57
A.2.7. As condições de trabalho	65
A.2.8. Facilidades e dificuldades do trabalho	67
A.3. NASF BETA	75
A.3.1. Características do NASF Beta	75
A.3.2. Perfil da população de trabalhadores	76
A.3.3 Indicadores de saúde	79
A.3.4. Indicadores de produção	79
A.3.5. Análise do trabalho	80
A.3.6. Características da organização do trabalho	80
A.3.7. As condições de trabalho	80
A.3.8. Facilidades e Dificuldades do Trabalho	81
A.3.9. Sugestões do NASF Beta para melhoria do trabalho	90
A.4. Resultados	90
A.5. Considerações Finais desta Etapa	94
B. Organização do Trabalho	99
B.1. Objetivos desta Etapa	100
B.2. Resultados	101

B.2.1. Organograma NASF	101
B.2.2. Inserção Institucional do coordenador do NASF	102
B.2.3. Perspectiva do coordenador dos NASF sobre o trabalho dos Núcleos	103
B.2.4. Perspectivas dos gestores das Unidades Básicas de Saúde sobre o trabalho dos NASF	115
B.3. Considerações Finais desta Etapa	117
C. Análise Psicodinâmica do Trabalho	122
C.1. Objetivo e Percurso Metodológico dessa Etapa	123
C.2. Resultados	127
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA	141
5. ANEXOS	148
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186

APRESENTAÇÃO

Trata-se do relatório final da pesquisa intitulada “O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Seus Efeitos na Saúde Mental dos Trabalhadores”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Processo número 480319/2010-3.

Ele está organizado em quatro eixos: introdução ao tema da pesquisa; hipóteses, objetivos e metodologia da investigação; resultados e considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

Selma Lancman¹

Juliana de Oliveira Barros²

Rita Maria de Abreu Gonçalves³

Nicole Guimarães Cordone⁴

¹ Pesquisadora Responsável. Profa. Titular do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

² Pesquisadora Júnior. Doutoranda em Ciências pela FMUSP. Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

³ Pesquisadora Júnior. Mestre em Ciências pela FMUSP. Terapeuta Ocupacional da PMSP.

⁴ Bolsista de Iniciação Científica (1 ano) e colaboradora. Aluna do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, pela reforma constitucional de 1988, a promoção e a atenção à saúde vêm passando por uma série de transformações vinculadas, sobretudo, aos princípios e diretrizes que norteiam a organização do Sistema e do reconhecimento da saúde como direito social (Brasil, 1988).

Os princípios dizem respeito ao acesso universal a todos os serviços de saúde disponíveis; a oferta de assistência integral aos usuários; e a oferta de recursos de forma justa, de acordo com a necessidade de cada um, caracterizando a equidade da atenção. Já as diretrizes tratam da regionalização, hierarquização e descentralização político-administrativa da rede de serviços, além da participação da sociedade civil nos processos de gestão (Brasil, 1988; 2009a).

Diante deste contexto, o princípio da integralidade ganha destaque, já que é a partir dele que se abre a possibilidade da compreensão ampliada sobre os processos saúde-doença e sobre o próprio conceito de saúde, visto que o contexto social, o trabalho, a situação econômica, cultural, habitacional, relacional, e familiar dos usuários também devem ser consideradas como determinantes das condições de saúde e de vida. Além disso, as ações de prevenção, assistência e reabilitação passam a ser consideradas como um continuum e não como etapas separadas do processo de cuidado (Brasil, 2009a).

Trata-se de um princípio que aponta para uma crítica ao modelo existente e que propõe a criação de um novo paradigma no qual seria possível o desenvolvimento de um cuidado digno a todas as pessoas. Neste sentido, remete ao resgate de uma sociedade justa e solidária (Cecílio, 2006; Mattos, 2006; Brasil, 2009a).

Na tentativa de ampliar o acesso aos serviços de saúde e concretizar o princípio da integralidade nas práticas cotidianas de cuidado, o Brasil, em diálogo com as orientações propostas pela Organização Mundial da Saúde, buscou investir na reorientação do modelo assistencial a partir das ações desenvolvidas na atenção primária, com vistas à oferta de cuidados essenciais à saúde. Trata-se do primeiro nível de atenção do qual o usuário tem acesso para ingressar no SUS e deve estar acessível aos espaços de moradia e de trabalho da população. Tem como objetivo, organizar a rede de cuidados circunscrita a um território específico e viabilizar ao usuário a continuidade da atenção (OMS, 1978; Capistrano Filho,

1999; Starfield, 2002; Brasil, 2006; 2009b; 2011).

As ações na atenção primária devem se dar nos âmbitos individual e coletivo de forma a privilegiar a participação social como um dos aspectos das práticas democráticas de cuidado e gestão. São dirigidas a territórios com áreas de abrangência delimitadas. Devem contemplar aspectos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde de forma integrada aos outros serviços da rede assistencial (OMS, 1978; Starfield, 2002; Campos & Amaral, 2007; Brasil, 2006; 2009b; Molini-Avejonas et al, 2010).

É importante mencionar que, para o desenvolvimento e organização do trabalho com vistas à produção de linhas de cuidado em consonância aos princípios e diretrizes do SUS, a atenção primária se vale de tecnologias leves, que são aquelas vinculadas ao campo relacional e que se traduzem nos diversos modos de se comunicar com o usuário, na produção de vínculo e na realização de acolhimento. Necessita ainda de múltiplos conhecimentos, práticas e fazeres, para dar conta das distintas situações e condições de vida das pessoas atendidas (Merhy, 1997; 2005; Brasil, 2006; 2011).

Nesse processo histórico a aprovação e publicação da Política Nacional de Atenção Básica, no ano de 2006 e sua revisão, em 2011, marcaram definitivamente a atenção primária em saúde como porta de entrada preferencial do SUS, e conseqüentemente, ponto de partida para reorientação do Sistema de Saúde. Definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (Brasil, 2006; 2011).

A Estratégia de Saúde da Família - ESF, antes nomeada como Programa de Saúde da Família, foi criada no ano de 1994, para organizar as práticas desenvolvidas na atenção primária e estruturar o SUS (Capistrano Filho, 1999; Nascimento e Oliveira, 2010).

Tem como base o trabalho desenvolvido em equipe, composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, que se tornam referência para aproximadamente 1000 famílias, circunscritas no território específico da Unidade de Saúde da Família. Estas equipes devem estar comprometidas em cuidar da saúde de famílias de forma humanizada, priorizando a constituição do vínculo de confiança, fundamental ao desenvolvimento do

trabalho; fortalecer os processos de descentralização dos serviços e das ações de saúde; democratizar o acesso, a informação e a participação nos processos de construção da saúde; fomentar o direito a saúde como um direito de cidadania; trabalhar de forma integrada com a comunidade e fortalecer as ações intersetoriais com vistas à oferta de ações resolutivas.

No município de São Paulo, a ESF foi implantada no ano de 1995, a princípio nas zonas leste, norte e sudeste, por meio de um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, dando início a um modelo de gerenciamento a partir das denominadas Organizações Sociais. Recebeu o nome de Qualidade Integral em Saúde - Qualis (Capistrano Filho, 1999; Bousquat et al, 2006).

No município de São Paulo, o processo se constituiu de forma irregular e assistemática devido à implantação das cooperativas do Programa de Atenção à Saúde (PAS) que retardou a adesão municipal ao SUS. Dessa forma, o início do processo de municipalização da assistência à saúde só ocorreu no ano de 2001, quando a ESF efetivamente se constituiu como estratégia organizadora do SUS no Município. Dados referentes ao mês de maio de 2010 mostravam que 1.014 Equipes de Saúde da Família (EqSF) estavam cadastradas no município de São Paulo, oferecendo cobertura a uma população de 3.494,850 habitantes (Bousquat et al, 2006; Brasil, 2010a).

Ainda no intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, com vistas a apoiar a inserção da ESF, o processo de territorialização e de regionalização, no ano de 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, por meio da portaria GM 154 de janeiro deste ano (Brasil, 2008; 2009b). Tal portaria esteve em vigor no período compreendido entre janeiro de 2008 e outubro de 2011. Após esta data foi substituída pela portaria 2.488 de outubro de 2011 (Brasil, 2011).

Apesar da relevância deste fato, é importante destacar que a coleta de dados deste estudo ocorreu entre os anos de 2010 e 2011 e, desta forma, os documentos oficiais utilizados para análise dos dados tiveram como base a portaria 154 de 2008.

Neste contexto, O NASF deveria ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes categorias, previamente definidas pelos gestores locais

a partir de dados epidemiológicos. Seu processo de trabalho deveria priorizar o atendimento compartilhado com as EqSF's para subsidiar uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas (Sundfeld, 2010). Desta forma, diferentemente da EqSF, o NASF não constituía-se como porta de entrada para o SUS e sim como equipe de apoio (Brasil, 2008; Brasil, 2009b).

O NASF em parceria com as EqSF's, deveria almejar a concretização do cuidado integral, a partir da qualificação e complementaridade das ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação em saúde; da organização e coordenação da rede de cuidados, com vistas ao acompanhamento longitudinal dos usuários aumentando a resolutividade e diminuindo os encaminhamentos a outros níveis de atenção. Deveriam ainda atuar em consonância com as diretrizes do SUS (Brasil, 2008; Brasil, 2009b).

Estavam organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 poderia ser composto por equipes de no mínimo 5 profissionais, entre eles: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional de educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional e médicos com especialidade em ginecologia, homeopatia, acupuntura, pediatria e psiquiatria. Deveriam subsidiar de 8 a 15 EqSF's, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo era 5. Já o NASF 2 era composto por no mínimo 3 profissionais. A diferença na composição das equipes residia no fato de que na segunda modalidade não estava prevista a presença de médicos. O NASF2 deveria estar vinculado a no mínimo 3 EqSF's. Em decorrência da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais a recomendação era a de que cada equipe contemplasse ao menos 1 profissional desta área (Brasil, 2008).

Entre as atribuições dos profissionais da equipe do NASF estavam: conhecer e articular os serviços existentes no território, de forma a promover a intersetorialidade; conhecer a realidade das famílias residentes na área adscrita, nos seus aspectos econômico, social, cultural, demográfico e epidemiológico; identificar, em conjunto com a comunidade e a EqSF, o público prioritário para o desenvolvimento das ações, além do tipo de abordagem a ser adotada; atuar na prevenção e promoção de saúde por meio de ações educativas; promover ações interdisciplinares junto as EqSF's, por meio de discussões de caso realizadas

periodicamente, que permitissem uma abordagem coletiva da situação apresentada (Brasil, 2008; 2009b; Sundfeld, 2010).

As áreas estratégicas para atuação prioritária do NASF estavam organizadas em torno de nove temáticas. Entre elas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares (Brasil, 2009b).

O apoio matricial constituía-se como a principal metodologia de trabalho utilizada pela equipe NASF. Trata-se de um arranjo organizacional que tem como objetivo assegurar retaguarda especializada às equipes responsáveis em oferecer cuidados em saúde. Este apoio pode se dar de duas formas: a partir da oferta de assistência especializada diretamente ao usuário ou por meio do apoio técnico pedagógico à equipe (Campos e Domitti, 2007; Brasil, 2009b; Moline-Avejonas et al, 2010; Cunha e Campos, 2011).

A assistência especializada deveria ser oferecida ao usuário nas situações de maior complexidade, após pactuação entre EqSF e NASF. A responsabilidade por esses casos passava a ser compartilhada e juntos, NASF e EqSF definiam uma nova forma de intervenção a partir da prévia discussão e troca de informações. Já o apoio técnico pedagógico poderia se dar, prioritariamente de duas maneiras: a primeira a partir do desenvolvimento de intervenções compartilhadas entre profissionais do NASF e da EqSF – atendimentos na unidade, visitas domiciliares, grupos na unidade de saúde ou na comunidade; a segunda a partir da troca de informações e orientações entre NASF e EqSF, seja sobre um caso específico, seja sobre uma problemática apresentada pela EqSF (Campos e Domitti, 2007; Brasil, 2008; Brasil, 2009b; Nascimento e Oliveira, 2010).

Todas estas abordagens deveriam ser acordadas em reuniões, nas quais estariam presentes os profissionais das duas equipes. A frequência destes encontros deveria ser negociada entre ambas as equipes. Nestas reuniões eram apresentados pela EqSF os casos considerados mais complexos e que necessitavam de apoio especializado. Deveria ser partilhado o maior número de informações possíveis sobre a situação, necessárias à compreensão da problemática; elencava-se um conjunto de ações a serem propostas ao usuário

e/ou coletivo da intervenção e atribuíam-se as diversas responsabilidades entre EqSF, NASF, usuário e comunidade. Após um determinado período estabelecido para o desenvolvimento das ações, a situação deveria ser reavaliada em relação ao cumprimento ou não dos objetivos propostos. Tal processo, nomeado como “Projeto Terapêutico Singular” (PTS), pode ser dirigido a indivíduos e /ou coletivos (Oliveira, 2007; Nascimento e Oliveira, 2010; Moline-Avejonas et al, 2010).

O PTS engloba processos de co-produção e co-gestão do cuidado, em busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas. Ocorre em quatro momentos não estanques: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (Nascimento e Oliveira, 2010)

Os resultados esperados a partir da utilização desta metodologia estão relacionados à ampliação do trabalho desenvolvido no âmbito da saúde pública, a melhor resolutividade das situações a partir da compreensão ampliada dos processos de saúde, com vistas a operacionalização, no cotidiano das práticas, do princípio da integralidade, já que nenhum profissional, de forma isolada, consegue dar conta da complexidade da vida de qualquer pessoa. Espera-se ainda, diminuir a fragmentação dos processos de trabalho e conseqüentemente do cuidado oferecido (Campos e Domitti, 2007).

O trabalho proposto pelo NASF vai ao encontro de uma lacuna importante, ainda presente na atenção primária: o grande número de encaminhamentos e, conseqüentemente, consultas desnecessárias. Tal situação sobrecarrega a atenção secundária e aumenta os riscos para os usuários dos serviços (Moline-Avejonas et al, 2010).

A proposta de atuação a partir da inserção da equipe NASF na atenção primária trouxe novas perspectivas de trabalho aos profissionais inseridos no campo da saúde, entre eles, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Apesar de vários destes profissionais estarem presentes neste nível de atenção, no âmbito do Projeto Qualis, desde a implantação das equipes de saúde mental e de reabilitação, sua participação na rede de saúde ainda era bastante restrita aos níveis secundário e terciário (Alonso, 2009; Lancman e Barros, 2011).

Por fim, sabe-se ainda que, pelo tempo de implantação, a ESF tem estratégias de ação e processos de trabalho mais consolidados, incluindo documentos norteadores, que discriminam mais objetivamente quais são as

atribuições específicas de cada profissional da equipe e o tempo que deve ser utilizado em cada uma delas. Já os documentos referentes ao NASF e a própria novidade da proposta, configuram um cenário cuja implantação das orientações, ainda difusas, estão em processo para posterior solidificação. Destaca-se que diferenças nas atribuições e organização do trabalho das duas equipes (EqSF e NASF) podem estar criando processos de trabalho conflituosos e até mesmo contraditórios.

1.1. Os Processos de Trabalho na ESF e NASF: complementaridade e contradições - Hipóteses;

Apesar de existirem diversos estudos sobre o processo de trabalho na ESF (Lancman et al, 2007; Alonso, 2009; Jardim & Lancman, 2009), a produção sobre o trabalho do NASF ainda é escassa, provavelmente por se tratar de uma proposta recente no âmbito nacional e estar ainda em fase de implantação.

A metodologia do apoio matricial, apesar de prevista desde o início das ações do projeto QUALIS, ainda está em fase de implementação e é a base para o desenvolvimento do trabalho do NASF. A utilização do apoio matricial pretende ampliar a compreensão sobre o processo saúde-doença a partir da escuta e integração de diversos saberes e práticas, favorecendo, inclusive, a operacionalização de um paradigma que compreenda estes processos de forma mais complexa. Contudo, a implementação desta prática depende de uma nova postura profissional, pautada pela ética do cuidado e do compromisso com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2009b). Portanto, trata-se ainda de uma proposta pioneira, que varia de região para região e não conta com processos de trabalho definidos e sistematizados. Desta forma as hipóteses da pesquisa relacionaram-se ao fato de que, no cotidiano das práticas, os profissionais poderiam se deparar com dificuldades de distintas ordens para a operacionalização da proposta (Campos e Domitti, 2007; Cunha e Campos, 2010; Lancman e Barros, 2011).

A primeira dificuldade, de âmbito estrutural, referia-se às diferentes formas de organização do trabalho da EqSF e do NASF que, no entanto, deveriam atuar de forma compartilhada (PMSP/ SMS, 2009). Enquanto no NASF estava previsto

que os trabalhadores destinassem a maior porcentagem das suas horas de trabalho em ações tais como, reuniões, consultas, visitas domiciliares e grupos compartilhados com EqSF, os trabalhadores desta, sobretudo os profissionais de nível superior, têm a maior parte das suas horas de trabalho voltadas para o desenvolvimento de um elevado número de consultas individuais. A título de exemplo, o médico, para atingir a meta de 400 consultas por mês, prevista pelo programa, precisa realizá-las num período de, em média 15 minutos (PMSP/SMS, 2005; Campos e Domitti, 2007; PMSP/SMS, 2009; Avejonas-Moline et al, 2010; Nascimento e Oliveira,2010).

Vale destacar que historicamente, a cultura organizacional do SUS prioriza a quantidade em detrimento da qualidade dos atendimentos, como por exemplo, a avaliação de impacto, que é realizada com indicadores quantitativos, em detrimento dos qualitativos (Nascimento e Oliveira, 2010).

A segunda dificuldade, que poderia interferir simultaneamente no trabalho das duas equipes, decorre da inter-relação entre o excesso de demanda e a carência de recursos. Pela precariedade da rede assistencial e dificuldade de encaminhar casos de maior gravidade, os trabalhadores do NASF poderiam sentir-se pressionados pela população, pelas EqSF's e pelas demandas que presenciam, a desenvolverem ações de forma ambulatorial, especializadas e individualizadas. A utilização do apoio matricial tem como potência a qualificação e identificação das prioridades em relação ao atendimento especializado, contudo, na ausência de uma rede de suporte que assegure a continuidade dos atendimentos em níveis de maior complexidade corre-se o risco de se ceder a essas pressões.

Problemas estruturais como a escassez de serviços especializados, pode induzir a utilização equivocada do NASF, como por exemplo, a substituição dos encaminhamentos à atenção secundária, empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão de sua função. Soma-se a isso, o fato de que outros serviços especializados não praticam o apoio matricial o que pode sobrecarregar o trabalho das equipes do NASF (Cunha e Campos, 2011).

A terceira dificuldade poderia estar relacionada à presença de Organizações Sociais, compreendidas como parceiras na administração de serviços de natureza pública, processo validado no âmbito Federal, e largamente implementado no município de São Paulo (Brasil, 1998). Essa forma de gestão termina mesclando o

caráter público e privado dos serviços oferecidos, criando situações de trabalho muito heterogêneas a depender da parceira envolvida. Essa heterogeneidade de práticas profissionais nas diferentes regiões da cidade dificulta a criação de uma cultura comum entre as várias equipes do município comprometendo a troca de experiências e a consolidação das políticas públicas, entre elas o NASF.

Soma-se a isso a precarização dos contratos de trabalho dos profissionais vinculados a estas instituições parceiras e a falta de padronização dos processos seletivos, salários e condições de trabalho.

A quarta dificuldade referiu-se a existência de um documento norteador com conteúdo pouco específico e difuso com relação às atribuições dos diversos profissionais que compunham as equipes do NASF. A pouca prescrição do trabalho aliada a falta de uma cultura de trabalho interdisciplinar favorece que cada segmento atue de forma isolada, que aja segundo seu lugar específico de saber, advindo dos processos de formação profissional compartimentalizado. Essa situação pode propiciar ainda atuações arbitrárias advindas de diferentes compreensões do processo saúde-doença, tais como, ações voltadas para aspectos biológicos isolados dos aspectos psicológicos e/ou sociais; ações de caráter mais curativo em detrimento de ações de promoção a saúde; ações individuais em detrimento de ações coletivas.

1.2. A Implantação do NASF em São Paulo: o Caso da Região Oeste;

Dados referentes a novembro de 2012 mostraram que existia no país, na época, 1966 NASF's em funcionamento. Em relação ao Município de São Paulo, dados referentes ao mesmo período mostraram que existiam 54 NASF's do tipo I em funcionamento (DataSUS, 2012).

É importante mencionar que atualmente no país, existem aproximadamente 14.182 Terapeutas Ocupacionais e estima-se que grande parte destes profissionais esteja inserido nos NASF's. Trata-se, portanto, de um dos principais campos de trabalho para os profissionais desta categoria (Brasil, 2010b, COFFITO, 2012).

Na divisão territorial para a gestão da saúde pública do município de São Paulo, o Distrito do Butantã faz parte da região Centro-Oeste, juntamente com os distritos da Sé, Pinheiros e Lapa. Está dividido em cinco sub-distritos: Butantã, Rio

Pequeno, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi. Constitui-se como distrito-escola em decorrência da variabilidade socioeconômica da população que habita ou trabalha no território bem como da existência de inúmeros equipamentos de saúde de caráter universitário que atualmente compõem a rede local de atenção (FMUSP, 2009).

No ano de 2008 a Fundação Faculdade de Medicina – FFM, vinculada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, firmou um contrato de parceria junto a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com vistas a reorganizar a execução das ações e serviços de saúde na região supracitada. O objetivo do convênio foi de criar uma plataforma de ensino e pesquisa para os quatro cursos oferecidos pela FMUSP (medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional) com vistas à formação multidisciplinar interligada à promoção de uma assistência integrada, hierarquizada e longitudinal.

Em 2012 a FFM, em parceria com a Prefeitura Municipal, administra quatorze Unidades Básicas de Saúde (UBS's) - que contam com 31 EqSF's e 2 NASF's, quatro AMAS (Unidade de Assistência Médica Ambulatorial), um ambulatório de especialidade e dois Pronto-Socorros. Vinculados diretamente à gestão pública, a rede de serviços da região é composta ainda por: um Centro de Saúde-Escola (Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa), um Hospital Secundário, um Hospital Universitário (HU), um Hospital Terciário (HC), as clínicas de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da USP e a clínica do Instituto de Psicologia da USP (FMUSP, 2012).

1.3. Organização do Trabalho no Campo da Saúde e Impacto na Saúde Mental dos Trabalhadores;

A democratização do acesso aos serviços públicos de saúde e a sua reestruturação trouxe uma questão fundamental para as instituições que prestam esse tipo de serviço: as instituições devem, por um lado, manter a produtividade, a qualidade e a equidade dos serviços prestados de maneira a garantir para a população o direito de acesso a um serviço público de qualidade e que contemple a sua demanda; e, por outro lado, assegurar que o serviço seja um promotor e não um destruidor da saúde mental dos trabalhadores (Sznelwar et al. 2001, Maggi,

2004).

O modelo de gestão desenvolvido por Organizações Sociais tem modificado as relações de trabalho, já que os profissionais são contratados com base na Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, embora prestem serviços em instituições públicas. Essa forma de contratação mescla trabalhadores com diferentes vínculos de trabalho precarizando os novos contratos e diferenciando salários e carreiras dentro dos mesmos serviços.

Embora o serviço esperado e a produtividade não sejam comparáveis aos modelos organizacionais do setor privado, a lógica da produção baseada em dados epidemiológicos e de demanda, na quantificação de atendimentos, na expectativa de resolutividade e na equação “demanda referida / quantidade de profissionais / atendimentos esperados” acaba gerando constrangimentos e modificando o trabalho na medida em que impõem ritmos, formas de atendimento e ações de cuidado que por vezes sobrecarregam os trabalhadores, inviabilizam que cumpram o trabalho segundo o modelo que gerou esses serviços e corrompe os princípios norteadores dos programas ao qual estão vinculados. Ou seja, a forma como o trabalho é organizado desconsidera a variabilidade de pressupostos teóricos e crenças sobre o atendimento e obriga os trabalhadores a entrarem, por vezes, em desacordo com esses princípios gerando um processo de dissonância cognitiva obrigando-os a rever posições e trabalhar em desacordo com as orientações que receberam.

A demanda excessiva, a falta de uma rede de serviços, as diferenças no planejamento do trabalho de equipes que necessitam trabalhar de forma alinhada terminam por prejudicar as relações necessárias para fazer acontecer o modelo de atenção que gerou os princípios, a organização, a qualidade e a diversidade das ações. Esse fato pode diminuir muito a capacidade do trabalhador de contribuir com sua experiência e seu saber-fazer para a construção de formas menos penosas (com menos sofrimento psíquico) de realizar o trabalho e de contribuir no desenvolvimento do próprio modelo no qual estão inseridos (Maggi, 2004).

Os profissionais (com vínculo público ou celetistas) que atuam no setor público de saúde estão expostos ainda a outras formas de precarização, tais como: oscilações políticas e de planejamento que geram descontinuidade de projetos em curso; mudanças na organização do trabalho ou na natureza das ações de atenção

que se chocam com o sentido e as crenças que os trabalhadores têm em relação ao desenvolvimento do seu trabalho. Pode-se entender que esta precarização os expõe a um intenso sofrimento pela perda da continuidade da narrativa pessoal e profissional (Sennet, 1999) - que dá aos trabalhadores sentido e coerência ao seu trabalho e que os protege social e psicologicamente (Lancman & Uchida, 2003).

Esse sofrimento é visto pelas instituições e aceito pelos trabalhadores como inerente à atividade e necessário para dar o mínimo de resolutividade ao paciente. Afinal, não é novidade para ninguém o quanto o trabalho em saúde, ou melhor, o trabalho com a doença e com os usuários doentes está, de diversas formas, ligado a um imaginário social onde o sacrifício e a abstenção dos próprios desejos e do próprio bem-estar se constituem em condição necessária para as funções de cuidado.

É importante ressaltar que apenas a mudança na forma, estrutura ou mesmo na prescrição do serviço, não é insuficiente para produzir novos processos de trabalho. Existe uma tendência à transposição do modelo biomédico, com vocação curativa para o psicossocial, que prevê o trabalho multiprofissional, desenvolvido a partir da demanda apresentada pelo sujeito. Tal fato, por si só, não garante mudanças significativas na forma de interlocução entre os profissionais e intervenção junto aos usuários. Tal situação pode ser observada no trabalho das EqSFs. O caráter prescritivo do programa tende a engessar a criatividade dos profissionais e impedir a formulação de arranjos criativos e autônomos (Franco e Merhy, 2006)

1.4. O Trabalho como Elemento Central na Constituição da Identidade;

Diversos autores e pesquisadores, dos quais destacamos: Dejours (1999, 2003), Antunes (1995, 1999), Castel (1998), Sennet (1999), Clot (1999) discutem a centralidade do trabalho para a construção das relações indivíduo-sociedade e para a constituição do próprio indivíduo. Apesar de partirem de concepções teóricas diferentes e atribuírem essa centralidade a elementos diversos, todos eles concordam com relação à importância do trabalho na constituição do indivíduo. O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender a força de trabalho em troca de remuneração. Segundo Antunes (1999, p.142) “tem-se, [...], por meio de

trabalho, um processo que, simultaneamente, altera a natureza e autotransforma o próprio ser que trabalha”. Trata-se ainda de local privilegiado para a integração social. Ele permite partilhar experiências com os outros e se implicar em atividades que ultrapassam o interesse individual, adquirindo um *status* social e uma identidade profissional e social que envolvem o indivíduo em um número maior de redes sociais.

Dejours (1987, 1994, 1997, 1999, 2004a, 2004b), referência importante no campo da pesquisa-ação em psicodinâmica do trabalho, diz que o trabalho deve ser entendido como um *continuum* que se estende para além de seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida. O indivíduo é um só e, se não encontra sentido, se não exerce sua criatividade, se é obrigado a anestesiá-la sua inteligência no cotidiano de seu trabalho e a subutilizar suas capacidades, precisará desenvolver mecanismos de defesa, uma espécie de clivagem, uma espécie de alienação que permita suportar o trabalho e continuar no dia seguinte, contudo contaminando, inevitavelmente sua vida familiar e social. Quando o reconhecimento do trabalho não existe, a desvalorização consequente atinge outros espaços da vida cotidiana dos trabalhadores, contaminando o tempo do não trabalho (Dejours, 1993, 2004a; 2004b; Bandt et. Al, 1995; Cunha e Campos, 2011).

Por outro lado, as relações que ocorrem a partir do trabalho possibilitam o desenvolvimento da identidade e a transformação do sofrimento em prazer, pelo olhar do outro e pela valorização decorrente desse olhar (Lancman, & Ghirardi, 2002). Assim, fica evidente que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomadas como um espaço de neutralidade subjetiva ou social.

O trabalho possui uma função essencial no desenvolvimento psíquico, por ser um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e da sua rede de significados. O trabalho, para Dejours, é o mediador essencial entre o indivíduo e o campo social e, nesse sentido, central para o crescimento e o desenvolvimento psicossocial do adulto. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, além de estarem relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (Lancman & Sznelwar, 2004).

O trabalho, a depender da forma como é organizado, leva os trabalhadores

a diversos tipos de desgaste, à perda da expectativa de realizá-lo com qualidade e à desmotivação psíquica para desenvolvê-lo. Pode levar, ainda, à destruição de mecanismos de cooperação na equipe, queda de produção, absenteísmo e níveis elevados de sofrimento psíquico. Alguns estudos (Dejours, 2003, Molinier, 2001, Lancman, 2004) têm demonstrado que a perda da esperança de ter seu trabalho reconhecido e de poder contribuir com sua experiência acumulada no avanço dos serviços é um forte fator de sofrimento e desgaste psíquico. Afinal, o que mobiliza e motiva as pessoas para o trabalho não é somente a remuneração, mas a retribuição simbólica pela contribuição que elas trazem ao trabalho.

Autores como Derriennic & Vezina (2000) e Dejours (2004a) chamam a atenção para o fato de que, embora descompensações psíquicas graves ligadas ao trabalho possam eventualmente ocorrer, o que vem se observando mais frequentemente são fenômenos que se caracterizam por situações de elevado sofrimento psíquico cuja origem é atribuída a situações vividas pelos trabalhadores em função da organização do trabalho ou de transformações dessa organização, que não configuram necessariamente transtornos mentais clássicos. Essas formas de sofrimento, segundo Saint-Jean et al. (2000) podem se manifestar por meio de sensações de impotência, falta de confiança em si e perda do controle ou da capacidade de fazer frente aos constrangimentos impostos pelo trabalho. A exposição prolongada a estas condições pode gerar situações duradouras de perda de iniciativa e de passividade, por vezes, patogênicas e prejudiciais tanto para o trabalhador quanto para as instituições, principalmente quando a eficácia do trabalho requer um engajamento ativo deste.

Com relação ao trabalho em saúde, diversos estudos têm demonstrado que o convívio e envolvimento contínuo e prolongado com a população atendida e seus problemas, tal como previsto na ESF e no NASF, o testemunho de situações de extrema penúria, condições laborais adversas, desemprego, restrição da rede social de apoio e a falta de um conjunto de serviços eficientes com a qual possam somar esforços, processos de trabalho diferentes para equipes que precisam trabalhar juntas, mecanismos de avaliação incompatíveis com a natureza do trabalho realizado, geram sentimento de impotência nos trabalhadores e provocam um tipo de impacto psicológico devido ao envolvimento decorrente dessa interação (Lancman et al, 2009; Lancman, 2007).

2. A INVESTIGAÇÃO: JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS, MATERIAIS E MÉTODOS

Selma Lancman⁵

Juliana de Oliveira Barros⁶

⁵ Pesquisadora Responsável. Profa. Titular do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

⁶ Pesquisadora Júnior. Doutoranda em Ciências pela FMUSP. Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

A implantação dos NASFs no município é recente e, desta forma, não é de se estranhar que a relação destes com as EqSFs, de quem necessitam ser parceiros, possa acontecer de forma conflituosa tendo em vista a falta de experiências consolidadas que embasem as práticas profissionais. Também é possível que a equipe NASF se sinta sobrecarregada e insuficientemente preparada para responder a variada gama de demandas apresentadas pela população usuária, pelas EqSF's e pelas carências do sistema de saúde.

Além disso, ou justamente em função do exposto acima, tudo indica que pode estar ocorrendo, atualmente, certa indiscriminação do perfil da clientela alvo cabível para as equipes, para cada um dos profissionais e para os diferentes serviços.

Finalmente, para todo o grupo de profissionais que ingressou nesta proposta de trabalho, é notória a necessidade de uma discussão mais aprofundada acerca das possibilidades e limites das ações de cuidado a serem postas em operação. Em suma: pode estar ocorrendo um tipo de crise de identidade da função profissional desses atores sociais.

Essa crise pode estar gerando um impacto na saúde mental desses trabalhadores: um nível mais alto de sofrimento entre eles quer pelo sentimento de descrença, ausência de gratificação e não reconhecimento, quer pela impossibilidade de contribuir com sua experiência acumulada no desenvolvimento do próprio projeto ao qual estão vinculados e pelo elevado envolvimento com a população e dificuldades de lidar com as inoperâncias do sistema. No entanto, é preciso ressaltar que a experiência no contexto em questão, fruto da inteligência individual e coletiva produzida nas condições concretas em que o trabalho se dá, pode contribuir apontando soluções criativas e estratégias de inovadoras de intervenção para o processo de transição e na consolidação do novo modelo de atenção pública. É nesse sentido que o estudo do processo de trabalho pode contribuir para o aprimoramento e desenvolvimento da proposta dos NASF's.

Destaca-se ainda o caráter acadêmico dos serviços da Região Oeste, o que inclui a presença constante de estudantes e supervisores, fato este que termina colocando os trabalhadores em situação de constante vigilância e tendo que dar conta de atividades de ensino que se acumulam com as atividades previstas no NASF.

Neste contexto, de forma geral, esta pesquisa teve como objetivo compreender e estudar o processo de trabalho, o sofrimento psíquico e as estratégias desenvolvidas e utilizadas pelos profissionais do NASF em seu cotidiano de trabalho, identificando os fatores críticos para o desenvolvimento das ações pelas quais são responsáveis e formas de superá-los. Pretendeu ainda estudar a organização do trabalho e criar espaços grupais de discussão que permitissem identificar e dar visibilidade às estratégias de trabalho criadas pela inteligência individual e coletiva dos agentes em sua experiência concreta de trabalho para que eles pudessem contribuir tanto para o aprimoramento das políticas públicas quanto para um ajuste mais fino das ações que desenvolvem.

2.1. Objetivos Específicos:

- Estudar a organização e o processo de trabalho das equipes do NASF numa região específica (Projeto Região Oeste), visando identificar seu impacto nos serviços, no trabalho e na saúde mental dos trabalhadores;
- Estudar as estratégias produzidas pela inteligência individual e coletiva dos grupos de trabalhadores no lidar laboral cotidiano, seu papel na promoção da própria saúde mental e sua possível contribuição para o aprimoramento dos modelos de atenção e para a adequação desses modelos às condições reais de trabalho e sua efetiva territorialização;
- Desenvolver um diálogo entre as distintas abordagens teórico-metodológicas utilizadas para o estudo do processo de trabalho nesta pesquisa (psicodinâmica do trabalho, organização do trabalho em serviços e ergonomia) e sua articulação com o processo tecnológico do trabalho na atenção primária para que se possa fazer avançar a produção de conhecimento na área;
- Contribuir para os processos de ensino na área da saúde e trabalho e, em especial de terapia ocupacional, através da formação (tanto para alunos de graduação, residência médica, aprimoramento e pós-graduação) e de treinamento em serviço, reciclagem, educação continuada e capacitação de trabalhadores da área.

2.2. Materiais e Métodos;

2.2.1. Contextualização

Na medida em que novas políticas de saúde são implementadas, elas transformam modelos e programas de intervenção e conseqüentemente o processo de trabalho dos que estão envolvidos. Nesse sentido é essencial compreender o desenvolvimento das novas tecnologias⁷ utilizadas nestes processos.

Neste contexto, para apreender o processo de trabalho na sua complexidade e seus reflexos na saúde do trabalhador de saúde utilizou-se um conjunto de procedimentos a partir de métodos das denominadas “pesquisas ascendentes”. Essas metodologias entendem que produção de conhecimento e intervenção são indissociáveis já que determinadas compreensões e construções teóricas só podem ser realizadas a partir de intervenções concretas em situações de trabalho específicas. *“Na pesquisa-ação os atores deixam de ser simplesmente objeto de observação, de explicação ou de interpretação. Eles tornam-se sujeitos e parte integrante da pesquisa, de sua concepção, de seu desenrolar, de sua redação e de seu acompanhamento”* (Thiollent, 1997, p.36).

Os métodos ascendentes têm sido usados por diversas abordagens na área de saúde e trabalho. Entre elas, destacamos a Análise Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 2004a), Análise Ergonômica do Trabalho (Guerin et al., 2001; Hubault, 2001, 2004) e Análise da Organização do Trabalho em Serviços (Silva, 2009), que se diferenciam, entre outros aspectos, pelo recorte do objeto de estudo, pelas formas de observação e/ou escuta das situações estudadas, pela apreensão dos objetivos e metas esperadas com a intervenção. Seu conjunto torna facilitada o aprofundamento do estudo dos processos de trabalho.

Pesquisas que se utilizam destes métodos, partem, em geral, de demandas expressas por organismos responsáveis por políticas públicas, pelos dirigentes de serviços e empresas, por representantes dos trabalhadores (associações, sindicatos), ou ainda, por pesquisadores interessados em conhecer determinadas situações de trabalho e seus reflexos na saúde, na vida e no processo de trabalho.

⁷ O termo “tecnologia” foi usado como referência a um conjunto de ações e procedimentos tecnicamente orientados para operar o trabalho concreto (Merhy, 1997).

Entende-se a “demanda” como sendo o conjunto de problemáticas e de questões que nortearão o encaminhamento da pesquisa e auxiliarão os pesquisadores a elaborarem hipóteses provisórias a serem melhores desenvolvidas durante o trabalho de campo. A primeira fase de qualquer pesquisa desta natureza é a reorientação desta demanda a partir das discussões preliminares com os trabalhadores envolvidos.

Compreende-se que o material produzido em pesquisas com essa configuração, pertence, sobretudo, ao conjunto de trabalhadores que o produziu. Embora conceitos como prescrição, encaminhamento de sugestões de mudanças, formulação de contribuições, não sejam os mesmos para os diferentes métodos utilizados a restituição e a validação dos relatórios produzidos pelos trabalhadores, é etapa comum a todos eles.

2.2.2. Percurso Metodológico Adotado

Os diferentes métodos elencados acima foram utilizados, de forma distinta⁸, para investigação do trabalho das duas equipes do NASF que já atuam na Região Oeste do município de São Paulo.

Durante toda a execução da pesquisa os pesquisadores responsáveis pelos diferentes procedimentos se reuniram periodicamente com o intuito de discutir o planejamento e condução da mesma como um todo, evitar duplicidade de informações, debater os resultados preliminares e afinar as estratégias de coleta de dados. Ao final da coleta de dados, houve um cotejamento entre aqueles empíricos quantitativos e, principalmente, qualitativos, obtidos pelas investigações ergonômicas, organizacionais e psicodinâmicas com o objetivo de identificar contribuições, convergências e mesmo divergências entre eles. Espera-se igualmente através desse diálogo entre métodos enriquecer e complexificar as análises e resultados sobre o processo de trabalho propostas nesse estudo.

2.2.3. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos comitês de ética da Faculdade de Medicina da USP (Protocolo Número 160/11 – Anexo 1) e da Prefeitura Municipal

⁸ A descrição detalhada sobre o desenvolvimento de cada procedimento metodológico será apresentada nos resultados.

de São Paulo (Protocolo Número 239.0.162.000-10 – Anexo 2). Todos os participantes que colaboraram com a mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

3. RESULTADOS

A. ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

Rita Maria de Abreu Gonçalves⁹

Nicole Guimarães Cordone¹⁰

Juliana de Oliveira Barros¹¹

Selma Lancman¹²

Cláudio Marcelo Brunoro¹³

Tatiana de Andrade Jardim¹⁴

⁹ Pesquisadora Responsável pelo eixo da Ergonomia.

¹⁰ Bolsista de Iniciação Científica.

¹¹ Co-coordenadora geral da pesquisa. Terapeuta Ocupacional da FMUSP.

¹² Coordenadora Geral da Pesquisa. Professora Titular da FMUSP.

¹³ Colaborador. Doutorando em Engenharia de Produção pela Escola Politécnica da USP.

¹⁴ Colaboradora. Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

Para a realização do estudo de ergonomia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, utilizamos como fundamentação teórico/metodológica os princípios da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) preconizados pela Corrente Francesa da Ergonomia.

A AET privilegia o homem em situação real de trabalho, considera o trabalhador como principal ator no processo de trabalho valorizando seu conhecimento e sua prática, o seu saber fazer (Guerin et. al, 2001)

O uso da AET revela para a empresa aspectos do trabalho, muitas vezes, desconhecidos, como a variabilidade da atividade de trabalho e dos trabalhadores. Mostra como eles utilizam sua experiência técnica e pessoal para realizar o trabalho e manter a produtividade exigida frente à organização e as condições do trabalho. Revela, ainda, as dificuldades, vividas pelos trabalhadores, tais como, eventos, incidentes, intercorrências e as estratégias utilizadas para resolver e/ou driblar as situações adversas e fazer o trabalho acontecer. (Guerin et. al, 2001; Abrahão et al, 2009).

O método da AET é constituído de diversas etapas: análise e reformulação da demanda; levantamento e análise de dados da empresa e dos trabalhadores a partir de diversas fontes; análise das tarefas; análise da atividade; diagnóstico, validação e recomendações (Guerin et al, 2001; Abrahão et al, 2009). Nesse estudo foram realizadas algumas dessas etapas, vista as especificidades do trabalho realizado pelo NASF e os objetivos da pesquisa.

A AET utiliza vários recursos visando às diversas etapas previstas e o levantamento de uma gama de informações sobre a organização e condições do trabalho que está sendo estudado. Este estudo foi realizado em duas fases e foram utilizados vários recursos elencados a seguir.

1ª Fase:

- Levantamento e análise de documentos norteadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - a Portaria 154 de 24/01/2008 que cria os NASF e o Caderno de Diretrizes do NASF de 2009, elaborados pelo Ministério da Saúde; o Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF elaborado pela Secretaria da Saúde do Município de São Paulo de 2009;

- Levantamento documental da estrutura organizacional, do perfil dos trabalhadores e da população atendida dos NASF Alfa e Beta¹⁵;
- Levantamento e análise de dados de produtividade das UBS de referência dos Núcleos estudados (UBS A, B C e D) fornecidos pelo setor de recursos humanos (RH) e pela coordenação do NASF;
- Entrevistas semiestruturadas individuais e grupais com a coordenação do NASF Alfa, com o grupo gestor (formado por representantes da equipe técnica) e com alguns profissionais da equipe técnica de diferentes categorias profissionais (anexos 10, 11 e 12);
- Reuniões com a coordenação dos NASF e com o grupo gestor do NASF Alfa;
- Observações abertas de algumas tarefas realizadas pela equipe ALFA: uma reunião da equipe NASF; duas reuniões de equipe ESF/NASF (trio), sendo uma de cada UBS (A, B) e um grupo de gestantes.
- Validação dos resultados com o NASF Alfa.

2ª Fase:

- Aplicação de questionários com a equipe do NASF Beta para levantamento de informações sobre o trabalho real, do perfil dos trabalhadores e validação dos resultados elencados a partir do estudo realizado com o NASF Alfa (anexo 13).

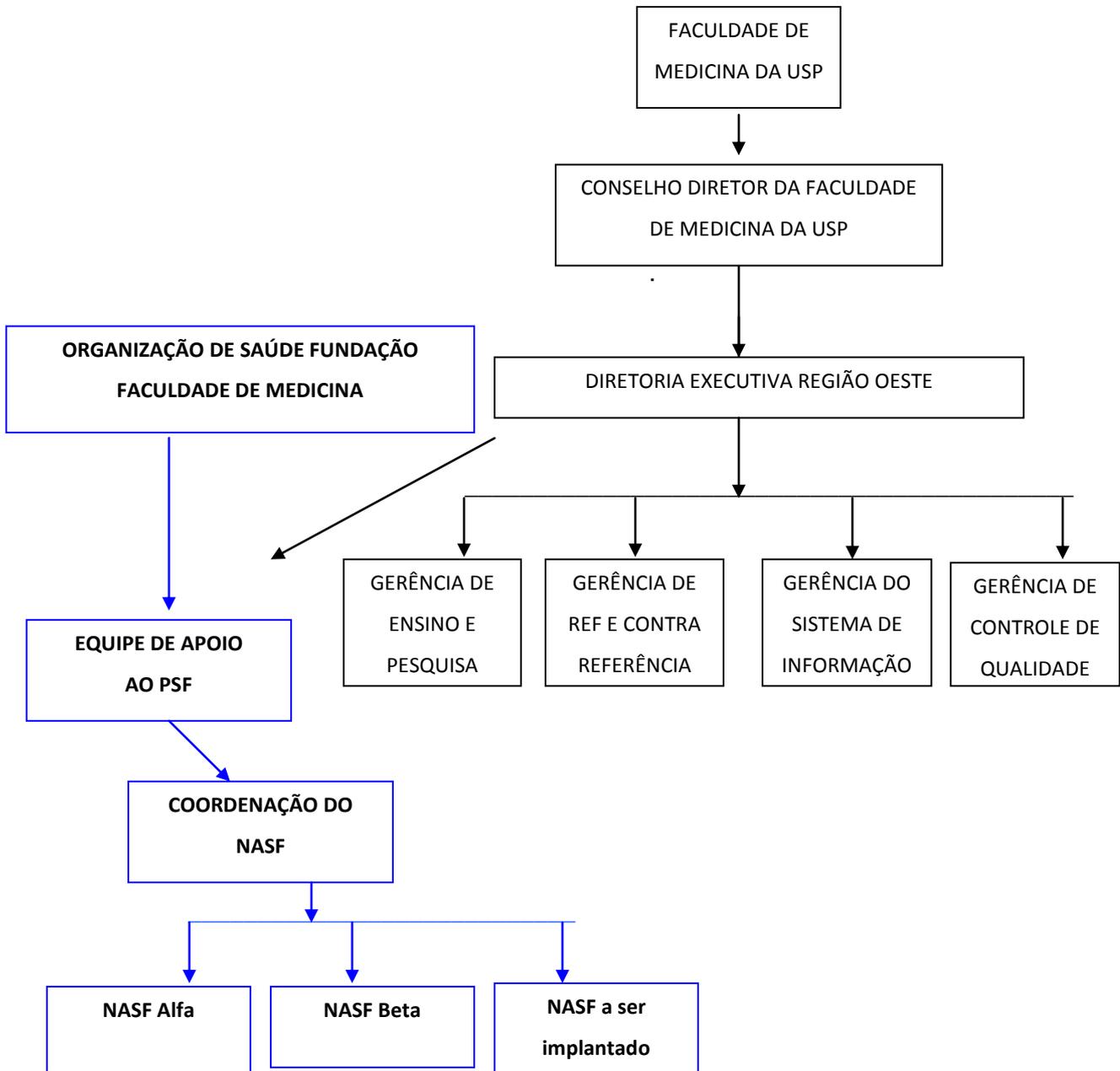
A.1. Características dos NASF Estudados;

- **Estrutura organizacional e gestão da produção**

O NASF Alfa foi criado em maio de 2010 e o Beta em outubro de 2010. São gerenciados pela Organização de Saúde (OS) Fundação Faculdade de Medicina (FFM) que está vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). A seguir, apresentamos o organograma adaptado dessa estrutura.

¹⁵ No estudo ergonômico realizado, os NASF pesquisados serão denominados de NASF Alfa e Beta. As Unidades Básicas de Saúde de referência do Nasf Alfa serão nomeadas de UBS A e B e as de referência do NASF Beta, UBS C e D.

ORGANOGRAMA



Obs.: Nesse organograma (adaptado pela equipe de ergonomia) não estão representadas todas as estruturas e hierarquias organizacionais. Em paralelo ao organograma do NASF apresentamos parte do organograma da FMUSP, já que a FFM está integrada a FMUSP.

A.2. NASF ALFA;

- **Características do NASF ALFA**

O NASF Alfa caracterizado como tipo 1, dá apoio a nove EqSF inseridas em duas UBS distintas: cinco equipes na UBS A e quatro na UBS B. Cada EqSF é identificada por um número e uma cor indicada pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS/PMSP). Na UBS A as equipes são denominadas: amarela, azul, laranja, vermelha e verde e, na UBS B, são azul, vermelha, verde e amarela.

Cada EqSF é composta por 10 profissionais: seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico. Há um total de 90 profissionais da EqSF² (somando-se os da UBS A e B) que devem ser apoiados pela equipe do NASF.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família na UBS A iniciou-se em 2003 e na UBS B há, aproximadamente, dois anos.

A UBS A é uma unidade mista, isto é, apenas parte da sua área de abrangência é coberta pela ESF e existe ainda na unidade profissionais de saúde que não estão inseridos na ESF e atendem a outra parcela da população. Já a UBS B é uma unidade que possui toda a sua área de abrangência coberta pelas ações das EqSF.

As duas UBS possuem profissionais com diferentes vínculos empregatícios. Há profissionais contratados pela Prefeitura do Município de São Paulo, pela Fundação Faculdade de Medicina e por empresas de terceirização de serviços (limpeza e segurança).

Os dois NASF pertencem ao sub-distrito do Butantã, segundo divisão proposta pela PMSP. A região possui ainda, 14 UBS com 19 equipes da ESF, cinco unidades de assistência médica ambulatorial (AMA), um ambulatório de especialidades, um centro de saúde escola, dois pronto socorros, um hospital de atenção secundária, um hospital universitário e o hospital das clínicas (atenção terciária).

Os NASF devem estar cadastrados em uma unidade de saúde; o NASF Alfa está cadastrado na UBS B, e por essa razão o auxiliar técnico administrativo (ATA) do NASF fica lotado nesse local. Ele realiza todas as tarefas relacionadas à

² Os 90 profissionais da ESF das duas UBS são: nove médicos, nove enfermeiros, 18 auxiliares de enfermagem e 54 agentes comunitários de saúde.

administração e controle do RH como dados de frequência, afastamentos, férias; recebe e insere os dados de produtividade da equipe NASF (fichas de atendimento individual, de grupo, entre outras) no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do Sistema Único de Saúde (SUS) e os envia também para coordenação do NASF.

A.2.1. Perfil da população de trabalhadores

- **Indicadores gerais e de recursos humanos**

A equipe do NASF Alfa é composta por 16 profissionais: 15 de nível superior de diferentes especialidades e um profissional de nível médio – o ATA. Os profissionais de nível superior pertencem a diferentes categorias profissionais: cinco médicos (geriatra, ginecologista, psiquiatra, pediatra, clínico geral), duas terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, duas psicólogas, uma fonoaudióloga, uma nutricionista e um educador físico.

Além dos profissionais previstos na portaria de criação do NASF, foram contratados para o NASF Alfa mais dois profissionais médicos (geriatra e clínico geral) e um número maior de psicólogos e fisioterapeutas.

A necessidade desses profissionais surgiu de discussões que ocorreram em uma oficina realizada em abril de 2009 cujo objetivo foi o de planejar a implantação do NASF na Região Oeste. Participaram dessa oficina profissionais de diversas instituições como da PMSP; professores de vários departamentos FMUSP, incluindo o departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, gerentes das unidades de saúde da região, entre outros.

Apesar da portaria do NASF prever a contratação de assistente social e farmacêutico, a OS Fundação Faculdade de Medicina e a coordenação do NASF optaram pela não contratação desses profissionais, pois eles já estavam inseridos nas respectivas UBS.

A seguir, serão apresentados dados referentes ao perfil dos trabalhadores que compõe a equipe do NASF Alfa.

Tabela 1: Perfil da População Trabalhadora do NASF Alfa

CARGO/FUNÇÃO	IDADE	GÊNERO	ESCOLARIDADE	JORNADA DE TRABALHO	PERÍODO DE TRABALHO*	DATA DE ADMISÃO	TEMPO NA FUNÇÃO
--------------	-------	--------	--------------	---------------------	----------------------	-----------------	-----------------

				SEMANAL			
PSIQUIATRA	8	M	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
PEDIATRA	4	M	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
GINECOLOGISTA	1	M	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
GERIATRA	7	F	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
CLÍNICO GERAL	1	F	Superior	20hs	Manhã	17/6/2010	17 meses
TERAPEUTA OCUPACIONAL	29	F	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
TERAPEUTA OCUPACIONAL	6	F	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
PSICÓLOGA	29	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	10/5/2010	18 meses
PSICÓLOGA	33	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	10/5/2010	18 meses
FISIOTERAPEUTA	37	F	Superior	20hss	Manhã	10/5/2010	18 meses
FISIOTERAPEUTA	33	F	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
FISIOTERAPEUTA	2	F	Superior	20hs	Manhã	10/5/2010	18 meses
FONOAUDIÓLOGA	27	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	10/05/2010	18 meses
NUTRICIONISTA	26	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	10/5/2010	18 meses
ED. FÍSICO	25	M	Superior	40hs	Manhã e tarde	10/5/2010	18 meses
AUX. TÉCNICO ADMINISTRATIVO	26	M	Médio	40hs	Manhã e tarde	10/5/2010	18 meses

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF Alfa (junho/2011)

*Cada trabalhador de 20 horas é contratado em um período de trabalho, porém esse varia de acordo com a organização das tarefas e da equipe.

Faixa Etária

Tabela 2: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
20- 30 anos	06	37%
31- 40 anos	07	44%
41- 50 anos	—	—
51 – 60 anos	03	19%
+ de 60 anos	—	—
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Gênero

Tabela 3: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por gênero

GÊNERO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Masculino	05	31%
Feminino	11	69%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Escolaridade

Tabela 4: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por grau de escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
ensino médio	01	1%
Superior	15	99%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Carga Horária:

Tabela 5: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por carga horária

CARGA HORÁRIA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
20 hs	10	62,5%
40 hs	06	37,5%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Período de Trabalho:

Tabela 6: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por período de trabalho

PERÍODO DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Manhã	10	62,5%
manhã/tarde	06	37,5%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Tempo no cargo/função:

Tabela 7: Distribuição dos trabalhadores do NASF Alfa por tempo no cargo/função

TEMPO NO CARGO/FUNÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
0 – 6 meses	—	—
6 - 12 meses	—	—
12- 18 meses	16	100%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2011)

Plano de Cargos e Carreira

Não há plano de cargos e carreira para os profissionais que compõe a equipe NASF.

A.2.2. Regras de administração e de recursos humanos

O ingresso para trabalhar no NASF se deu por processo seletivo, realizado pela OS FFM com a participação da coordenação do Núcleo. O mesmo ocorreu em 3 etapas: análise do curriculum vitae, prova escrita e entrevista. Cabe a coordenação do NASF realizar avaliações dos profissionais e demití-los, se necessário. Desde a implantação do NASF Alfa, em maio/2010, nenhum profissional da equipe foi demitido.

O trabalho do NASF Alfa é realizado de 2ª a 6ª feira, entre 8.00 e 17.00 h. (oficialmente), porém algumas atividades se iniciam às 7.00 h. O regime de contratação dos profissionais é o da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A jornada de trabalho é de 40 hs para alguns profissionais (psicólogo, nutricionista, educador físico, fonoaudióloga, auxiliar técnico administrativo) e de 20 hs para os demais. De acordo com o regime de contratação, os profissionais de 20 hs trabalham no período da manhã, porém foi acordado com a FFM que alguns profissionais alternassem os turnos devido às necessidades do trabalho como, por exemplo, trocar informações e experiências com outros profissionais da equipe NASF, ESF ou da UBS. Não são realizadas horas extras.

A.2.3 Indicadores de saúde

Desde a implantação do NASF Alfa, ocorreram três afastamentos do trabalho: um por licença maternidade; dois por doença comum (cirurgia). Até junho/2011, não tinha ocorrido nenhum afastamento por doença ou acidente de trabalho.

A.2.4. Indicadores de produção

Cada equipe da ESF é responsável por um determinado número de famílias cadastradas na região de abrangência da UBS e, os NASF, enquanto núcleos de apoio a essas equipes também são responsáveis, indiretamente, por dar apoio a essas famílias.

Na Tabela 8 apresentamos dados referentes ao número total de famílias e pessoas cadastradas por UBS (A e B) e por equipe da ESF referência do NASF Alfa. Os dados são enviados, mensalmente, pelas gerências das UBS para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tabela 8 – Número Total de Pessoas e Famílias Cadastradas nas UBS A e B e por Equipe da ESF; Faixa Etária com Maior e Menor Número de Pessoas Cadastradas.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		Número de pessoas cadastradas	Número de famílias cadastradas	Faixa etária com maior número de pessoas cadastradas (de 20 a 39 anos)	Faixa etária com menor número de pessoas cadastradas (menos de 1 ano)
UBS A					
EqSF	Amarela	3284	905	1131	18
	Azul	2595	751	925	06
	Laranja	3067	891	1049	18
	Vermelha	2749	784	960	06
	Verde	2766	789	1006	14
	TOTAL	14461	4120	5071	62
UBS B					
EqSF	Azul	2968	849	1069	40
	Vermelha	3003	860	1091	09
	Verde	2832	858	988	45
	Amarela	2810	835	913	37
	TOTAL	11613	3402	4061	131

Fonte: Dados fornecidos pelas UBS A e B (junho/2011)

A tabela 8 nos mostra que a UBS A possui um total de 4.120 famílias cadastradas e que cada equipe da ESF é responsável, em média, por 800 famílias. O número total de pessoas cadastradas é de 14.461, sendo que desse total, a

maior parte dessas pessoas pertence à faixa etária entre 20 e 39 anos (5071), o que representa aproximadamente 30% do total.

Na UBS B estão cadastradas 3.402 famílias e cada EqSF é responsável por aproximadamente 850 famílias. O número total de pessoas cadastradas é 11.613. A faixa etária entre 20 e 39 anos é a que possui o maior número de pessoas cadastradas (4061) e, também, equivale a aproximadamente 30% do total.

Os números apresentados revelam uma semelhança entre as duas unidades. Vale enfatizar que a equipe do NASF Alfa ao dar apoio às equipes da ESF é responsável (indiretamente) pela somatória de famílias cadastradas nas duas unidades, o que totaliza 7.522 famílias e 26.074 pessoas.

No que se refere aos dados de produtividade verificamos ao analisar os documentos norteadores que estes enfatizam a qualidade das ações em detrimento da quantidade, devido à especificidade do trabalho (métodos e ferramentas específicos) e a realidade de cada local. A portaria e o caderno de diretrizes do NASF não especificam metas quantitativas de produção a serem alcançadas pelas equipes.

Segundo o *Caderno de Diretrizes do NASF* (Brasil, 2009b) as metas a serem estipuladas dependem da capacidade de cada profissional de articular e trabalhar em conjunto com as equipes da ESF. Como as equipes do NASF Alfa têm dois focos de responsabilidade – com a população e com a equipe - suas metas de trabalho deverão conter indicadores de resultado para a população, mas também indicadores de resultados da sua ação junto às equipes da ESF. Tais indicadores devem ser constantemente acompanhados e, se necessário, reprogramados no decorrer do desenvolvimento do trabalho do NASF, já que estes são variáveis.

Nesse caderno também estão elencadas algumas categorias temáticas como sugestão de indicadores e metas de responsabilidade dos profissionais do NASF, citadas a seguir:

- critérios para a definição de resultados e impacto: referência na população geral; foco na qualidade da atenção da equipe de referência – equipe de Saúde da Família (EqSF) - incorporação de conhecimentos e diminuição de pedidos de consultas “desnecessárias” aos profissionais do NASF, capacidade de reconhecer e utilizar critérios de risco e prioridade adequados aos encaminhamentos;

- definição de metas de atendimento de cada profissional do NASF: número

máximo de usuários de tratamento prolongado e definição de indicadores de resultado para esses grupos específicos (adesão, internação, capacidade de compartilhamento do cuidado por parte das EqSF);

- definição dos números de usuários de tratamento temporário ou para exclusão de hipótese diagnóstica (essa categoria não pode ser acompanhada por longo prazo e o apoiador deve se empenhar na redução dela junto as EqSF, mediante apoio pedagógico);

- estimativas e revisões de indicadores e metas devem ser constantemente revistas em conjunto com os profissionais.

No que se refere às agendas de trabalho dos profissionais essas devem contemplar:

- atividades pedagógicas (participação em reuniões de EqSF; discussões e construção de projetos terapêuticos partilhados e temas teóricos; atendimento compartilhado e visitas domiciliares (quando necessário);

- atividades assistenciais diretas com a população (quando necessário);

- ações no território junto as EqSF;

- acessos diretos não programados ou contatos telefônicos, via internet com a EqSF;

- revisões das agendas e das atividades, em conjunto com os demais profissionais, devido à variabilidade das demandas.

Dessa forma, verificamos que não são especificados metas a serem atingidas e que a equipe NASF deve ajustar seu tempo de trabalho, prioritariamente, com as EqSF.

Já o *Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores do NASF da SMS/PMSP (2009)* apresenta parâmetros para o trabalho das equipes distribuídos em quatro eixos principais de ações: (1) ações compartilhadas, (2) atendimento específico, (3) ações intersetoriais, (4) outras atividades. Cada um desses eixos é dividido em sub eixos que serão especificados, posteriormente.

Nesse *Caderno* também foram criados três quadros de metas de ações em áreas estratégias de atuação do NASF, por categoria profissional, segundo as atividades desenvolvidas (proporção mensal de horas/atividade). Esses quadros apresentam percentuais da carga horária do profissional que devem ser utilizados

em cada um dos eixos. Esses percentuais podem ser flexibilizados segundo a necessidade de cada local.

A análise dos quadros propostos pela SMS/PMSP mostra que a maior parte da jornada de trabalho dos profissionais deve ser utilizada em ações compartilhadas e atendimento específico – eixos 1 e 2, respectivamente (anexo 4). A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo criou um aplicativo em excel, denominado SIGMA, que contempla as atividades realizadas pelos núcleos e possibilita a emissão de vários tipos de relatórios. O SIGMA foi criado porque muitos procedimentos realizados pelo NASF não são contemplados pelo sistema utilizado por todas as unidades de saúde do Brasil, o SIA-SUS.

No SIGMA são compatibilizados, mensalmente: dados do boletim de produção ambulatorial (BPA)³ por profissional (produção individual); a produção mensal por profissional e da equipe NASF por tarefas/horas/mês; um condensado dessas tarefas divididas nos 4 grupos de procedimentos (eixos de ação) com a porcentagem de horas utilizadas para cada procedimento (por profissional e pela equipe por mês); uma tabela com 13 tarefas descritas e a distribuição de horas utilizadas por profissional e pela equipe em cada uma das tarefas. Há ainda no SIGMA dados de RH, entre outras informações. No anexo 5 encontram-se algumas modelos de planilhas que compõe o SIGMA.

A coordenação do NASF participou de reuniões para discussão e construção do aplicativo SIGMA criadas pela SMS/PMSP, que foi elaborado a partir das características específicas do trabalho deles.

Apresentamos uma análise de alguns dados de produção do NASF Alfa a partir de informações disponibilizadas no SIGMA. Nesse aplicativo as principais ações dos núcleos estão divididas em quatro grupos ou eixos de ações e estes estão divididos em subgrupos, especificados a seguir.

Grupo 1 – Ações Compartilhadas:

1.1 Capacitação em serviços para a EqSF;

1.2 Consultas compartilhadas;

³ O BPA é um sistema de controle dos procedimentos realizados pelas unidades de saúde, criado pelo Ministério da Saúde e deve ser preenchido mensalmente pelas unidades. É através do preenchimento desse boletim que a unidade de saúde presta contas ao governo do repasse de verba que lhe foi dada. Os tipos de atendimentos que são informados seguem uma tabela de procedimentos do SIA/SUS.

- 1.3 Visitas institucionais compartilhadas;
- 1.4 Grupos/oficinas compartilhadas/atividades educativas.

Grupo 2 - Atendimento Específico:

- 2.1 consultas especializadas;
- 2.2 visita institucional específica;
- 2.3 grupos/oficinas específicos.

Grupo 3 – Ações Intersetoriais:

- 3.1 visita/reuniões com recursos da comunidade;
- 3.2 visita/reunião com recursos institucionais;
- 3.3 reunião com conselho gestor.

Grupo 4 – Outras Atividades

- 4.1 reunião Geral;
- 4.2 reunião NASF;
- 4.3 trabalho administrativo e planejamento;
- 4.4. educação continuada (capacitação, curso, atualização, etc.).

A análise dos dados desses quatro grupos de procedimentos no período de junho de 2010 a junho de 2011 demonstra que:

- o maior percentual de tarefas realizadas pela equipe NASF (período de julho a agosto/2010) encontra-se no grupo 4 – outras atividades e, em 2º lugar no grupo 1 – atividades compartilhadas. Esse período corresponde ao início do trabalho de implantação do NASF na região. Vale ressaltar que, no grupo 4 estão incluídas não apenas a participação em reuniões, como também, trabalhos administrativos e de planejamento das ações do NASF.

- nos meses posteriores, de outubro de 2010 a junho de 2011, houve uma inversão desses dados, isto é, a equipe utilizou a maior parte do tempo nas atividades relacionadas no grupo 1 – ações compartilhadas, o que inclui consultas, visitas institucionais, grupos/atividades educativas/oficinas e reunião com as equipes da EqSF e em 2º lugar as ações incluídas no grupo 4.

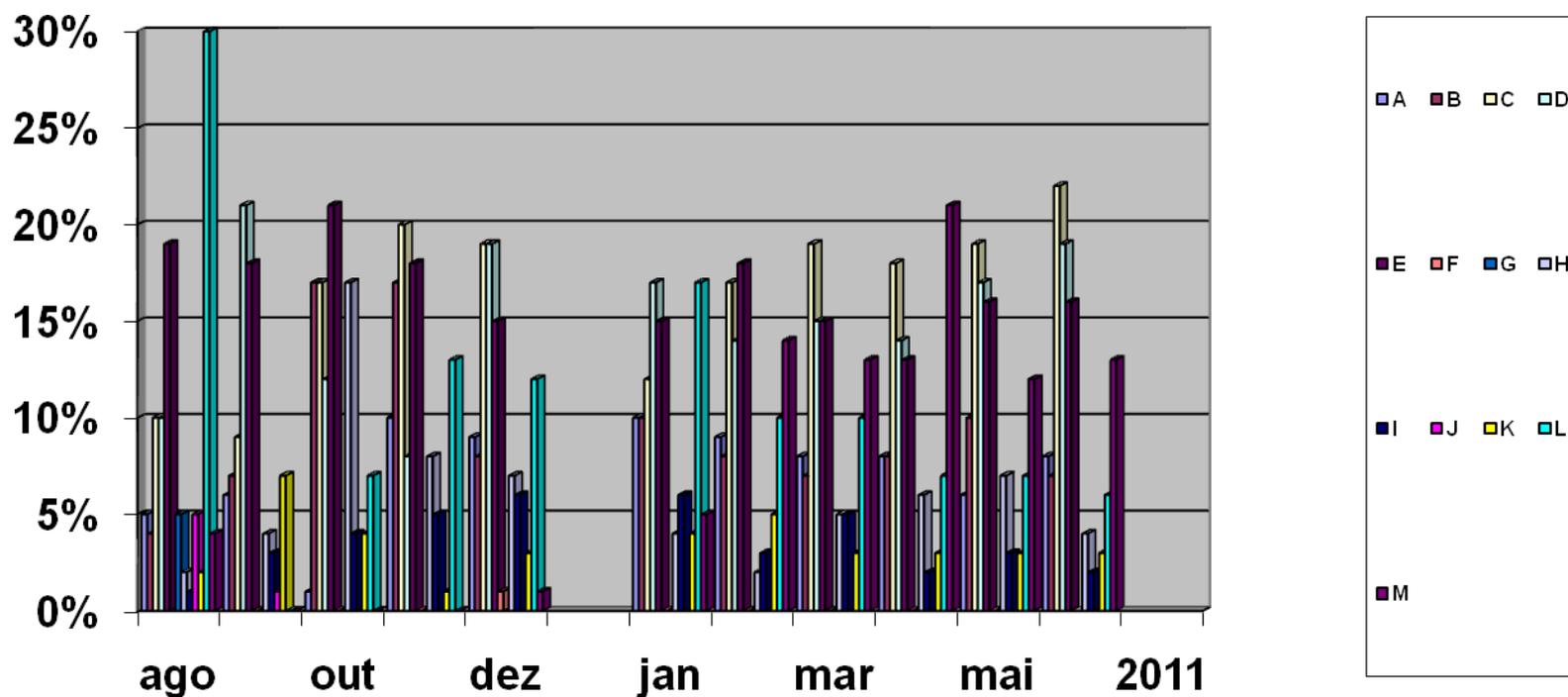
Esses dados indicam que o NASF Alfa, após o período de implantação, tem

realizado, prioritariamente, ações compartilhadas com as equipes da ESF com foco na realização de grupos, oficinas e atividades educativas.

Além do preenchimento do SIGMA, a coordenação do NASF Alfa envia mensalmente a FFM uma tabela com o número de consultas realizadas e o número de horas em atendimento de grupo por categoria profissional; uma tabela com o número de horas utilizadas por profissional e pela equipe distribuídas entre as 13 tarefas descritas no SIGMA; também apresenta esses dados em gráficos; além de um relatório descritivo qualitativo das atividades realizadas.

Apresentamos a seguir, no gráfico 1, a distribuição das horas de trabalho/mês da equipe do NASF Alfa divididas entre as 13 tarefas elencadas, no período de agosto de 2010 a junho de 2011 (11 meses). O gráfico foi elaborado a partir dos relatórios mensais do NASF Alfa apresentados pela coordenação.

Gráfico 1 – Distribuição Mensal de Horas Trabalhadas por Tarefa pela equipe do NASF Alfa no período de agosto de 2010 a junho de 2011



Fonte: Elaborado pela equipe de ergonomia a partir de dados fornecidos pela coordenação do NASF (julho/2011)

As horas de trabalho estão divididas entre 13 tarefas relacionadas a seguir: A - Consulta, B - Consulta domiciliar, C- Grupo/ Atividade Educativa/Oficina, D – Reunião NASF, E- Reunião com ESF, F- Reunião Geral, G- Reunião Conselho Gestor, H- Educação Continuada, I – Capacitação em Serviço para ESF, J - Visita Institucional, K- Visita/Reunião Recursos da Comunidade, L- Trabalho Administrativo/Planejamento, M - Outros.

Podemos constatar após analisar os dados do gráfico 1 que no início da implantação do NASF Alfa a equipe utilizou boa parte da sua jornada de trabalho em atividades administrativas e de planejamento, seguida das reuniões com as equipes da ESF e, grupos, atividades educativas e oficinas em 3º lugar (agosto/2010). Posteriormente, foram aumentando o número de horas de trabalho utilizadas para a realização de grupos/atividades educativas /oficinas, reuniões da equipe NASF Alfa e consulta domiciliar (CD), o que pode ser verificado no mês de junho de 2011.

Notamos que não estão identificadas as tarefas compartilhadas, sendo que muitas delas podem ser, por exemplo, as consultas, as consultas domiciliares, os grupos e oficinas.

Ao compararmos os dados apresentados no gráfico 1 e os dados que se referem aos 4 grupos de ações do NASF verificamos que estes apresentam informações semelhantes.

A coordenação do NASF Alfa esclareceu que a sua produção não pode ser a mesma exigida aos ambulatorios de especialidades e as EqSF devido à especificidade do trabalho de cada um desses serviços.

Os profissionais do NASF Alfa em parceria com a coordenação têm pensado e discutido como apresentar os dados de sua produção quer seja, para mostrar o trabalho real, bem como para avaliar o impacto de suas ações, de sua prática, e, desta forma evidenciar indicadores que sejam mais fidedignos ao trabalho realizado.

Foram estipulados alguns parâmetros como metas de produção do NASF estudado, tais como: os profissionais de 20 hs/semanais devem ser referência para duas EqSF e os de 40 hs/semanais devem dar cobertura para três ou quatro EqSF; todos os profissionais devem utilizar a maior parte da sua jornada de trabalho em ações compartilhadas e atendimentos específicos.

A coordenação do NASF Alfa faz também, uma avaliação individual de cada profissional, cujo objetivo é o de dar um *feedback* tanto de como está sendo o trabalho de cada um individualmente quanto da equipe. Além disso, a coordenadora solicita que cada profissional faça uma avaliação do trabalho que ela realiza. Não há uma periodicidade estabelecida para a realização dessas avaliações.

Mesmo com a criação de instrumentos comuns para padronização dos dados de produtividade dos NASF estudados não há uma homogeneidade com os demais núcleos existentes no município de São Paulo com relação à utilização dos mesmos para nortear o desenvolvimento das atividades práticas.

- **Instrumentos de trabalho utilizados para apontar a produção**

Cada profissional do NASF Alfa deve preencher diariamente uma ficha das atividades e procedimentos realizados; o modelo foi criado pela SMS/PMSP (Anexo 6). Os profissionais que realizam grupos devem, também, preencher uma ficha de registro específica, conforme modelo (anexo 7). Nos grupos de caminhada são utilizados três tipos de fichas: anamnese, avaliação física, questionário de prontidão para atividade física - PAR-Q (anexo 8).

A.2.5. Análise do trabalho

Para a Corrente Francesa da Ergonomia o trabalho prescrito é invariavelmente diferente do real. O trabalho prescrito refere-se ao que é solicitado ao trabalhador e engloba os objetivos a serem atingidos, os procedimentos, os meios técnicos a serem utilizados, a divisão das tarefas, as condições temporais, sociais e ambientais de trabalho; é o que a instituição e/ou empresa solicita que o trabalhador realize. Já o trabalho real, a atividade, envolve as ações, as decisões, as estratégias operatórias utilizadas pelos trabalhadores para atingir ou redefinir os objetivos e metas, de acordo com as condições reais. É como os trabalhadores utilizam seu corpo, sua inteligência e sua experiência para realizar o que lhe é solicitado (Guerin et. al, 2011; Abrahão et. al, 2009).

Neste estudo, optou-se por realizar a análise do trabalho a partir das tarefas prescritas e das reais, da organização e das condições do trabalho; não foi realizada a análise da atividade.

- **As tarefas prescritas**

No Anexo 1 da Portaria nº 154 (Brasil, 2008) e no Caderno das Diretrizes do NASF (Brasil, 2009b) estão elencadas as ações a serem desenvolvidas pelas equipes dos núcleos destacadas a seguir:

- **Atribuições Comuns aos Diversos Membros da Equipe NASF**

1- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;

2- Identificar, em conjunto com as equipe de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;

3- Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas equipes de SF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;

4- Acolher os usuários e humanizar a atenção;

5- Desenvolver coletivamente, com vistas a intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

6- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;

7- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;

8- Avaliar, em conjunto com as equipe de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

9- Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF;

10 -Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas equipes de SF e dos NASF, do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

11 - Realizar e promover ações específicas das nove áreas temáticas¹⁶. Para cada área temática foram descritas ações a serem desenvolvidas pelas equipes dos NASF, como segue.

11.a, *Área Temática: Atividade Física/Práticas Corporais – Ações:*

¹⁶ A descrição das ações das nove áreas temáticas foi retirada do anexo 1 da Portaria 154.

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;
- veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais
- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;
- articular ações, de forma integrada as ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;
- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;
- capacitar os profissionais, inclusive os ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;
- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;
- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território escolas, creches, etc.;
- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando o melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais;
- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

11.b, *Área Temática: Práticas Integrativas e Complementares/ Acupuntura e Homeopatia – Ações:*

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;

- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares;

- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;

- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc.;

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

11.c Área Temática: Reabilitação – Ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeiram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;

- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;

- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;

- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento

das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;

- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;

- acolher os usuários que requeiram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;

- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;

- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;

- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;

- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;

- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;

- desenvolver projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;

- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;

- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;

- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;

- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde;

- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

11.d – Área Temática: Alimentação e Nutrição – Ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;
- promover a articulação intersetorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;
- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição;
- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

11.e- Área Temática: Saúde Mental – Ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc.;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

11.f. Área Temática: Serviço Social – Ações:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;

- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;

- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;

- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;

- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;

- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;

- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;

- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;

- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;

- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;

- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das

famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda;

- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenioterapia.

11.g – Área Temática: Saúde da Criança e Adolescente – Ações:

- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro, etc.);

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;

- realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

11.h - Área Temática: Saúde da Mulher – Ações:

- realizar junto com as ESF, o planejamento das ações de saúde da mulher;
- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da mulher, além de

situações específicas como a de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões específicas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc.;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da mulher se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração;

- realizar visita domiciliar em conjunto com as equipes de Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

11.i – Área Temática: Assistência Farmacêutica – Ações:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;

- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;

- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;

- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;

- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;

- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na

Atenção Básica/ Saúde da Família;

- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;

- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;

- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;

- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;

- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica;

- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica.

O *Caderno de Diretrizes do NASF do Ministério da Saúde* (Brasil, 2009b) aponta como ações prioritárias do núcleo: o atendimento compartilhado; as intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias a partir de discussões e negociações do caso, a priori, com as EqSF e; as ações comuns no território de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF.

Nos documentos norteadores não há prescrição do trabalho para cada categoria profissional do núcleo no que se refere ao atendimento especializado. Dessa forma, a coordenação dos NASF estudado pretende escrever, junto com a equipe, as tarefas de responsabilidade de cada um baseadas no trabalho real, bem como criar protocolos de atendimento.

- **As tarefas realizadas**

Os trabalhadores para executarem o seu trabalho podem proceder de maneiras diferentes, dependendo do tempo de que dispõem, dos instrumentos que utilizam, das condições de trabalho, das experiências profissionais anteriores, da remuneração recebida, entre outros fatores (Guerin et al., 2001)

A seguir, elencamos as principais tarefas realizadas pelo NASF Alfa colhidas ao longo da pesquisa.

1 – Dar Apoio Matricial (eixos técnico pedagógico e assistencial) às equipes da ESF.

- Realizar ações técnico assistenciais em parceria com as EqSF.
- Realizar ações técnico pedagógicas de educação permanente e de discussão de aspectos teóricos relacionados à ações práticas que demandem um determinado tema a ser discutido; não diretamente direcionado à assistência.

As ações descritas acima podem acontecer concomitantemente.

2- Participar das reuniões de equipe NASF (semanalmente).

3- Participar das reuniões EqSF/NASF, incluindo colaborar na dinâmica das reuniões em relação ao tempo e organização.

4- Planejar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) – elaborar um plano de ação dos casos a serem assistidos em conjunto com as EqSF. Fazer as articulações intersetoriais e interinstitucionais necessárias.

5- Avaliar casos individualmente e/ou de forma compartilhada com outros profissionais (NASF, ESF, UBS).

6- Realizar atendimentos individuais e/ou grupais de forma compartilhada com as EqSF (usuário, família, entre outros).

7- Realizar atendimento especializado individual e/ou grupal.

8- Realizar visita domiciliar (VD)¹⁷ e/ou consulta domiciliar (CD) compartilhada ou não.

9- Participar dos grupos já existentes (terapêuticos, educativos, de prevenção, entre outros) em parceria com as EqSF.

¹⁷ A Visita Domiciliar (VD) e a Consulta Domiciliar (CD) são tarefas que, na prática, a fronteira que as separa e diferencia é de difícil precisão.

- 10- Planejar e organizar novos grupos e coordená-los em parceria com as EqSF, a partir das demandas existentes.
- 11- Sensibilizar e encaminhar usuários para o(s) grupo(s).
- 12- Fazer a intermediação nos encaminhamentos de casos para a rede de referência, seja via telefone, visita à unidade, etc.
- 13- Acompanhar casos pertinentes que estão sendo atendidos por outros equipamentos e, que fazem parte das redes de atenção à saúde (RAS) do território.
- 14- Estabelecer articulação com a rede de serviços, equipamentos e recursos da comunidade, quer sejam da área da saúde, educação, esportes, lazer, entre outros.
- 15- Participar das Comissões, bem como criar outras comissões a partir da demanda existente.
- 16- Realizar oficinas sazonais.
- 17- Identificar, em conjunto com as EqSF e a comunidade, as atividades e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas de abrangência e o público prioritário a cada uma das ações.
- 18- Realizar e promover ações específicas das nove áreas temáticas descritas na portaria do NASF.
- 19- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de material didático e informativo como cartazes, jornais, faixas, folders e outros veículos de informação.
- 20- Participar das reuniões com os médicos do NASF e os médicos e enfermeiros das EqSF da UBS B (semanalmente).
- 21- Participar das reuniões técnicas das UBS, semanalmente. Dessa reunião participam médicos, enfermeiros, um auxiliar de enfermagem e um ACS de cada EqSF e representantes da equipe NASF.
- 22- Participar das reuniões gerais das UBS (mensalmente), por meio dos representantes da equipe NASF.
- 23- Participar das reuniões do conselho gestor das UBS, mensalmente, por meio de representantes da equipe NASF.
- 24- Participar das reuniões intersetoriais e interinstitucionais por meio de representantes da equipe NASF.

25- Participar dos Fóruns regionais de diferentes temáticas por meio de representantes do NASF (fórum de Saúde Mental, da Rede Paz, entre outros).

26- Participar do Programa de Atenção e Educação aos Funcionários (PAEF)¹⁸.

27- Participar do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde e para a Saúde Mental, vinculados a FMUSP. Alunos dos cursos de terapia ocupacional, da enfermagem, psicologia, entre outros, participam de atividades realizadas nas unidades de saúde. Há representantes do NASF participando do programa como tutores.

28- Participar e acompanhar atividades didáticas (ensino e pesquisa) realizadas nas UBS.

29- Participar de atividades de capacitação para os profissionais do NASF.

30- Participar de congressos, seminários, entre outras atividades.

A.2.6. Características da organização do trabalho

Para a Ergonomia, a organização do trabalho é definida como sendo o que os trabalhadores fazem, porque fazem, em que tempo fazem e se podem fazer melhor. O estudo das características e da forma como o trabalho está organizado possibilita desvendar aspectos do trabalho muitas vezes desconhecidos até para os próprios trabalhadores (Montimollin, 1984; Guerin et. al, 2001).

- **As ferramentas tecnológicas**

As tarefas realizadas pelo NASF estão organizadas a partir das principais ferramentas de tecnológicas de apoio à gestão e a assistência apontadas nas diretrizes do NASF.

As ferramentas de apoio à assistência são o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST). Sendo priorizados o atendimento compartilhado (co-responsabilidade), o foco no atendimento grupal, as ações interdisciplinares e transdisciplinares.

¹⁸ O espaço foi criado pelo NASF, iniciou-se com os ACS e, posteriormente, com os ATA. A demanda surgiu dos profissionais da unidade; estes apresentavam várias queixas, necessitavam de atenção e de um espaço para trocas. Também, faz parte do programa trabalhar a comunicação intraequipes da ESF, já que a dificuldade de comunicação nas equipes existe e, por vezes, é um obstáculo para o trabalho.

Já a pactuação do apoio é a principal ferramenta utilizada para o apoio a gestão. É realizada avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, as EqSF e o Conselho de Saúde.

- **Os trios de referência**

A equipe do NASF Alfa dividi-se em trios de referência para dar suporte as EqSF. Em cada trio de referência há sempre um profissional da área de saúde mental (psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional) e um profissional da área reabilitação física, como por exemplo, o fisioterapeuta.

O profissional do NASF Alfa pode estar em um trio de referência como responsável pela EqSF ou pode ser apenas referência, caso uma determinada EqSF necessite desse profissional. Alguns profissionais são referência para todas as EqSF, isto ocorre porque só há um profissional daquela especialidade, como por exemplo, os médicos, a fonoaudióloga, o educador físico e a nutricionista.

A composição dos trios de referência e as referidas equipes de saúde da família estão explicitadas no quadro a seguir.

Quadro 1: Composição dos Trios de Referência do NASF e as Equipes da Estratégia de Saúde da Família de referência por UBS

UBS A - EqSF	Profissionais NASF	UBS B - EqSF	Profissionais NASF
Equipe Verde	Clinica Geral	Equipe Verde	Educador Físico
	Psicóloga		Psicóloga
	Nutricionista		Pediatra
			Fisioterapeuta
Equipe Vermelha	Psicóloga	Equipe Vermelha	Psiquiatra
	Fisioterapeuta		Ter Ocupacional
	Nutricionista		Nutricionista
			Clinica Geral
Equipe Amarela	Fonoaudióloga	Equipe Amarela	Ginecologista
	Ter. Ocupacional		Fisioterapeuta
	Geriatra		Ter. Ocupacional
Equipe Azul	Geriatra	Equipe Azul	Clinica Geral

	Ter. Ocupacional		Fisioterapeuta
	Fisioterapeuta		Psicóloga
			Educador Físico
Equipe Laranja	Psiquiatra		
	Fisioterapeuta		
	Fonoaudióloga		

Fonte: Dados fornecidos pelo RH (junho/2011)

- **As comissões**

Uma das tarefas realizada pela equipe NASF Alfa a ser destacada é a participação em comissões. O objetivo principal das comissões é o de pensar e desenvolver ações relacionadas a uma temática específica como, por exemplo, saúde da mulher. A partir de uma comissão pode surgir propostas de criação de grupos como, por exemplo, grupo de gestantes.

A criação das comissões foi uma estratégia de organização do trabalho visando otimizar o tempo e a comunicação entre as pessoas. São discutidas, detalhadamente, as ações a serem realizadas com um maior número de pessoas pensando sobre um tema específico.

Nas comissões participam profissionais das diversas equipes das unidades (NASF, ESF, UBS), porém nem sempre há representantes de todas as equipes. Um pré-requisito para participar das comissões é o interesse e disponibilidade do profissional.

A maioria dos profissionais da equipe NASF Alfa participa das diversas comissões existentes, entretanto, um profissional do NASF pode estar em mais de uma comissão, não participar de nenhuma, ou vários deles estarem em uma mesma comissão.

Os profissionais que participam das comissões podem não participar dos grupos ou demais propostas que surgem a partir das comissões. Podem ainda colaborar discutindo e elaborando estratégias para o funcionamento das ações planejadas.

Em junho de 2011 existiam 12 comissões: Criança; Adolescente; Mulheres; Gestantes; Planejamento Familiar; Dependência Química; Educação; Medicinas Tradicionais, Homeopatia e Práticas Integrativas em Saúde (MTHPIS); Cuidadores; Caminhada; Reeducação Alimentar; Avaliação de Grupos.

- **Os grupos**

A equipe do NASF Alfa participava e realizava vários grupos; apresentaremos a relação destes por UBS de referência. A divulgação dos grupos para os usuários é realizada pelos ACS, nas consultas médicas e de enfermagem, nos atendimentos realizados pelos profissionais do NASF, por cartazes, entre outros meios.

- **Grupos da UBS A**

A equipe NASF, dividida em trios de referência, e as EqSF da UBS A, até junho de 2011, realizaram 13 grupos temáticos, totalizando 20 grupos/semanais, distribuídos nos dois períodos.

Quadro 2 - Relação dos Grupos Temáticos realizados pelo NASF/ESF na UBS A

Grupos	Quantidade	Frequência
Idosos	1	Semanal
Adolescentes	1	Semanal
Gestantes	1	Semanal
Reeducação Alimentar	2	Semanal
Diabéticos com diagnóstico recente	1	Semanal
Remédio em Casa ¹⁹	1	Semanal
Grupo no Limite ²⁰	1	Semanal
Caminhada ²¹	2	2 ou 3 vezes na semana
Hiperdia ²²	1	Semanal
Brincadeira de Rua	1	Semanal
Chi Kun e Roda de Conversa	2	Semanal
Tai Chi Chuan	1	Semanal
Artesanato	2	Semanal

- **Grupos da UBS B**

¹⁹ No grupo remédio em casa estão incluídos, os pacientes hipertensos, diabéticos e com alterações nos índices de colesterol.

²⁰ A população alvo desse grupo é de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados.

²¹ No grupo que é realizado três vezes por semana participam aproximadamente 20 usuários e, no grupo que é realizado duas vezes por semana participam aproximadamente 35 usuários (junho/2011).

²² Participam do grupo hiperdia pacientes hipertensos e diabéticos.

Em junho de 2011 existiam 13 grupos temáticos coordenados por profissionais do NASF e da EqSF e foram realizados 18 grupos/semanais. Os grupos e sua periodicidade estão elencados a seguir.

Quadro 3 - Relação dos Grupos Temáticos realizados pelo NASF/ESF na UBS B

Grupos	Quantidade	Frequência
PAEF ²³	1	Semanal
Portadores de Diabetes Insulino Dependentes	1	Duas vezes por semana
Reeducação Alimentar	1	Semanal
Planejamento Familiar	1	Semanal
Gestante	1	Semanal
Puericultura	1	Semanal
Fonoterapia	2	Semanal
Cuidadores	1	Semanal
Caminhada ²⁴	1	3 vezes por semana
Chi Kun e Roda de Conversa	1	Semanal
Brincadeira de Rua	2	Semanal
Bem Viver	1	Semanal
Artesanato	1	Semanal

Os grupos são realizados em diferentes locais, tais como nas UBS, nas ruas, praças, quadra esportiva, igreja, associação de moradores. E ocorrem, principalmente, no período da tarde devido à melhor adesão dos participantes neste período. Assim, os profissionais do NASF Alfa que trabalham, somente no período da manhã participam de um número menor de grupos. Existe ainda a possibilidade de criação de novos grupos, como a oficina de teatro na UBS B e uma oficina lúdica.

Apesar da proposta de que os grupos sejam compartilhados entre as EqSF e o NASF, isso nem sempre acontece, e há grupos que são coordenados apenas pela equipe NASF Alfa. Isto ocorre, ao novo ver, por causa da grande demanda de

²³ PAEF é o programa de atenção e educação aos funcionários, já descrito anteriormente.

²⁴ Participam do grupo de caminhada, aproximadamente, 55 pessoas (junho/2011).

atendimento clínicos para as EqSF, mas também, devido ao modelo de gestão proposto pelo NASF, que é diferente do modelo e da prática da ESF; com o planejamento e gestão das ações realizadas nas UBS; com as metas de produtividade estabelecidas para as EqSF; diferença entre os modelos de atuação propostos para as EqSF e do NASF, entre outros fatores. Os grupos realizados em cada unidade, encontram-se no anexo 9.

- **As reuniões**

Entre as tarefas realizadas pelo NASF Alfa verifica-se a equipe participa de várias reuniões e que esse tipo de tarefa ocupa parte considerável da jornada de trabalho de vários profissionais da equipe. As principais reuniões são especificadas a seguir:

1- Reunião Semanal das EqSF e Trios de Referência do NASF Alfa (trios/quartetos), realizadas semanalmente com duração de 2 hs. A dinâmica das reuniões varia a depender da EqSF, da integração com a equipe NASF Alfa (trios de referência), entre outros fatores.

2- Reunião da Equipe NASF Alfa – são semanais, com duração de 4 hs. Nas duas primeiras horas da reunião são discutidos casos. No intervalo os profissionais aproveitam para ajustar agendas, marcar devolutivas a serem levadas nas reuniões com as EqSF. Nas duas últimas horas, eles discutem as pautas agendadas; os processos de trabalho; dão devolutivas de reuniões, das comissões; dão informes; entre outros assuntos.

3- Reuniões Gerais das UBS - ocorrem uma vez por mês com duração de aproximadamente, 1h e 30'. Participam em média 40 funcionários das diversas categorias profissionais da unidade. Há representantes do NASF Alfa em cada uma das reuniões das UBS. Na reunião são discutidas, principalmente, questões administrativas.

4- Reuniões Técnicas da UBS - semanais, participam médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e um ACS de cada EqSF e representantes da equipe NASF Alfa.

5- Reunião dos Médicos do NASF Alfa com os Médicos e Enfermeiras da EqSF- semanal, com uma hora de duração. Realizadas por UBS. A principal temática é voltada para a discussão de casos no que diz respeito à medicação e

conduta médica. Essas reuniões foram criadas com o objetivo de otimizar as reuniões do NASF (trios de referência) /EqSF.

6- Reuniões Intersetoriais/ Interinstitucionais (articulação com a rede) – estas reuniões costumam ser realizadas fora das UBS; a periodicidade varia a depender do equipamento de referência. A equipe do NASF Alfa tem representantes para cada uma delas.

- **A articulação com a rede**

A equipe do NASF Alfa também articula os recursos e equipamentos da comunidade, não apenas os da área da saúde, mas também da educação, esporte, lazer, entre outros. Para isso, se dividem, participam de reuniões com esses equipamentos; fazem contatos telefônicos; discutem, encaminham e acompanham casos, entre outras tarefas.

No quadro 4, a seguir, apresentamos a relação de recursos e equipamentos da comunidade e os profissionais do NASF Alfa que são referência para os mesmo.

Quadro 4 – Relação dos Recursos e Equipamentos da Comunidade Profissionais de Referência do NASF Alfa

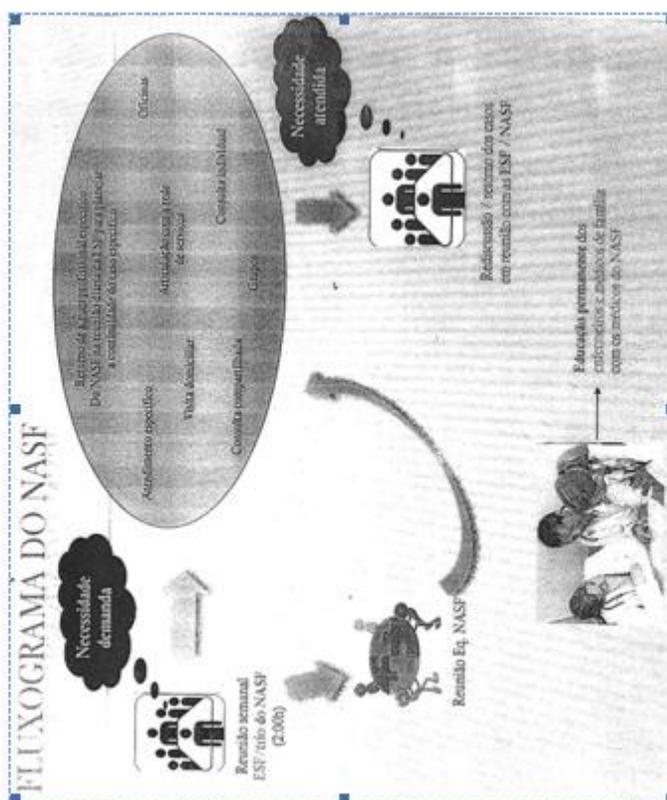
RECURSOS DA COMUNIDADE	PROFISSIONAIS DO NASF Alfa
CAPS Adulto	Fonoaudióloga, T. Ocupacional
CAPS Álcool e Drogas	Psicóloga, Psiquiatra
CAPS Infantil	Terapeuta Ocupacional
CECCO	Fonoaudióloga, T.. Ocupacional
CEUS	Fonoaudióloga, Educador Físico, Pediatra
Clube Escola	Educador Físico
Conselho do Idoso	Geriatra, Clínica Geral
Conselho Gestor – Jd. D’Abril	Auxiliar Técnico Administrativo
Conselho Gestor – Vl. Dalva	Fonoaudióloga
Conselho Tutelar	T. .Ocupacional, Psicóloga
CRAS	Psicóloga, Ginecologista
Educação	Fonoaudióloga, Educador Físico, Pediatra
Fórum da Pessoa com Deficiência	Terapeuta Ocupacional
Fórum de Saúde Mental	Psicóloga
Hospital Sara	Ginecologista e Fisioterapeuta

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas	Psicóloga, Psicólogo, Psiquiatra
PAD – Hospital Universitário	Psiquiatra, Clínica Geral
PAVS	Nutricionista, Psicóloga
Ambulatório de Especialidades Peri-Peri	Fisioterapeuta, Ginecologista
Rede Butantã	Nutricionista, Fisioterapeuta
SAE – DST/AIDS	Ginecologista
Secretaria do Esporte	Educador Físico

Fonte: Dados fornecidos pelo RH (junho/2011)

- **O fluxo de trabalho**

O fluxo de trabalho do NASF Alfa se inicia a partir das reuniões realizadas semanalmente entre a equipe NASF (trios/quartetos) e EqSF. Nessas reuniões são trazidas as necessidades da EqSF, como por exemplo, discussão de casos e a pactuação das ações das equipes; a formação de novos grupos/oficinas, etc.; a articulação com a rede de saúde, educação, etc. Esses casos são rediscutidos nessas reuniões (com relação ao seguimento e resolutividade) e novas ações são pensadas. Alguns casos são redirecionados para outros tipos de ações e atendimentos, a depender da especificidade de cada um deles.



- **A variabilidade das tarefas**

Como descrevemos anteriormente, a equipe NASF Alfa realiza várias tarefas, algumas são fixas como, as reuniões da equipe NASF e os grupos de caminhada. A depender das demandas, as tarefas variam e podem surgir novas tarefas antes nunca realizadas. É importante destacar que, tarefas, tais como, visita domiciliar compartilhada ou não, requerem sempre ações diversificadas; são variáveis, e dificilmente uma ação é igual a outra, devido à variabilidade nas características e demandas dos usuários, na formação e capacitação dos profissionais, nas demandas de serviço, na dinâmica das unidades de saúde, bem como das equipes (EqSF, NASF).

Vale destacar que, profissionais de uma mesma categoria possuem formações, especializações e experiências profissionais variadas, desta forma perfis profissionais diferentes possibilitam atuações distintas, bem como propiciam ampliar a rede de conhecimentos teórico práticos entre e intraequipes.

A.2.7. As condições de trabalho

Para a Ergonomia as condições e a organização do trabalho incidem diretamente sobre a saúde dos trabalhadores e a qualidade do trabalho realizado. A Ergonomia considera o conceito de conforto e não o de análise de risco para avaliar as condições do ambiente de trabalho. A noção de conforto, por ser subjetiva integra várias influências para compreender os fatores aos quais o corpo está submetido no trabalho. Ao avaliar conforto, considera-se dados quantitativos e qualitativos, relacionando-os (Grandjean, E; 2004).

Elencamos algumas características das condições de trabalho, como os recursos físicos e materiais do NASF estudados:

- a equipe NASF Alfa desloca-se durante o dia entre diferentes equipamentos e, não apenas, entre as UBS A e B. Utilizam veículos próprios e não recebem subsídio para o combustível. Alguns equipamentos localizam-se longe das unidades de saúde. Há um veículo em cada UBS (parceria com a FFM) para ser usado por todos os profissionais da unidade que necessitarem, como a demanda para sua utilização é grande, nem sempre ele esta disponível para a

equipe do NASF Alfa.

- os profissionais do NASF Alfa utilizam seus aparelhos de celular e e-mails para se comunicarem com outros profissionais das equipes NASF e/ou da EqSF.

- os profissionais do NASF Alfa, durante a maior parte da jornada de trabalho, carregam consigo seus pertences (bolsas, mochilas, pastas). Isso ocorre, porque eles se deslocam entre as unidades de saúde e/ou equipamentos em um mesmo dia e também, porque não há armários disponíveis em todos os locais para guardar seus pertences.

- faltam locais (salas, etc.) para realizar grupos terapêuticos, tanto nas unidades de saúde quanto na comunidade.

- o número de salas para atendimento especializado é insuficiente frente ao número de profissionais e às necessidades de atendimento exigindo uma escala de uso dos espaços nas UBS.

- algumas salas da UBS B que são utilizadas para reuniões e outras atividades, não possuem as dimensões necessárias para acomodar os participantes, tanto para a equipe do NASF Alfa quanto para os demais profissionais da unidade.

- em uma das salas da UBS B, onde são realizadas reuniões e outras atividades, o número de cadeiras é insuficiente e várias, encontram-se em péssimas condições de uso (assentos rasgados, quebradas, sem encosto, etc.). Há muitos materiais nesse espaço, que já é pequeno tais como: biblioteca, armários, computador, entre outros itens.

- os profissionais que utilizam recursos materiais para realizar seu trabalho, compartilhado ou não, não têm onde guardá-los e costumam usar seu próprio veículo para tal fim. Como necessitam transportá-los de uma local para o outro, já que realizam atividades em diferentes locais da comunidade, o transporte no próprio veículo facilita o trabalho.

- faltam materiais para a realização de alguns grupos, como por exemplo, o grupo de artesanato. Não há verba disponível para tal finalidade. Os materiais solicitados à PMSP, ainda não foram disponibilizados. Alguns profissionais, ao realizarem Visita Domiciliar (VD), utilizam materiais que o usuário tem disponível na sua residência ou materiais próprios.

Vale ressaltar que alguns profissionais do NASF Alfa referiram que várias

questões relacionadas às condições de trabalho deles são as mesmas para as EqSF e para os outros profissionais das UBS.

A.2.8. Facilidades e dificuldades do trabalho

Apresentamos no Quadro 5 alguns pontos positivos e/ou facilidades e pontos críticos e/ou dificuldades, referidos pelos profissionais do NASF Alfa, relacionados ao trabalho que realizam. Algumas afirmações podem ser classificadas tanto como facilidades, quanto como dificuldades do trabalho deles e, quando isso ocorre repetimos nas duas colunas a mesma afirmação.

Quadro 5 – Síntese dos Pontos Positivos e/ou Facilidades e Pontos Críticos e/ou Dificuldades do Trabalho do NASF relatadas pelos Profissionais do NASF Alfa

PONTOS POSITIVOS/ FACILIDADES	PONTOS CRÍTICOS /DIFICULDADES
1- O TRABALHO REALIZADO	
<p><i>“As facilidades e dificuldades do trabalho tem muito a ver com as relações que vão se estabelecendo ou com as eficiências das atuações do NASF. E também, com o as EqSF, como estas se organizam para receber o NASF e como entendem o perfil do trabalho do NASF”</i></p>	<p><i>“A facilidades e dificuldades do trabalho tem muito a ver com as relações que vão se estabelecendo ou com as eficiências das atuações do NASF. E também, com o as EqSF, como estas se organizam para receber o NASF e como entendem o perfil do trabalho do NASF”</i></p>
<p><i>“O trabalho do Nasf é novo e está em constante processo de construção. O que dificulta e facilita o trabalho”.</i></p>	<p><i>“O trabalho do Nasf é novo e está em constante processo de construção. O que dificulta e facilita o trabalho”.</i></p>
<p><i>“O trabalho da ESF e do NASF está em processo de consolidação. O PSF teve início em 1998 e o NASF em 2008... tudo é muito recente...é positivo porque se pode construir um trabalho a longo prazo”.</i></p>	
<p><i>“O trabalho possibilita dialogo, reflexão, troca entre os profissionais do NASF e outras equipes (PSF, outros equipamentos, universidades)”.</i></p>	

	<i>“As atividades do NASF estão descritas em linhas bem gerais”.</i>
	<i>“Não há descrição do trabalho a ser realizado por categoria profissional, há apenas o trabalho em equipe”.</i>
	<i>“As ações entre PSF e NASF precisam ser bem pactuadas senão tornam-se ações somente do NASF”.</i>
<i>“Organizar e planejar as ações foi fácil, o duro foi fazer funcionar”</i>	<i>“Organizar e planejar as ações foi fácil, o duro foi fazer funcionar”</i>
<i>“Há diferença na dinâmica de funcionamento das UBS e nas EqSF. A ESF está implantada há mais tempo na UBS A, o que facilita o trabalho...”.</i>	<i>“Há diferença na dinâmica de funcionamento das UBS e nas EqSF. A ESF está implantada há mais tempo na UBS A, o que facilita o trabalho...”.</i>
	<i>“Na região há poucos recursos de saúde”.</i>
<i>“É fácil encaminhar os casos graves para outros equipamentos de saúde, como por ex. para o CAPS Adulto, o difícil é o que fazer com os casos mais leves”.</i>	<i>“É fácil encaminhar os casos graves para outros equipamentos de saúde, como por ex. para o CAPS Adulto, o difícil é o que fazer com os casos mais leves”.</i>
	<i>“...falta identificar os processos de trabalho”</i>
	<i>“Há grande rotatividade de pacientes nos grupos”.</i>
	<i>“Nas diretrizes do NASF não está claro o que é o atendimento específico dos profissionais, quais os limites, até onde pode assumir o atendimento individual...”.</i>
	<i>“Há dificuldade em diferenciar o que os profissionais da UBS, que não são do NASF, nem do PSF, vão atender como, por exemplo, o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo. Aos poucos vão se delineando os diferentes perfis de atendimento”.</i>

	<p><i>“Antes de pensar as diretrizes do NASF, deveria ter sido repensada e reformulada a política e as diretrizes da ESF, como por exemplo, a produtividade exigida para um programa e diferente do que é para o outro... alguns médicos da ESF não querem fazer consulta compartilhada porque é utilizado mais tempo.</i></p>
	<p><i>“...temos que ter cuidado para não virar ambulatório”.</i></p>
<p><i>“A transdisciplinariedade para alguns profissionais é uma ameaça, pois coloca em check seu conhecimento... alguns sentem-se inseguros frente a essa questão. Depende de como cada um vai reformular ou abrir mão de algo que se sente seguro..é um desafio positivo para alguns”.</i></p>	<p><i>“A transdisciplinariedade para alguns profissionais é uma ameaça, pois coloca em check seu conhecimento... alguns sentem-se inseguros frente a essa questão. Depende de como cada um vai reformular ou abrir mão de algo que se sente seguro..é um desafio positivo para alguns”.</i></p>
<p>2 - A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL DA EQUIPE NASF</p>	
<p><i>“A experiência anterior em outros NASF e na atenção básica ajudou. Sabíamos o que não devíamos fazer,, o que deu errado... ter cuidado para não transformar o atendimento em ambulatorial”.</i></p>	
<p><i>“Organizar e planejar as ações foi fácil, o duro foi fazer funcionar”.</i></p>	
<p><i>“A maioria dos profissionais da equipe NASF tinha experiência de trabalho anterior em NASF.</i></p>	
	<p><i>“Há a pouca prescrição nos documentos norteadores”.</i></p>
	<p><i>“Tínhamos clareza do que não deveríamos fazer...não tínhamos clareza do que deveríamos fazer”.</i></p>
<p><i>“Os profissionais do NASF têm diferentes formações técnicas e especializações o que enriquece e facilita o trabalho para a resolução de problemas”.</i></p>	

<i>“Diferentes formações, especializações e experiência profissional também são um desafio para a equipe NASF”.</i>	<i>“Diferentes formações, especializações e experiência profissional também são desafio para a equipe NASF”.</i>
<i>“Alguns profissionais já conheciam a região Oeste antes de trabalharem no NASF, devido a experiências anteriores, , o que facilita o trabalho”.</i>	
<i>“Alguns profissionais já tinham experiência com grupos”.</i>	
3-A CARGA HORÁRIA DOS PROFISSIONAIS DO NASF	
	<i>“...trabalhar 20 hs é um problema do ponto de vista das demandas da ESF...há dificuldade se agregar-se aos profissionais do NASF e da ESF para realizar grupos e outras atividades”.</i>
	<i>“Os grupos funcionam principalmente no período da tarde, devido a aderência da população, o que dificulta a participação do profissionais do NASF que só trabalham no período da manhã”.</i>
	<i>“Alguns profissionais do NASF que trabalham 40 hs ficam imersos mais tempo na dinâmica das unidades de saúde, vivenciam mais os problemas, sofrem mais...”..</i>
4- A PRODUTIVIDADE	
<i>“A Fundação entende que a qualidade do trabalho não se mede quantitativamente; preza a qualidade do trabalho”.</i>	
	<i>“Há problemas para adequar os dados de produtividade aos instrumentos utilizados pela prefeitura”.</i>
<i>“Cada profissional tem autonomia sobre sua agenda individual. As agendas ficam com o profissional”.</i>	
	<i>“Faltam instrumento que possam ser utilizados na prática e que sirvam para alimentar a produção”.</i>

	<i>“Faltam instrumentos que apontem os processos de trabalho”</i>
	<i>“Faltam indicadores de produtividade do trabalho do NASF”.</i>
5- A RELAÇÃO COM O TRABALHO	
<i>“Os profissionais do NASF gostam do que fazem”.</i>	
<i>“A equipe NASF é compromissada com o trabalho o que facilita as trocas e o aprendizado”.</i>	
<i>“Poder participar da construção dos processos de trabalho... estar desde o início da implantação do NASF na região Oeste é um privilegio”.</i>	
6- A RELAÇÃO COM AS EqSF	
	<i>“Há dificuldade na comunicação entre algumas equipes do PSF e a equipe NASF”.</i>
<i>“... as ações entre PSF e NASF precisam ser bem pactuadas senão tornam-se ações somente do NASF”</i>	<i>“... as ações entre PSF e NASF precisam ser bem pactuadas senão tornam-se ações somente do NASF”</i>
<i>“ ...o matriciamento possibilita aos profissionais da ESF entender a especificidade de cada profissional e o que encaminhar”.</i>	
	<i>“Alguns profissionais da ESF têm dificuldade de entender o que é matriciamento. É uma questão de amadurecimento do programa”.</i>
	<i>“É um dificuldade e um desafio para as EqSF, principalmente para alguns médicos, enfermeiros, entre outros... é uma proposta nova e muito recente”.</i>
	<i>“Alguns profissionais do PSF acham que o NASF foi criado para supervisionar o trabalho do PSF”.</i>

	<i>“Alguns profissionais da ESF têm dificuldade de entender que o matriciamento não é supervisão, nem fiscalização da prática das equipes...a equipe do NASF gasta muito tempo dialogando sobre essa questão com as EqSF”.</i>
<i>“ A equipe do NASF usou muito tempo do seu trabalho tentando fazer as pessoas entenderem que o NASF não veio para ameaçar, nem supervisionar...já melhorou bastante”</i>	<i>“ A equipe do NASF usou muito tempo do seu trabalho tentando fazer as pessoas entenderem que o NASF não veio para ameaçar, nem supervisionar...já melhorou bastante”.</i>
	<i>“Alguns profissionais da ESF têm dificuldade de encaminhar usuários para alguns profissionais do NASF por desconhecer a especificidade do trabalho, por ex. para a TO”.</i>
	<i>“Alguns profissionais da ESF resistem a encaminhar usuários para o NASF... acham que dão conta de tudo” .“Alguns profissionais do PSF não passam os casos, por insegurança. Acham que o Nasf vai pensar que eles não dão conta dos casos”.</i>
	<i>“Alguns profissionais da ESF são centralizadores, o que dificulta o trabalho em equipe (PSF/NASF)”.</i>
	<i>“Alguns médicos da ESF por terem uma formação generalista acreditam que dão conta de toda a demanda”.</i>
	<i>“Algumas EqSF não têm uma boa dinâmica de funcionamento, o que é anterior ao NASF”.</i>
<i>“alguns profissionais, como os ACS, vem mais abertos, mais disponíveis, muitas vezes, por se colocarem no lugar do não saber...Algumas equipes colocam uma hierarquia do conhecimento, outras trabalham mais horizontal...alguns profissionais acham que por serem técnicos tem mais poder de argumentação”.</i>	<i>“alguns profissionais, como os ACS, vem mais abertos, talvez mais disponíveis, muitas vezes, por se colocarem no lugar do não saber... algumas equipes colocam uma hierarquia do conhecimento, outras trabalham mais na horizontal... alguns profissionais acham que por serem técnicos tem mais poder de argumentação”.</i>

	<i>“Alguns ACS acreditam que não tem poder de argumentação com as equipes PSF e NASF”.</i>
	<i>“Alguns profissionais do PSF têm dificuldade de entender que o NASF não é ambulatório”.</i>
	<i>“Alguns profissionais desconheciam o papel do NASF; o que vieram fazer na unidade”.</i>
	<i>“As EqSF que estão sem médico têm dificuldade para marcar atendimento compartilhado com o NASF devido a sobrecarga de alguns profissionais como as enfermeiras”.</i>
	<i>“ As eqsf vivem num ritmo de fazer a fila andar, daí a expectativa de encaminhar para um especialista do NASF para resolver”.</i>
<i>“A formação e o perfil dos médicos da ESF da região é o de médico da família, o que facilita o trabalho, fato que não é uma constante em outras regiões”.</i> <i>“Nesta região as vagas para trabalhar na ESF são muito disputadas”</i>	
7- AS RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA EQUIPE NASF	
<i>“Há um bom relacionamento entre os profissionais do NASF. Estes se apóiam”.</i>	
<i>“Há relações de afeto positivas entre os profissionais do NASF. O que facilita o trabalho e a interação”.</i>	
	<i>“As relações positivas de afeto também são um dificultador porque os problemas demoram a aparecer”.</i>
8 - A FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA	
<i>“Há a preocupação que a prática do NASF seja reflexiva, que sejam criados espaços de discussão e de troca...é uma preocupação do gestor e da coordenação”.</i>	
<i>“A OS possibilita associar ensino e pesquisa ao trabalho realizado”.</i>	

<p><i>“A equipe do NASF é a maior do que o proposto pela portaria e dá apoio a um número menor de equipes da EqSF em relação aos demais NASF da cidade”.</i></p>	
<p><i>“ É um desafio positivo poder dialogar com vários núcleos de conhecimento na proposta de matriciamento..na transdisciplinarietàade ...é melhor dialogar com vinte profissionais, pensar o que fazer naquela situação, do que dialogar com dois, três como ocorre em outros NASF...”</i></p>	
<p><i>“...os salários são diferenciados se comparado a outros NASF gerenciados por outras OS”.</i></p>	
<p><i>“ Há a possibilidade de flexibilizar o horário de trabalho”.</i></p>	
<p><i>“A maioria dos médicos do PSF da região oeste tem especialização em saúde da família, o que não é comum nos demais NASF da cidade”.</i></p>	
<p><i>“Há disponibilidade de tempo na carga horária para pensar e discutir a prática. Não apenas fazer”.</i></p>	
<p><i>“...poder trabalhar em parceria inclusive com a coordenação”.</i></p>	
<p><i>“..poder fazer várias articulações com equipamentos fora das UBS sem ser questionado e/ou controlado. Poder sair da unidade durante o horário de trabalho para fazer articulações com a rede”.</i></p>	
<p><i>“A Fundação está ligada a USP, traz vantagens e possibilidades aos profissionais do NASF”.</i></p>	
<p><i>“Estar ligado à universidade possibilita estudo e pesquisa”.</i></p>	
<p><i>“A Fundação possui características diferentes das demais OS da cidade, o que facilita o trabalho”.</i></p>	

	<p><i>“Há uma grande rotatividade de profissionais, estudantes nas UBS, inclusive para conhecer o trabalho do NASF, porém nem sempre há retorno para a equipe, nem para a comunidade”.</i></p> <p><i>“As vezes, somos objeto de pesquisa, mas não recebemos retorno. Queremos contribuições, queremos fazer parte do processo”.</i></p>
9 - AS CONDIÇÕES DE TRABALHO	
<i>“Alguns profissionais acham que o NASF não deve ter sala própria para não se isolarem das EqSF e da unidade”.</i>	<i>“Alguns profissionais acham que o NASF deveria ter sua própria sala”.</i>
<i>“Para alguns profissionais a falta de sala não é um problema, já que a prioridade é o atendimento compartilhado”.</i>	<i>“Faltam salas para atendimento”.</i>
<i>“...sabia que usaria o próprio veículo para o deslocamento entre as UBS e demais equipamentos”.</i>	<i>“não há subsídio para a gasolina... os veículos das unidades de saúde são utilizados por muitos profissionais”.</i>
	<p><i>“As vezes, falta sala nas UBS para realizar reuniões e grupos, não só para o NASF, para as EqSF também”</i></p> <p><i>“...já tivemos que sentar no corredor para fazer reunião”</i></p>
	<i>“em algumas situações de trabalho, o número de cadeiras disponíveis é insuficiente”.</i>
	<i>“Há cadeiras em péssimas condições de uso”.</i>
	<i>“Falta verba para a compra de materiais necessários para realizar alguns grupos”.</i>
	<i>“Foi solicitado material para a PMSP, mas este não foi comprado até o momento”.</i>
<i>“... não ter local para colocar meus objetos pessoais não é um problema”.</i>	<i>“Não há armários em número suficiente para os profissionais do NASF colocarem seus objetos pessoais”</i>

A.3. NASF BETA

A.3.1. Características do NASF Beta

O NASF Beta caracteriza-se por ser do tipo NASF 1, pertence ao sub-distrito do Butantã, está cadastrado na UBS D e dá apoio a dez equipes da Estratégia Saúde da Família de duas UBS, sendo seis equipes da UBS C e quatro da UBS D. Na UBS C as equipes são denominadas: amarela, rosa, azul, laranja, vermelha, verde e, na UBS D são azul, vermelha, verde e amarela.

Cada equipe da ESF é composta por 10 profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Há um total de 100 profissionais da ESF² somando-se os das UBS C e D, aos quais a equipe do NASF deve dar apoio.

A.3.2. Perfil da População de Trabalhadores

- Indicadores Gerais e de Recursos Humanos

Tabela 9 : Perfil da População Trabalhadora do NASF Beta

CARGO/FUNÇÃO	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	JORNADA DE TRABALHO/semanal	PERÍODO DE TRABALHO	DATA DE início	TEMPO NA FUNÇÃO
Auxiliar administrativo	49	M	Médio	40hs	Manhã e tarde	12/02/03	09 anos
Ed. Físico	30	M	Superior	40hs	Manhã e tarde	19/11/10	19 meses
Fisioterapeuta	36	F	Superior	20hs	Manhã	19/11/10	19 meses
Fisioterapeuta	40	M	Superior	20hs	Manhã	19/11/10	19 meses
Fisioterapeuta	32	F	Superior	20hs	Manhã	17/10/11	8 meses
Fonoaudióloga	31	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	19/06/12	1 mês
Geriatra	33	F	Superior	20hs	Manhã	19/11/10	19 meses
Ginecologista	43	F	Superior	20hs	Manhã	02/05/11	13 meses
Nutricionista	30	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	19/11/10	19 meses
Pediatra	34	F	Superior	20hs	Manhã	19/11/10	19 meses
Psicólogo	41	F	Superior	40hs	Manhã e tarde	19/11/10	19 meses

Os 100 profissionais da ESF das duas UBS são: dez médicos, dez enfermeiros, 20 auxiliares de enfermagem e 60 agentes comunitários de saúde.

Psicólogo	36	M	Superior	40hs/semanais	Manhã e tarde	19/11/10	19 meses
Psiquiatra	30	M	Superior	20hs/semanais	Manhã	16/04/12	1 mês
Terapeuta ocupacional	23	F	Superior	20hs/semanais	Manhã	0 3/05/12	1 mês
Terapeuta ocupacional	31	F	Superior	20hs/semanais	Manhã	1 9/11/10	19 meses
Terapeuta ocupacional	31	F	Superior	20hs/semanais	Manhã	1 9/11/10	19 meses

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF Beta (junho/2012)

*Cada trabalhador de 20 horas é contratado em um período de trabalho, porém esse varia de acordo com a organização das tarefas e da equipe

Faixa Etária

Tabela 10 : Distribuição dos trabalhadores do NASF por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
20- 30 anos	4	25%
31- 40 anos	9	56,25%
41- 50 anos	3	18,75%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Gênero

Tabela 11: Distribuição dos trabalhadores do NASF por gênero

GÊNERO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Masculino	5	31,25%
Feminino	11	68,75%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Escolaridade

Tabela 12: Distribuição dos trabalhadores do NASF por grau de escolaridade

ESCOLARIDADE	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Ensino médio	1	6,25%
Superior	15	93,75%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Carga Horária:

Tabela 13: Distribuição dos trabalhadores do NASF por carga horária

CARGA HORÁRIA	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
20 hs	10	62,5%
40 hs	6	37,5%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Período de Trabalho:

Tabela 14: Distribuição dos trabalhadores do NASF por período de trabalho (a confirmar)

PERÍODO DE TRABALHO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
Manhã	10	62,5%
Manhã/tarde	6	37,5%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Tempo no cargo/função:

Tabela 15: Distribuição dos trabalhadores do NASF por tempo no cargo/função

TEMPO NO CARGO/FUNÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
0 – 6 meses	3	18,75%
7 - 12 meses	1	6,25%
13- 19 meses	11	68,75%
>19 meses	1	6,25%
Total	16	100%

Fonte: Dados fornecidos pelo RH do NASF (junho/2012)

Compõe a equipe NASF Beta um auxiliar técnico administrativo (ATA) que realiza todas as tarefas relacionadas à administração do controle do RH como também, recebe e compatibiliza os dados de produtividade da equipe NASF e envia os dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS e para

coordenação do núcleo.

A.3.3. Indicadores de Saúde

Desde a data de implantação do NASF ocorreu apenas um afastamento por licença maternidade de um profissional da equipe.

A.3.4. Indicadores de Produção

Assim como no NASF Alfa, cada EqSF é responsável por um número de famílias cadastradas na região de abrangência da UBS e, os NASF, enquanto núcleos de apoio a essas equipes também são responsáveis, indiretamente, pelo apoio a essas famílias.

Na Tabela 16 apresentamos dados que se referem ao número total de famílias e pessoas cadastradas por UBS (C e D) e por EqSF referência do NASF Beta. Os dados são enviados, mensalmente, pelas gerências das UBS para o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Tabela 16 – Número Total de Pessoas e Famílias Cadastradas nas UBS A e B, por Equipe da ESF e por Faixa Etária com Maior e Menor Número de Pessoas Cadastradas (Dados SIAB)

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		Número de pessoas cadastradas	Número de famílias cadastradas	Faixa etária com o maior número de cadastros (20 a 39 anos)	Faixa etária com o menor número de cadastros (< 1 ano)
UBS C					
EqSF	Amarela (1023)	2716	761	950	71
	Rosa (1022)	2966	843	1080	54
	Azul (1025)	2829	900	1004	69
	Laranja (1021)	3100	887	1093	73
	Vermelha (1026)	3173	915	1178	79
	Verde (1024)	3187	915	1146	83
	TOTAL	17986	5221	6451	429

UBS D*					
EqSF	Azul *				
	Vermelha*				
	Verde*				
	Amarela*				
	TOTAL*				

Fonte: Dados SIAB fornecidos pelas UBSC e D (junho/2012).

*Os dados da UBS D não foram disponibilizados para a pesquisa.

A.3.5. Análise do trabalho

- **Tarefas Prescritas e Tarefas Reais**

As tarefas prescritas são as mesmas descritas para o NASF Alfa, e estão elencadas no Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF (2009).

As tarefas realizadas pela equipe do NASF Beta são idênticas as do NASF Alfa (vide itens 3.4.1 e .3.4.2. deste relatório). Estas foram validadas pela equipe Beta a partir dos questionários aplicados pelos pesquisadores.

A.3.6. Características da Organização do Trabalho

O NASF Beta possui a mesma organização do trabalho que o NASF Alfa. A equipe técnica se divide em trios de referência para dar suporte às EqSF; realizam e participam de diversas reuniões dentro e fora das unidades de saúde; participam das comissões de trabalho; realizam vários tipos de grupo com os usuários (educativos, terapêuticos, entre outros).

A.3.7. Condições de Trabalho

Os profissionais do NASF Beta que participaram da pesquisa elencaram algumas características das condições de trabalho, como os recursos físicos e materiais:

- faltam locais (salas, etc.) para realizar reuniões, grupos terapêuticos, educativos, oficinas, entre outros abordagens, quer seja dentro das unidades de saúde ou na comunidade.

- há problemas relacionados ao arranjo físico e organização dos espaços

para a realização de algumas tarefas.

- o número de salas para atendimento especializado é insuficiente frente ao número de profissionais e às necessidades de atendimento; é feita uma escala de uso das salas nas UBS.

- alguns profissionais referem que falta material para a realização de grupos, oficinas e outros tipos de atendimento.

- falta sala para que os profissionais das equipes do NASF e da ESF possam se encontrar e para guardar seus objetos pessoais.

- apenas em uma das UBS há uma sala para o NASF realizar diversas tarefas como consultas, reuniões, planejamento, etc.

- há disponibilidade de computador, livros e materiais diversos o que facilita o trabalho.

- alguns equipamentos do território são de difícil acesso.

Vale ressaltar que alguns profissionais do NASF Beta referiram que várias questões relacionadas às condições de trabalho para o núcleo são as mesmas para as equipes da ESF e para os outros profissionais das UBS

A.3.8. Facilidades e Dificuldades do Trabalho

No Quadro 6 apresentamos alguns pontos positivos e/ou facilidades e pontos críticos e/ou dificuldades, referidas pelos profissionais do NASF Beta, relacionadas ao trabalho que realizam.

Quadro 6- Síntese dos Pontos Positivos e/ou Facilidades e Pontos Críticos e/ou Dificuldades do Trabalho elencados a partir dos questionários respondidos pela equipe multiprofissional do NASF Beta

PONTOS POSITIVOS/ FACILIDADES	PONTOS NEGATIVOS/ DIFICULDADES
1- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	
<i>“O trabalho em equipe multidisciplinar”</i>	

<p><i>“A equipe multiprofissional do NASF ampliada propicia a troca de diferentes campos de saberes”</i></p> <p><i>“A equipe ampliada de profissionais do NASF (categorias e quantidade) facilita o trabalho”</i></p>	
<p><i>“A diversidade de categorias profissionais na equipe NASF amplia a resolutividade, a efetividade das ações e facilita a troca de saberes”</i></p> <p><i>“O contato e aproximação com outros profissionais permitem a ampliação de olhares e reflexões contínuas”</i></p>	<p><i>“A grande quantidade de profissionais das equipes NASF e ESF com pontos de vistas e formações diferentes dificulta o relacionamento e a realização do trabalho”</i></p>
	<p><i>“Insuficiente conhecimento técnico e capacitação tanto do NASF quanto da ESF dificultam o trabalho interdisciplinar”</i></p> <p><i>“Falta prática para a construção interdisciplinar. As equipes (NASF e PSF) não têm conhecimento técnico e capacitação suficientes”</i></p>
	<p><i>“Há dificuldade de alguns profissionais da ESF para discussão e encaminhamento de casos de saúde mental, devido à formação insuficiente na área”</i></p>
	<p><i>“Cargas horárias diferentes entre profissionais do NASF (20hs e 40 hs) dificulta o acompanhamento adequado dos processos de trabalho ESF/NASF”</i></p>
<p><i>“ A boa integração entre as equipes NASF e ESF facilita o trabalho”</i></p> <p><i>“A boa relação entre as EqSF e o NASF facilita o trabalho”</i></p>	

<p><i>“Realizar consultas compartilhadas”</i></p>	<p><i>“Há dificuldade para realizar ações compartilhadas com as EqSF devido a restrição de tempo destas”</i></p> <p><i>“O tempo de consulta compartilhada é restrito devido a limitações da ESF (agendas lotadas, metas a serem atingidas, etc.)”</i></p> <p><i>“Há incompatibilidade da agenda de alguns profissionais para realizar trabalho compartilhado”</i></p> <p><i>“Há dificuldade para alguns profissionais do NASF em realizar trabalho compartilhado e em equipe”</i></p> <p><i>“Posição defensiva do NASF para realizar trabalho conjunto”</i></p> <p><i>“A falta de disponibilidade de alguns técnicos da ESF em fazer intervenções compartilhadas dificulta o trabalho”</i></p> <p><i>“O número de consultas compartilhadas é pequeno”</i></p> <p><i>“O tempo para realizar consultas compartilhadas é limitado devido a pouca disponibilidade da ESF”</i></p>
<p><i>“As reuniões semanais das equipes NASF/ ESF para discussão e elaboração dos PST possibilitam o estabelecimento de ações de saúde amplas (individuais e coletivas)”</i></p>	<p><i>“Falta discutir PST de forma mais complexa, pensar e concretizar estratégias de saúde de forma mais ampla e coletiva”</i></p>
<p><i>“A discussão e o aprofundamento dos casos (construção coletiva) favorecem a ampliação do olhar para a saúde individual e coletiva”</i></p>	

<p><i>“As reuniões de equipe NASF semanais facilitam o trabalho”</i></p> <p><i>“As reuniões semanais da equipe NASF facilitam a aproximação entre os profissionais e favorecem os processos de trabalho”</i></p>	
<p><i>“Autonomia para estruturar as ações tanto no que se refere ao tempo gasto, quanto na forma de estruturação das ações”</i></p>	
	<p><i>“Há dificuldades para adequar os horários das equipes NASF e ESF devido a diferenças entre a produtividade exigida, demandas diferenciadas, metas a serem atingidas, entre outras questões”</i></p>
<p><i>“As diversas formas de organização do trabalho da equipe NASF (trios, representantes, etc.) facilitam a participação nas várias ações das UBS e do território”</i></p> <p><i>“O livre acesso as atividades que já são realizadas nas UBS facilita o trabalho”</i></p>	<p><i>“ Há dificuldade do NASF em se integrar as ações da UBS”</i></p> <p><i>“Há dificuldade do NASF em ser parte integrante das UBS”</i></p>
<p><i>“A organização do trabalho do NASF em trios favorece a discussão dos casos e a presteza no atendimento”</i></p>	
<p><i>“O trabalho em equipe multiprofissional, as consultas compartilhadas, as reuniões de equipe freqüentes para discussão e elaboração dos PST facilitam o trabalho”</i></p>	
<p><i>“A possibilidade de criar conjuntamente, dispositivos que atendam a demanda da ESF para ampliar o olhar da assistência visando também à prevenção facilita o trabalho”</i></p>	
<p><i>“A participação do NASF em diversas reuniões facilita a organização do trabalho e as relações interpessoais”</i></p>	

<p><i>“As atividades propostas pelo NASF e o formato dos grupos facilitam o trabalho”</i></p>	
	<p><i>“ A circulação por diversos serviços e o contato com muitos profissionais traz como pontos críticos a forma de comunicação e a disponibilidade dos profissionais para realizar construções coletivas”</i></p>
<p><i>“O tempo disponível do NASF para realizar diferentes tarefas (reuniões, grupos, oficinas etc.) facilita a discussão e o planejamento de projetos terapêuticos de forma ampliada”</i></p>	
<p><i>“O bom entendimento da proposta do NASF pelas EqSF e demais profissionais da UBS facilita o trabalho e as relações interpessoais”</i></p>	<p><i>“Alguns profissionais da ESF não consideram o NASF como integrante de uma mesma equipe”</i></p> <p><i>“Falta entendimento da proposta do NASF por parte das eqESF”</i></p> <p><i>“Há preconceito e dificuldade de alguns profissionais da ESF para assimilar a proposta do NASF”</i></p>
	<p><i>“Alguns profissionais das ESF consideram que o conhecimento técnico dos profissionais do NASF é superior ao deles”</i></p>
<p><i>“ As reavaliações periódicas dos processos de trabalho realizadas pela gerência das UBS e do NASF facilitam o trabalho”</i></p>	
<p><i>“A qualidade do trabalho é priorizada em detrimento da quantidade de produção”</i></p> <p><i>“É priorizada a qualidade do trabalho, não há cobrança direta de metas”</i></p>	

<p><i>“As metas de produtividade apontadas nos documentos norteadores não foram instituídas formalmente”</i></p>	<p><i>“Há divergências entre as metas propostas pelos documentos norteadores do NASF e as da gerência das UBS”</i></p> <p><i>“A questão do tempo e da produção enquanto metas a serem atingida pelas EqSF é um desafio a ser implantado, é um nó crítico”</i></p>
<p><i>“Número reduzido de UBS de referência para o NASF (duas) em comparação com outros NASF da cidade de São Paulo”.</i></p>	
	<p><i>“O número reduzido de consultas compartilhadas com a ESF”</i></p>
	<p><i>“A falta de profissionais da ESF nos grupos realizados”</i></p>
	<p><i>“Falta comunicação construtiva, livre de melindres”</i></p> <p><i>“Falta comunicação entre as pessoas”</i></p>
	<p><i>“Há dificuldade de comunicação inter e transdisciplinar”</i></p> <p><i>“Dificuldade inicial na comunicação com alguns integrantes da ESF”</i></p>
	<p><i>“Falta rede para encaminhamentos e interlocução com outros níveis de atenção”</i></p> <p><i>“Há dificuldades no sistema de referência e contra-referência com os demais níveis de atenção à saúde”</i></p>
<p><i>“A coordenação do NASF prioriza relações interpessoais horizontais”</i></p>	

	<i>"Há dificuldade do setor administrativo e da recepção em organizar os fluxos de encaminhamentos em parceria com o NASF"</i>
	<i>"Há dificuldade para realizar trabalho intersectorial com as escolas"</i>
	<i>Há dificuldade de estabelecer rede com outros níveis de atenção à saúde</i>
2- CONDIÇÕES DE TRABALHO	
	<i>"As condições de trabalho para o NASF e ESF são ruins"</i>
	<i>"Os espaços físicos são insuficientes para o NASF e a ESF (espaços internos e externos). Faltam consultórios, salas para realização de grupos, reuniões, oficinas, etc."</i> <i>"Falta infraestrutura física"</i>
<i>"Há disponibilidade de sala específica para o NASF em uma das UBS para realizar diversas ações (consultas, reuniões, planejamento)"</i>	<i>"Em uma das UBS falta sala específica do NASF para realização de atividades"</i>
	<i>"Falta sala para que os profissionais das equipes NASF e ESF possam se encontrar, o que facilitaria o trabalho"</i> <i>"Falta espaço de convivência para os profissionais do NASF e PSF"</i>
	<i>"Há restrição do espaço físico nas UBS para a realização de atividades"</i>

	<p><i>“Há problemas no arranjo e na organização dos espaços físicos para realização de grupos”</i></p> <p><i>“Falta espaço físico adequado para realizar atividades nas unidades e na comunidade, sendo que alguns equipamentos da comunidade são de difícil acesso”</i></p>
<p><i>“Há disponibilidade de materiais educativos que enriquecem os grupos e as oficinas”</i></p> <p><i>“A disponibilidade de recursos materiais facilita o trabalho”</i></p> <p><i>“O NASF fornece o material necessário para a prática”</i></p>	<p><i>“Falta material educativo para realizar atividades”</i></p> <p><i>“Há limitação de material para realização de atividades”</i></p> <p><i>“Falta material de consumo para realizar as atividades”</i></p>
<p><i>“Há disponibilidade do carro da UBS para os deslocamentos”</i></p> <p><i>“Há disponibilidade de transporte da UBS para realizar as VD”</i></p>	
<p><i>“A disponibilidade de computador facilita a execução das tarefas administrativas”</i></p>	
<p><i>“A disponibilidade de computador, livros e materiais diversos facilita os processos de trabalho”</i></p>	
	<p><i>“Alguns equipamentos do território são de difícil acesso”</i></p>
3- RELAÇÕES INTERPESSOAIS	
<p><i>“A boa integração entre NASF e ESF facilita as discussões e a realização de atividades”</i></p> <p><i>“A possibilidade de contato e aproximação com outros profissionais permite a ampliação de olhares e reflexões contínuas”</i></p>	<p><i>“Há dificuldade de comunicação inter e transdisciplinar”</i></p>

<i>“A maioria dos profissionais da ESF tem disponibilidade para melhorar a comunicação com o NASF”</i>	<i>“Há dificuldade de comunicação com alguns integrantes das EqSF”</i>
	<i>“Há dificuldade de comunicação e de disponibilidade dos profissionais de diferentes serviços para a construção coletiva”</i>
	<i>“A grande quantidade de profissionais das equipes NASF e ESF com pontos de vistas e formações diferentes dificulta o relacionamento e a realização do trabalho”</i>
<i>“Há relações positivas entre os técnicos do NASF”</i>	
<i>“Há relações positivas entre os técnicos do NASF e a maioria dos técnicos das EqSF”</i>	
<i>A coordenação do NASF prioriza relações interpessoais horizontais</i>	
<i>“Há ótima relação interpessoal”</i>	
	<i>“Posição defensiva do NASF para realizar trabalho conjunto”</i>
<i>“O livre acesso a todos e sem dificuldade facilita o trabalho”</i>	
<i>“O bom entendimento da proposta do NASF pelas EqSF e demais profissionais da UBS facilita o trabalho e as relações interpessoais”</i>	<i>“Há preconceito e dificuldade de alguns profissionais das EqSF em aceitar a proposta NASF”</i> <i>“Falta compreensão da proposta do NASF pelas EqSF”</i>
<i>“As diversas reuniões semanais facilitam as relações interpessoais”</i>	

A.3.9. Sugestões do NASF Beta para melhoria do trabalho

Os trabalhadores do NASF Beta, participantes da pesquisa, indicaram algumas sugestões para a melhoria do trabalho:

- Aprofundar as discussões e reflexões sobre as ações da atenção básica.
- Ampliar a rede de atenção à saúde e melhorar a articulação, favorecendo os espaços de troca entre os vários profissionais e instituições.
- Melhorar a comunicação e a parceria entre as equipes NASF e ESF e entre os próprios profissionais do núcleo.
- Realizar oficinas para melhorar a comunicação entre os profissionais do NASF e das EqSF.
- Promover espaços de discussão entre as equipes NASF e ESF sobre o papel do NASF.
- Promover a capacitação e a formação dos profissionais das equipes NASF e EqSF.
- Promover espaços para aprimorar o trabalho multiprofissional.
- Melhorar a estrutura física das UBS

A.4. Resultados;

A partir da análise dos dados apresentados neste estudo elencamos alguns pontos importantes sobre o trabalho dos NASF estudados. Estes estão agrupados em quatro grandes temas que serão destacados abaixo.

- **O trabalho realizado**

- As tarefas prescritas encontradas nos documentos norteadores do NASF são muitas, sugerindo prioritariamente, ações coletivas da equipe em detrimento das ações específicas do núcleo de conhecimento de cada profissional.

- O trabalho da equipe do NASF e o específico de cada profissional vão se delineando a partir da prática, das características da região, das necessidades da população, das demandas que surgem para as EqSF e da pactuação que é feita entre as EqSF e do NASF.

- O trabalho dos NASF está organizado, prioritariamente, a partir de ações da equipe, dos trios de referência, das comissões, das reuniões intersetoriais e

entre instituições, da articulação com a rede de serviços da região (saúde, educação, lazer, etc.).

- O trabalho do NASF implica em discussão, reflexão, trocas, pactos, estudos, não é um simples “ir fazendo”.

- Pertencer a OS Fundação Faculdade de Medicina e estar integrado à FMUSP possibilita aos profissionais dos NASF Alfa e Beta partilhar atividades de ensino e pesquisa, por outro lado, o trabalho que realizam também é objeto de pesquisas. Recebem alunos de diversas áreas, interlocutores, e por vezes, há interferência nas ações que realizam; muitos alunos ficam períodos muito curtos, gerando descontinuidade no trabalho e falta de retorno dos resultados.

- O perfil dos médicos das EqSF é o do médico de família o que facilita o trabalho de todos.

- Os profissionais do NASF Alfa e Beta possuem diferentes cargas horárias de trabalho (20 e 40 hs). Isso traz dificuldades e facilidades para o trabalho intraequipe NASF e com EqSF.

- Os profissionais dos NASF têm autonomia para organizar suas agendas.

- A maioria dos profissionais dos NASF já tinha experiência anterior de trabalho em outros Núcleos ou na atenção básica, o que facilitou a implantação do trabalho.

- Muitos profissionais do NASF identificam-se com o trabalho que realizam, gostam e são comprometidos com o que fazem.

- De maneira geral, as relações interpessoais entre os profissionais dos NASF são boas, o que facilita o trabalho, o apoio, as parcerias e por outro lado, pode dificultar que alguns problemas da equipe aflorem; que sejam discutidos e resolvidos.

- Comparado à maioria dos outros NASF, os locais estudados dão apoio a um número menor de equipes da ESF.

- Durante a jornada de trabalho há espaço para estudo, discussão e trocas.

- Há dificuldade de adesão da população aos grupos.

- Há rotatividade dos usuários nos grupos, oficinas, etc.

- Há poucos equipamentos e recursos de saúde na região frente à demanda.

- As equipes dos NASF realizam uma grande variabilidade de tarefas.

- **A relação entre a equipe NASF e as EqSF**

Como nossa pesquisa ocorreu somente com as equipes dos NASF todas as referências, às EqSF são apontadas unicamente sob a ótica dos trabalhadores estudados.

- Há diferenças entre as equipes da ESF e do NASF, tais como:

- a) a composição das equipes;
- b) a formação e a experiência profissional de cada técnico;
- c) as características pessoais dos profissionais;
- d) a dinâmica das EqSF, dos trios de referência do NASF e da equipe NASF;
- e) a facilidade e/ou dificuldade para compartilhar o trabalho entre os diversos profissionais das EqSF;
- f) a facilidade e/ou dificuldade de alguns profissionais da ESF de compartilhar o trabalho com os profissionais do NASF;
- g) há dificuldade de comunicação entre profissionais das EqSF e destes com os do NASF.

- Deve-se destacar que algumas dificuldades na dinâmica das EqSF eram anteriores a implantação do NASF Alfa e decorrem também de limitações da rede de atendimento. Embora houvesse expectativa de que essa implantação pudesse solucioná-las, várias dessas dificuldades vão para além das possibilidades de resolução do NASF. No entanto, a criação do NASF trouxe novas questões para o trabalho das equipes.

- Alguns profissionais da ESF desconheciam o papel do NASF, apesar do trabalho de sensibilização feito pela coordenação do núcleo antes da vinda da equipe. Alguns profissionais da ESF, inicialmente pensavam que o NASF seria um ambulatório de especialidades dentro da UBS.

- A partir do relato de profissionais do NASF Alfa, inicialmente parecia haver um descompasso entre as expectativas das equipes (NASF e ESF), por exemplo, alguns profissionais esperavam encaminhar casos de difícil resolução, outros acreditavam que o trabalho do NASF seria o de supervisão.

- Nem todas as EqSF vêem o NASF como parceiros.

- Existem ainda algumas dificuldades de ordem mais subjetiva apontadas por profissionais do NASF Alfa, tais como: o compartilhamento de alguns casos,

que pode sugerir que os profissionais da ESF não dão conta tecnicamente desses casos. O que pode justificar a resistência de alguns profissionais da ESF em discutir e/ou encaminhar casos para o Núcleo.

- Há dificuldade de pactuar ações entre a equipe NASF e algumas equipes da ESF e fazê-las acontecer. O que exige cuidado da equipe do Núcleo para que algumas tarefas não se caracterizem como sendo apenas do NASF.

- O NASF não é porta de entrada para o SUS e sim, a ESF. Essa é uma diferença substancial que incide sobre o trabalho realizado pelas equipes e diferencia as ações de cada uma delas

- Algumas ferramentas tecnológicas de apoio assistencial e pedagógico utilizadas pelo NASF são novas para a maioria dos profissionais da ESF, e, inicialmente, também por alguns profissionais do núcleo. Por exemplo, o apoio matricial enquanto forma de organização do trabalho.

- Há especialidades do NASF (categorias profissionais), cujo campo de atuação é pouco conhecido pelas EqSF, o que dificulta a discussão, a solicitação de ajuda, o encaminhamento de alguns casos. Por exemplo, o terapeuta ocupacional ainda é um profissional pouco conhecido, se comparado aos demais. Ou ainda, a atuação de outros profissionais tais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos é mais conhecida na sua atenção secundária do que na atenção primária.

- **A produtividade**

- Os parâmetros de produtividade exigidos às EqSF são substancialmente diferentes daqueles do NASF. Isso diferencia e interfere no ritmo de trabalho das equipes, nas relações, na quantidade de atendimentos realizados, no tempo gasto para a resolutividade dos casos por cada equipe (ESF e trios de referência NASF), entre outros aspectos.

- Os indicadores de produção para o NASF são mais qualitativos e para a ESF, mais quantitativos.

- **As condições de trabalho**

- Os profissionais dos NASF estudados recebem salários diferenciados se comparados a outros NASF do município.

- Há possibilidade de flexibilização do horário de trabalho.
- Faltam salas para atendimento e reuniões dentro das UBS em relação à demanda de todos os profissionais que as utilizam
 - Faltam espaços externos (na comunidade) para realizar trabalhos em grupo, oficinas, etc.
 - Faltam recursos materiais tais como armários, cadeiras, materiais diversos para realizar atendimento,
 - Falta verba para a compra de materiais necessários aos atendimentos e atividades realizadas pelos núcleos.
 - A maioria dos trabalhadores do NASF utilizam seus telefones celulares e outros meios para se comunicarem entre si, com as EqSF durante o expediente de trabalho e fora dele.

A.5. Considerações Finais desta Etapa;

A partir da análise dos documentos norteadores do NASF e do estudo de caso de dois NASF de uma mesma região da cidade de São Paulo apontamos algumas questões que consideramos importantes e que contribuem para a compreensão do processo de trabalho nesses Núcleos. Entre os aspectos estudados foram abordados algumas características da organização e das condições do trabalho; os indicadores de produção das UBS e do NASF; o levantamento e análise das tarefas prescritas e reais; , observações abertas de algumas tarefas realizadas pelo núcleo; entrevistas com trabalhadores, questionários e reuniões com profissionais da equipe.

A primeira questão dela diz respeito ao fato de que o NASF é uma política pública de saúde recente no país, e, em decorrência disto, está cotidianamente construindo e consolidando seus processos de trabalho. Trata-se de uma proposta nova para todos: profissionais do NASF, profissionais da ESF, gestores e demais profissionais das UBS.

As ferramentas tecnológicas utilizadas pelo NASF, tais como: o matriciamento, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, entre outras, são novas enquanto forma de organização do trabalho e, portanto, um desafio para todos, pois necessitam ser construídas e consolidadas. A prioridade nas ações

compartilhadas, no atendimento de grupo, no trabalho de co-responsabilidade, inter e transdisciplinar propõem uma lógica nova de atendimento e obriga todos os profissionais envolvidos (NASF e ESF) a repensarem e mudarem sua forma de atuação.

Entretanto, a demanda das EqSF é muito grande, há a necessidade de resolutividade rápida, não é possível adiar atendimentos, há limitação para a resolução de muitos casos devido às deficiências na atenção secundária e terciária. Isso gera, por vezes, um descompasso entre equipes e tempos necessários para a construção de novas dinâmicas e processos, que embora a médio e longo prazo possam ser mais eficazes, a curto prazo, não atendem às urgências e pressões vivenciadas pelas EqSF.

A segunda questão, diz respeito às expectativas das EqSF e do NASF que parecem não ser as mesmas: enquanto a EqSF esperava encaminhar os casos para serem atendidos de forma ambulatorial pelos profissionais do NASF, a proposta do NASF é, principalmente, a de compartilhar atendimentos. Soma-se ainda o fato de que o NASF não se constitui em porta de entrada para o SUS, papel este da ESF. Fato que diferencia e determina ações diferentes para as equipes.

As equipes do NASF e da ESF têm que compartilhar, discutir, resolver em parceria, repensar soluções para os casos, o que é uma prática nova, diferente da realizada até então. Essa nova prática de trabalho leva tempo para ser absorvida e ser incorporada ao trabalho de todos os profissionais envolvidos, o que exige uma prática de sensibilização e de discussão constantes.

A proposta de realização e coordenação dos grupos é de que estes sejam compartilhados entre as EqSF e o NASF, porém vários grupos terminam sendo conduzidos apenas pela equipe NASF. Isso ocorre não apenas devido à grande demanda de atendimento para EqSF, mas também, devido ao modelo de gestão e prática proposto pelo NASF que é diferente do modelo e da prática da ESF. Está relacionado ainda, com o planejamento da gestão das UBS (as ações), o que inclui não apenas as metas de produção a serem atingidas, mas também a determinação do foco das ações pelo gestor das unidades de saúde.

O NASF, por ser um núcleo de apoio as EqSF tem suas ações indissociáveis destas equipes. Disso decorre a necessidade de se estabelecer

boas relações de trabalho e ajuste das ações das duas equipes (ESF e NASF). Isso requer disponibilidade e esforço de todos, assim como ajustes em ambos os processos de trabalho.

A terceira questão diz respeito ao fato de que existem profissionais que não tiveram na sua formação acadêmica o enfoque no trabalho em equipe. O trabalho compartilhado exige que o profissional se disponha a fazê-lo mesmo que este não tenha experiência anterior, ou não o considere importante. O profissional terá que aprender fazendo. É um aprendizado que demanda tempo e disponibilidade para acontecer.

O atendimento compartilhado não é fácil de acontecer; é um exercício cotidiano de aprendizado e, expõe inclusive dificuldades e competências técnicas dos profissionais (EqSF e NASF). Essa exposição pode ser um dificultador para alguns profissionais da EqSF dependendo de suas características profissionais e pessoais. Soma-se a isto, o fato de alguns trabalhadores não têm experiência, nem formação para realizar grupos (terapêuticos, educativos, oficinas, entre outros), sendo que esse tipo de atendimento é considerado prioritário.

A quarta questão refere-se à diferença entre a produtividade exigida para as EqSF e para o NASF, o que é um ponto primordial. A equipe da ESF tem que responder a uma demanda muito maior do que do Núcleo e não pode adiar atendimentos. Isso gera um descompasso entre a necessidade de atender toda a demanda, a resolução rápida de alguns casos e a nova lógica de trabalho proposta pelo NASF (discutir, refletir, compartilhar, mudar formas de atuação).

Os documentos norteadores do NASF especificam, principalmente, as ações da equipe e por área temática, não por categoria profissional. Referem que em casos extremos é possível a atenção específica, porém não esclarecem o que são os casos extremos, nem o que é caracterizado como atenção específica de cada profissional na atenção básica. Isso possibilita que cada profissional crie seu trabalho específico dentro dos parâmetros da atenção básica primária e da sua própria compreensão desse processo.

Outra questão a ser destacada é que o trabalho prescrito do NASF é amplo, engloba vários tipos de ações a serem realizadas por toda a equipe, com pouca prescrição para a especificidade de cada categoria profissional. Sendo assim, o trabalho específico de algumas categorias fica diluído no trabalho de equipe. A

pouca prescrição possibilita que cada profissional vá delineando seu trabalho a partir da prática, isto é, do trabalho real, e que este irá possuir características específicas da região onde atua, da formação e experiência profissional de cada um, das demandas que surgem para as equipes da ESF e da pactuação que será feita entre o trabalho das equipes da ESF e do NASF. Dessa forma, cada NASF poderá ter características de trabalho diferentes. Isso de um lado é bastante positivo e esperado, por outro, dificulta que se criem práticas, coletivos e experiências que possam ser compartilhadas e agregadas aos vários NASF.

Na atenção básica faltam algumas categorias profissionais ou o número de profissionais é insuficiente para realizar atendimentos especializados como, por exemplo, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos. Tão pouco, há serviços de referência para que se encaminhe a população com necessidade desse tipo de atendimento. Isso pode ser uma das hipóteses explicativas para o fato de alguns profissionais do NASF realizarem atendimentos específicos individuais e/ou grupais não compartilhados, o que a princípio não seria prioritário no NASF.

As equipes da ESF e do NASF, por vezes, não sabem como proceder em alguns casos que ultrapassam os recursos da atenção primária. Nos casos considerados graves, como por exemplo, na área de saúde mental, alguns profissionais referiram que é mais fácil saber o que fazer com um usuário que apresenta um quadro psiquiátrico agravado que, nesse caso, é encaminhado para o CAPS, do que encaminhar casos mais leves e mais corriqueiros, alguns desses de difícil diagnóstico ou ainda, por não ter um serviço de referência para encaminhar.

A quinta questão relaciona-se a um dos papéis principais do NASF que é a articulação com a rede de serviços, o que inclui, não apenas os de saúde, já que há usuários que são atendidos em outros equipamentos da rede, bem como pela ESF e pelo NASF; as ações são diferentes e se complementam.

As ações realizadas pelo NASF são bastante diferenciadas dos demais trabalhos realizados na rede básica de saúde o que dificulta a criação de parâmetros e instrumentos que representem a especificidade das ações e a produtividade daquilo que efetivamente realizam.

É importante que as equipes dos NASF sistematizem os processos de

trabalho que já estão em prática, estabelecendo os fluxos básicos, incorporando-os a prática da equipe.

Neste estudo apresentamos um breve panorama do trabalho realizado por dois NASF de uma mesma região da cidade de São Paulo. Sabemos que este não se esgota aqui, mas esperamos que possa trazer contribuições e sirva para reflexões sobre o trabalho realizado inclusive por outros NASF.

É importante ressaltar que a introdução de mudanças positivas no trabalho, o que inclui a organização e as condições de trabalho, é antes de tudo um compromisso que, para ser eficaz, deve ser permanente e devem envolver todos os níveis hierárquicos, os trabalhadores, os gestores. Somente assim, chegar-se-á em soluções de compromisso que realmente apontem para a prevenção do adoecimento dos trabalhadores, bem como para a melhoria constante dos processos de trabalho e a qualidade do atendimento prestado a população.

3. RESULTADOS

B. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Juliana de Oliveira Barros²⁵

Rita Maria de Abreu Gonçalves²⁶

Selma Lancman²⁷

Ronaldo Pires Kaltner²⁸

Márcia Terra da Silva²⁹

Nicole Guimarães Cordone³⁰

²⁵ Pesquisadora Júnior. Doutoranda em Ciências pela FMUSP. Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

²⁶ Pesquisadora Júnior. Mestre em Ciências pela FMUSP. Terapeuta Ocupacional da PMSP.

²⁷ Coordenadora Geral da Pesquisa.

²⁸ Bolsista de Iniciação Científica (6 meses). Aluno do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

²⁹ Profa. Livre Docente da Escola Politécnica da USP.

³⁰ Colaboradora. Aluna do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

Diversos autores têm procurado estudar o setor de serviços, em especial, na área da saúde. Conceitos e técnicas de gestão de operações, como métodos de avaliação de desempenho, conceituação do valor do serviço, ou das “unidades” resultantes do serviço, devem ser adaptados para preverem que o processo de produção se dá por meio do relacionamento entre pessoas – característica principal destes serviços – o que implica em grande parte na imprevisibilidade e na variabilidade presentes na gestão de operações de serviços (Vries et al, 1999, Bowen e Ford, 2002). A própria definição do “resultado” é motivo de debate, já que o valor almejado, a melhora da saúde do paciente, depende de uma série de condições e ações por parte do próprio usuário, e sobre as quais a organização não tem controle. Na medida em que não há padronização de saídas e o processo deve se adequar às condições do paciente as tarefas são pouco especificadas (Mintzberg, 1989). Esta é uma das razões pelas quais o controle da produção nestes serviços é difícil. Outra razão diz respeito às características dos ciclos de produção, que são longos, incertos, variáveis e difíceis de estimar (Silva, 2009). Além disso, na organização dos profissionais de saúde para a prestação de serviços, reside um problema típico de integração de sistemas, como bem mostraram Glouberman e Mintzberg (2001 e 2001 b).

Dadas essas dificuldades, é de se esperar que elas também se apliquem aos processos de avaliação da qualidade dos serviços. Além disso, o usuário - a quem cabe uma avaliação final sobre o serviço - sente-se tecnicamente inferiorizado para avaliar o serviço que recebeu e acaba tendendo a avaliá-lo muito mais através do processo pelo qual passou do que pelos resultados que efetivamente recebeu (Silva, 2009).

Este conjunto de características dos sistemas de serviços de saúde configura uma organização complexa, em que uma mudança em parte do sistema impacta nas outras partes. Desta forma, conseguir os resultados de eficácia e eficiência não dependem somente de modelos teóricos apropriados, mas também do projeto e gestão do processo de operações como um processo técnico.

B.1. Objetivos desta Etapa;

O objetivo deste eixo é o de apresentar como está organizada a produção e o trabalho das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da

Região Oeste do Município de São Paulo, para alcançarem os resultados esperados. Objetivou-se ainda, apreender e apresentar os valores e sentidos atribuídos ao tipo de trabalho desenvolvido, na perspectiva dos gestores envolvidos com estas equipes.

Os dados foram coletados e analisados a partir de:

- Documentos norteadores do NASF – Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.
- Duas entrevistas semiestruturadas realizadas com o coordenador dos NASFs;
- Entrevistas semiestruturadas realizadas com as gerentes de duas Unidades Básicas de Saúde, as quais as equipes NASF estão vinculadas.
- Observação aberta de algumas situações de trabalho - uma reunião da equipe NASF e uma reunião entre equipe NASF (trio) e uma equipe da ESF de uma da UBS de referência.

O principal escopo do estudo está relacionado à perspectiva dos gestores, no tocante à identificação e definição dos resultados do trabalho: se centrado no processo e/ou no usuário e/ou na comunidade, a partir dos seguintes elementos:

Definição de conteúdo do trabalho: elementos mais valorizados; como e por quem o trabalho é definido; como é avaliado;

Formas de planejamento e controle do trabalho e resultados; em que esfera é realizado o planejamento e que autonomia tem os profissionais nesta definição e como os resultados intangíveis são controlados;

Tratamento de eventos: como a variabilidade e a imprevisibilidade de situações são trabalhadas no serviço.

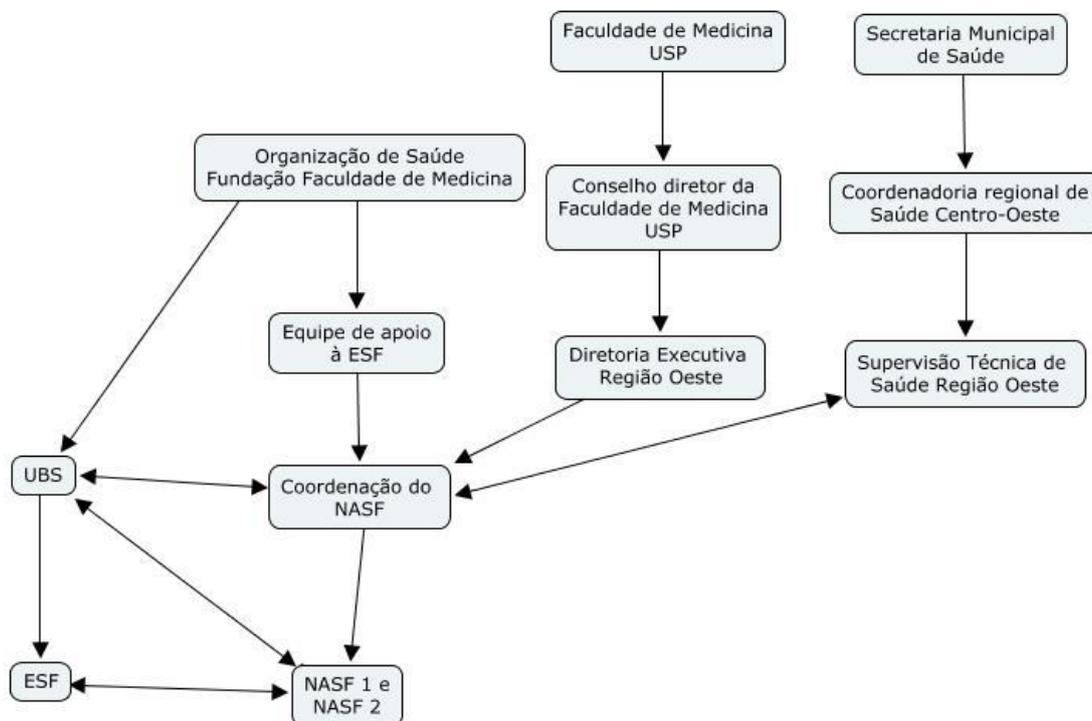
B.2. Resultados;

B.2.1. Organograma NASF

As equipes dos NASF estudados relacionam-se com estruturas administrativas e de gerência distintas: coordenador dos NASF; gerentes das UBSs às quais estão referenciados; Diretoria Executiva da Região Oeste; Fundação Faculdade de Medicina; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; e,

por fim, Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.

Organograma



Obs.: O organograma apresentado foi adaptado daquele utilizado pela equipe de ergonomia; não estão representadas todas as estruturas e hierarquias organizacionais.

B.2.2. Inserção Institucional do coordenador do NASF

Os NASFs da Região Oeste da cidade de São Paulo possuem um coordenador que responde, em primeira instância, para a equipe da Diretoria Executiva da Região Oeste e também para a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Sua contratação se deu pela Fundação Faculdade de Medicina.

Ele é responsável diretamente pelas ações que as equipes dos NASF desenvolvem e pelos espaços em que estes têm representatividade. Os assuntos prioritários tratados pela coordenação referem-se ao trabalho do Núcleo, a produtividade, aos desafios do território e as diretrizes determinadas para a região oeste. Vale ressaltar que a produção mensal das equipes NASF é enviada pelo coordenador para essas instâncias sem a necessidade de aprovação e/ou

validação dos gestores das UBS. A coordenação também tem a responsabilidade de solicitar recursos materiais necessários ao desenvolvimento do trabalho junto à Fundação Faculdade de Medicina.

B.2.3. Perspectiva do coordenador dos NASF sobre o trabalho dos Núcleos

- **Implantação do NASF na Região Oeste;**

A implantação de uma equipe NASF prevê a avaliação das necessidades de saúde da população de um determinado território através de dados epidemiológicos da região e da identificação de prioridades específicas da mesma. Esta avaliação deve ser feita pelos gestores municipais, pelas supervisões de saúde, pelas unidades de saúde e também pelas EqSFs. A participação das EqSFs na avaliação e debate é de suma importância, pois são elas que conhecem o território e atuarão em conjunto com o NASF.

No Projeto Região Oeste ocorreu uma oficina em abril de 2009 a fim de promover o debate para a implantação das equipes NASF. Participaram os trabalhadores de saúde vinculados à OS FFM e os da prefeitura, além dos gestores da secretária de saúde e responsáveis por departamentos da Faculdade de Medicina da USP. Esta atividade ocorreu em três dias nos quais foram discutidos temas como: interdisciplinaridade, trabalho em equipe, matriciamento e possíveis ações do NASF no território. O debate tornou possível a contratação, com autorização da Secretária Municipal de Saúde, de profissionais não previstos na portaria do NASF vigente até aquele momento, tais como médico geriatra e clínico geral.

Antes da implantação do NASF houve uma discussão com as EqSFs sobre como o NASF iria influenciar o trabalho dessas equipes e o que seria o trabalho de matriciamento. Esta atividade se mostrou importante por sensibilizar os profissionais das UBS sobre o papel que esta nova equipe iria desempenhar, tentando fazer um alinhamento com a inovadora proposta de serviço onde a lógica de trabalho não era de ambulatório de especialidades ou da atenção secundária, mas de compartilhamento de casos.

De acordo com a coordenação do NASF, estes esforços por parte dos coordenadores do Projeto Região Oeste e dele próprio mostraram um

compromisso diferenciado para a implantação do serviço:

“Uma das coisas que eu tenho como princípio é fazer com que o NASF consiga desenvolver trabalho de NASF, que não desvirtue para o trabalho ambulatorial” (Entrevista 3).

“... a gente não quis implantar um NASF só pra cumprir protocolo, porque precisa ter o NASF... não, a gente quis fazer um NASF que fosse resolutivo, por isso que o NASF tem esse tamanho, é o maior de São Paulo” (Entrevista 3).

Foi destacado pela coordenação que o processo de implantação do NASF da Região Oeste foi diferente em relação ao de outras regiões do município:

“...historicamente, em SP as equipes (NASF) caíram de paraquedas nas unidades, sem as pessoas entenderem o que eles iam fazer, sem eles saberem o que iriam fazer, então foi uma bagunça muito grande e isso teve um prejuízo para as equipes” (Entrevista 3).

Outra discussão feita nas UBS de referência dos NASF referiu-se ao redimensionamento dos papéis e ações das categorias profissionais já existentes nas respectivas unidades. Por exemplo, em uma UBS que contava com um fisioterapeuta no quadro de funcionários houve um diálogo para reorganizar o fluxo de encaminhamento e a definição de ações para cada um.

- **Conteúdo de trabalho do NASF;**

De acordo com a coordenação, atualmente existe autonomia por parte dela e demais profissionais que compõe o núcleo, para que o trabalho do NASF seja pensado a partir dos documentos norteadores que regulamentam suas funções e atividades a serem desenvolvidas. Em decorrência da vinculação direta com a Faculdade de Medicina da USP existiam também, no início do trabalho, ações recomendadas por esta instituição e apresentadas em cadernos para orientar o

trabalho de cada profissional. Contudo, nem todas as ações previstas pela faculdade correspondiam com o trabalho que o NASF poderia realizar, o que fez com que estas cartilhas deixassem de ser uma referência para o trabalho:

“... por exemplo...(o departamento de) ginecologia escreveu que pré-natal não pode ser feito na atenção primária...mas um pré-natal normal não vai fazer?... então, vem coisas do departamento que a gente fala: não dá pra seguir isso”. (Entrevista 3).

O número de atendimentos e visitas domiciliares que devem ser realizados pelas equipes NASF e ESF é determinado pela Secretária de Saúde de cada município. De acordo com a coordenação, no caso de São Paulo, a quantidade ainda varia segundo a Organização Social ao qual o serviço de saúde está vinculado. Para as equipes estudadas existem metas estabelecidas de acordo com a categoria profissional.

Neste contexto, a coordenação do NASF vem tentando discutir com a Secretária de Saúde de São Paulo a definição de metas de produtividade já que, inclusive, esta ajudou a estabelecer as primeiras que seriam instituídas. Contudo, trata-se de um processo que necessita de constantes reavaliações e, conseqüentemente, novas configurações.

O coordenador apontou que as principais atribuições dos Núcleos são: reunião com as equipes de saúde da família; reuniões intersetoriais com a rede; reuniões de categorias profissionais; atendimento domiciliar; atendimento compartilhado; e grupos. O foco do trabalho é o desenvolvimento de ações compartilhadas e, desta forma, os NASF participam de muitas reuniões e investem na realização de grupos (terapêuticos, educativos, oficinas, entre outros).

“A gente privilegia as ações coletivas mesmo” (Entrevista 3).

Os espaços de reunião são privilegiados para o trabalho acontecer. Neles é que surgem os desafios e dificuldades a serem enfrentados. A partir de cada reunião, os profissionais definem sua agenda de trabalho, respeitando as atividades fixas que devem ser priorizadas, como as reuniões de equipe NASF, entre NASF e EqSF, bem como aquelas com os demais equipamentos de saúde ou sociais do território. A coordenadora acredita que a participação em reuniões

ajuda na coesão do grupo, de forma a subsidiar a construção de um trabalho em equipe.

“Então, como eu penso que é importante o momento da equipe junto, porque se a gente não for unido, coeso, não falar a mesma língua, a gente não vai conseguir fazer um trabalho legal, então, eu deixei livre (a agenda de trabalho)” (Entrevista 3).

A reunião de equipe entre os profissionais do NASF se apresenta como eixo estruturante do trabalho e para as outras reuniões. Ela tem como funções principais: o repasse e debate dos casos compartilhados na reunião com as EqSFs; discussão sobre processos de trabalho; discussão sobre grupos; devolutivas de reuniões e de comissões; e informes de solicitações dos profissionais das UBS. De acordo com a coordenação do núcleo esta reunião é um dos espaços mais potentes e estruturadores para a equipe, no qual encontram momentos para dialogar com esta sobre o trabalho, para pensarem em conjunto nos desafios cotidianos do trabalho e encontram suporte entre seus pares.

Uma das principais estratégias de trabalho do NASF é o matriciamento, que pode se dar a partir de dois eixos: o técnico pedagógico, com o objetivo de compartilhar informações e construir ferramentas para subsidiar o acompanhamento dos casos entre as equipes (NASF e EqSF); e o assistencial que acontece no contato direto com o usuário e pode se dar a partir de grupos educativos, terapêuticos, oficinas e atendimentos individuais (dentro da UBS ou na visita domiciliar). O matriciamento como forma de coordenação das ações se mostra essencial, pois o trabalho das equipes NASFs não se configura como porta de entrada para o sistema de saúde e deve estar necessariamente vinculado às ações desenvolvidas pelas EqSFs.

Para o desenvolvimento da atenção aos casos de maior complexidade uma das ferramentas de trabalho utilizada é o Projeto Terapêutico Singular. Neste é realizado: anamnese aprofundada com dados da história de vida e clínica do indivíduo e/ou de sua família; se elenca os objetivos a serem alcançados a médio e longo prazo; se define as ações a serem desenvolvidas e as responsabilidades dos indivíduos envolvidos (equipe de saúde, familiares e usuários do serviço).

Outra forma de articulação com os profissionais das UBS é feita por meio de comissões que discutem e deliberam sobre assuntos de interesse comum:

“A gente não faz nada na unidade que não seja pactuado com as equipes (de Saúde da Família), não podemos fazer isso, porque nós somos apoio...tudo que a gente faz é com a equipe...uma das estratégias que a gente usou pra fazer isso são as comissões, por exemplo, existe uma comissão só pra caminhada, que tem agentes comunitários, médicos; não necessariamente o profissional tem que estar no grupo, mas tem que estar na comissão, para ajudar a pensar, para ajudar a reavaliar, para ajudar a estruturar” (Entrevista 3).

Além de ser um espaço de planejamento de ações, as comissões ainda se configuram como um espaço de responsabilização dos profissionais das UBSs sobre os grupos e os focos de atuação, de modo a evitar que o trabalho fique somente sob a responsabilidade do NASF.

- **Formas de planejamento e controle do trabalho;**

O planejamento das reuniões entre equipes é estratégico para o NASF tendo em vista que é a partir delas que será estruturado todo o trabalho dos profissionais e a agenda de atividades.

Em relação às reuniões de equipe NASF elas têm a duração de 4hs e acontecem semanalmente, sendo organizada em três momentos. Inicialmente nas primeiras duas horas são realizadas discussões sobre casos considerados mais complexos. Há um intervalo de 20 minutos, e neste momento os profissionais também discutem questões mais pontuais com seus pares e ajustam suas agendas para atendimentos de outros casos que não foram discutidos com toda a equipe, oriundos, principalmente das reuniões entre as equipes NASF/EqESF. No terceiro momento, que dura aproximadamente uma hora e quarenta minutos são discutidos temas como: processos de trabalho; os grupos em andamento e os novos; o trabalho das comissões; devolutivas das diversas reuniões que os técnicos do NASF participam; solicitações diversas; informes; e outros assuntos que sejam pertinentes. Segundo relatos do coordenador do NASF há muitas pautas a serem

discutidas nas reuniões de equipe e que, comumente, acumulam-se de uma semana para outra.

As reuniões com as EqSFs têm frequência semanal e duram 2 horas. De cada uma delas participam três profissionais do NASF, além de todos da EqSF. A forma de organização em trios foi acordada entre coordenação e profissionais do NASF em decorrência do entendimento de que tal formato poderia privilegiar o trabalho interdisciplinar, favorecendo a possibilidade de maior resolução para as demandas, e o compartilhamento mais estruturado dos casos a partir do apoio mútuo entre profissionais da equipe. É importante destacar que esta forma de organização é própria das equipes NASF estudadas, pois os profissionais acreditam que esta configuração fortalece planejamentos e ações mais organizadas. É importante destacar que devido a grande demanda de questões referentes ao campo da saúde mental, os trios são compostos de modo a garantir que em todas as reuniões esteja presente pelo menos um profissional que trabalhe diretamente com esta problemática, como o psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional.

Outra questão importante relatada pelo coordenador, refere-se à organização das agendas dos profissionais. Este orienta que os profissionais se organizem de modo a concentrarem as atividades de cada dia somente em uma das UBS, a fim de evitar muitos deslocamentos. Esta recomendação se dá em virtude da falta de disponibilidade de viatura para fazer o transporte dos profissionais, que acabam utilizando seus veículos para se deslocarem, sem restituição de gastos pela instituição.

No que se refere aos registros das ações dos profissionais, os atendimentos realizados pelo núcleo compõe os prontuários dos usuários. Também há fichas de cadastro próprias do NASF, arquivadas em pastas específicas alocadas nas UBS, onde são registradas as atividades desenvolvidas e demais informações que interessem ao trabalho do núcleo. Tal processo encontra-se em transição, tendo em vista que está em curso a criação de um sistema de informações integrado para registro eletrônico.

Além deste registro de atividades que já existe a coordenação afirma que há a necessidade de criar protocolos, marcadores e instrumentos mais específicos por especialidade profissional e por diagnóstico. Em decorrência desta demanda, tem

sido solicitado aos profissionais o mapeamento das ações que desenvolvem no âmbito de sua especialidade, tendo como objetivo destacar quais saberes específicos de cada categoria profissional aparecem no trabalho cotidiano:

“... eu entendo que tem o campo de saber que ocorre pela interdisciplinaridade, a gente faz ações conjuntas... é dinâmico, mas também tem o núcleo do saber de cada um e esse núcleo tem que ser respeitado, é algo específico do psiquiatra, é algo específico, do educador físico, da nutricionista... então vamos desenhar quais são as ações da nutri (como exemplo) do NASF” (Entrevista 3).

A coordenação apontou que este tipo de organização poderia tornar mais efetiva a resolução de casos que necessitam de uma atenção mais prioritária e intensiva. Como exemplo, em um caso de suicídio haveria um protocolo de atenção que contemplasse: quais profissionais deverão atender o caso; como irá se dar o compartilhamento; que fluxo deve ser seguido para que o acompanhamento possa se dar o mais rápido possível e de forma eficiente; e que estratégias devem ser utilizadas para que haja um olhar múltiplo e abrangente frente às diversas demandas que surgirem no decorrer do atendimento.

Em relação a divisão do trabalho, um aspecto facilitador é o tamanho da equipe, o que colabora para diminuir a carga de trabalho que é menor se comparada a outros NASFs da cidade de São Paulo. Isto porque, cada uma das equipes estudadas é composta por 15 profissionais de nível superior de diferentes especialidades fazendo com que os profissionais dos NASF Alfa e Beta sejam referência para um número menor de EqSFs. Tal característica permite que os acompanhamentos aos usuários e as equipes se deem de maneira mais estruturada, principalmente nas situações de maior complexidade. Também foi estabelecido em parceria com a coordenação do núcleo que cada profissional acompanhe no máximo quatro EqSF: os que possuem carga horária de trabalho de 20 horas semanais acompanham no máximo duas equipes e os de 40 horas semanais quatro.

Segundo o coordenador do NASF uma das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho é que alguns profissionais da EqSF tendem a

encaminhar para o NASF casos onde há expectativa de que se faça um acompanhamento ambulatorial, o que não corresponde às atribuições do Núcleo. Ainda segundo ele, esta tendência existe em decorrência de diversos fatores tais como: algumas EqSF que ainda têm uma visão tradicional com relação a possibilidade de contribuição dos profissionais do NASF; aos gerentes das UBSs; a OS que contrata os profissionais e cobra uma produtividade que não necessariamente condiz com o tipo de trabalho realizado; a população que tem uma visão mais focal e cobra atendimentos especializados; e a própria equipe NASF, que, vivencia estas pressões e, por vezes, apresenta dificuldade de realizar um trabalho diferente daquele praticado anteriormente em sua trajetória profissional.

“... é muito mais fácil você atender, do que você fazer algo compartilhado, do que você fazer grupos, do que você fazer visita domiciliar... é muito mais fácil você ficar numa sala com o paciente...”
(Entrevista 3).

Esta situação ainda ocorre devido ao entendimento errôneo de que o NASF é constituído por um conjunto de especialistas que servem para substituir aqueles que faltam na rede, demanda que já tratada diversas vezes em reuniões intersetoriais e com diferentes equipes de saúde do território. Esta cobrança se torna mais conflituosa quando feita por uma instância superior como a supervisão de saúde do município de São Paulo:

“Exigem do NASF uma coisa que não é pra ele fazer, como por exemplo, ambulatório... mas o NASF não veio para cobrir buraco da rede” (Entrevista 3).

“Então, eu acho que eu tenho que ser firme, porque se a gente abre mão vai desvirtuar o trabalho, para desvirtuar é muito fácil e é um trabalho que a gente vem fazendo com tanto esforço, com tanto suor, para de repente você abrir, entendeu?” (Entrevista 3)

O trabalho interdisciplinar com ações conjuntas e compartilhadas com as

EqSF ainda é apontado como um desafio, por ser uma proposta muito inovadora, com a qual poucos profissionais estão habituados ou têm formação.

Outra dificuldade é a da relação com algumas EqSF que não têm uma boa dinâmica de funcionamento. Há profissionais que centralizam mais suas ações e outros que não entendem as formas de apoio que o NASF pode oferecer, estabelecendo assim, relações mais verticalizadas com os demais profissionais do NASF e da própria EqSF. Por fim, a proposta de compartilhamento de casos tem, ainda, o desafio de superar a lógica clássica de atenção, ou seja, de uma relação dual entre o profissional e o usuário:

“Tem médico que não quer fazer atendimento compartilhado, que não traz casos que a gente acha que deveria trazer e que a gente sabe que está rolando, porque o ACS vem escondido do médico para tentar passar um caso que o médico ou o enfermeiro não querem passar” (Entrevista 3).

- **Tratamento de eventos;**

Algumas situações foram exemplificadas pelo coordenador do NASF e que podem ser consideradas como eventos vivenciados no curso do trabalho. Em algumas delas são apresentadas as soluções que foram adotadas quer seja pelo coordenador quer pela equipe técnica que compõe o núcleo.

Devido ao *“compromisso essencial de fazer com que o NASF trabalhe como NASF”* (Entrevista 3), já houve uma indisposição com relação a outros profissionais e instâncias que cobraram deles um trabalho que não correspondia com aquele que deveriam realizar, mais centrados em atendimentos individuais, próximos ao modelo ambulatorial . Isto gerou situações difíceis e constrangedoras para o coordenador do núcleo, que afirmou que ocorreram cobranças e conflitos onde ele realizava o trabalho *“do jeito que ele queria”* (Entrevista 3). A coordenação aponta que é seu papel esclarecer e sustentar que o trabalho do NASF aconteça de acordo com os pressupostos estabelecidos pelos documentos que o fundamentam:

“Eu defendo mesmo (o trabalho) do NASF, é difícil defender, porque você acaba se indispondo com pessoas do território; pessoas

que tem outras relações, mesmo com o departamento, aí você começa a ouvir fofoca...” (Entrevista 3).

O coordenador afirmou ainda que, em algumas situações é papel da coordenação ser flexível no manejo com as gerências das unidades já que a entrada do NASF modificou os processos e fluxos de trabalho existentes, o que por si só gerou situações de conflito:

“Porque quando o NASF entra na unidade, ele mexe com todos os processos de trabalho. A gente muda muita coisa na unidade de saúde, a começar pela entrada de casos... Então eu fico imaginando, eu sou gerente da unidade de saúde e de repente tem um coordenador do NASF, mais os profissionais que estão na unidade que eu gerencio, mas eu não sou a gerente deles. Isso naturalmente já é um conflito, então eu tenho que ter uma postura flexível” (Entrevista 3).

Neste contexto, uma tarefa importante da coordenação do NASF é a de estabelecer um diálogo com as gerências das UBS sobre o trabalho do Núcleo, suas características e processos, bem como, esclarecer o que este pode e deve realizar, assim como os limites da sua ação. Esta negociação tem como objetivo também, favorecer o estabelecimento de um consenso das atividades e fluxos de trabalho realizados entre as equipes NASF e da ESF.

A depender do evento ocorrido, a coordenação do Núcleo intercede diretamente para resolver os conflitos gerados, porém em algumas situações sua mediação não é necessária. Ela citou como exemplo, a ocorrência de desentendimentos entre alguns profissionais do Núcleo e os gestores das UBS devido à cobrança de horário de trabalho. O coordenador orientou o profissional envolvido no conflito a resolvê-lo diretamente com o gestor, sem a necessidade da sua mediação.

Sobre situações de conflito na equipe do NASF e entre equipes NASF/ESF, o coordenador afirma que é seu papel gerenciar e intermediar tais situações, entretanto sempre faz, antes de intervir diretamente, uma análise das

circunstancias para saber se deve ou não mediar e qual o limite da sua ação.

Vale destacar que a própria coordenação sofre pressões e cobranças de diversas instâncias hierárquicas, seja das gerências das UBS e dos equipamentos de saúde do território, seja da Secretária Municipal de Saúde e da FFM e tem lidar com essas questões todo o tempo necessitando ser um hábil negociador. Identificamos ainda, algumas situações específicas vivenciadas pela equipe que se referem a recursos físicos e materiais disponíveis para o desenvolvimento do trabalho. As equipes do NASF Alfa e Beta não possuem salas exclusivas para atendimentos e/ou reuniões, utilizam espaços de uso coletivo, existentes nas unidades. São utilizados também, locais externos para realização de grupos, oficinas, entre outras atividades. No entanto, a depender do território adscrito a UBS estas opções são escassas. O uso dos espaços internos das UBS de forma compartilhada com os demais profissionais das unidades e o uso de espaços externos, nas respectivas comunidades, aparecem como uma estratégia para lidar com a insuficiência de espaço físico frente as atividade realizadas e as necessidades do trabalho do Núcleo.

Apesar da equipe do NASF Alfa ter recebido a possibilidade de ter uma sala de uso exclusivo, esta ideia foi recusada, pois foi entendido, que diante da carência generalizada de espaços, a sala deveria ser dividida com os demais profissionais que estão alocados na UBS.

Algumas atividades desenvolvidas necessitam da utilização de materiais, porém, a aquisição destes se dá somente através de processo de compra realizada pela FFM. O coordenador afirmou que este é um processo burocrático, eventualmente moroso, não apenas para a compra, mas também para a sua entrega aos profissionais. Vale ressaltar que não podem ser solicitados quaisquer materiais, somente os que se encontram em uma lista previamente estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os materiais que pertencem à equipe são guardados em armários cedidos pelas UBS, o que acaba, por vezes, restringindo e dificultando seu uso, pois não existe veículo próprio para realizar o deslocamento do material de uma UBS a outra. A solução encontrada pelos profissionais foi a de transportar esses materiais em seus próprios veículos. Por vezes, quando necessitam de algum material que não está disponível ou ainda não foi adquirido, alguns profissionais acabam por

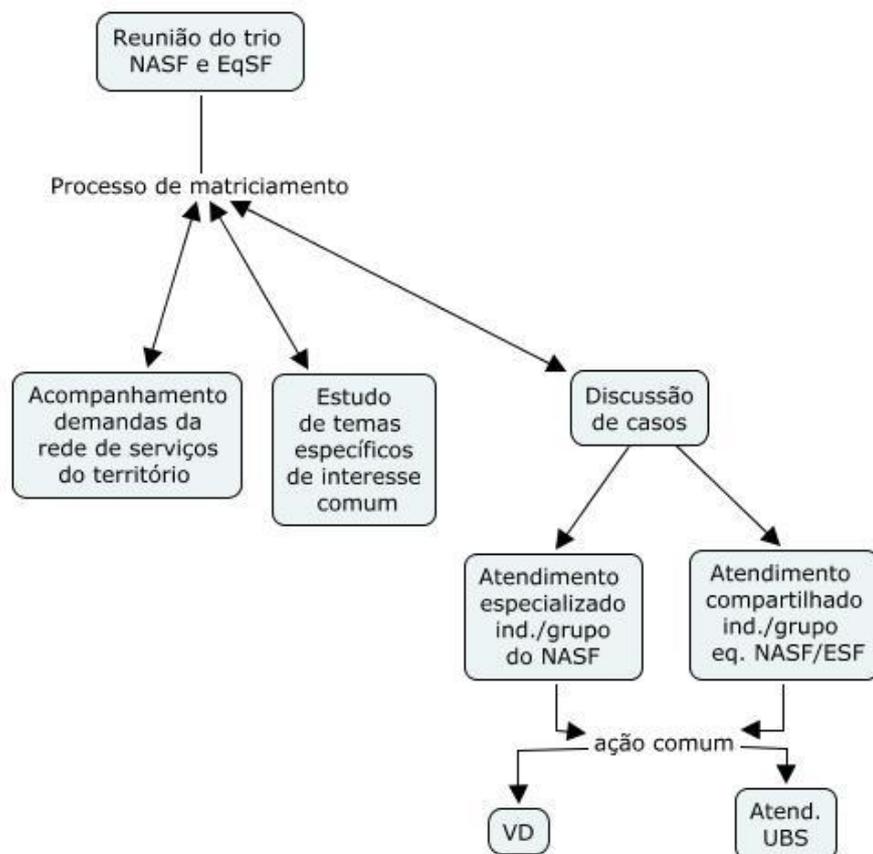
utilizar materiais particulares.

Por fim, o coordenador relatou que já ocorreu extravio de material. Tal fato ocorreu quando o profissional se ausentou da sala por um curto espaço de tempo, após o término da atividade que estava desenvolvendo. Neste caso, o mesmo foi orientado a lavrar um boletim de ocorrência.

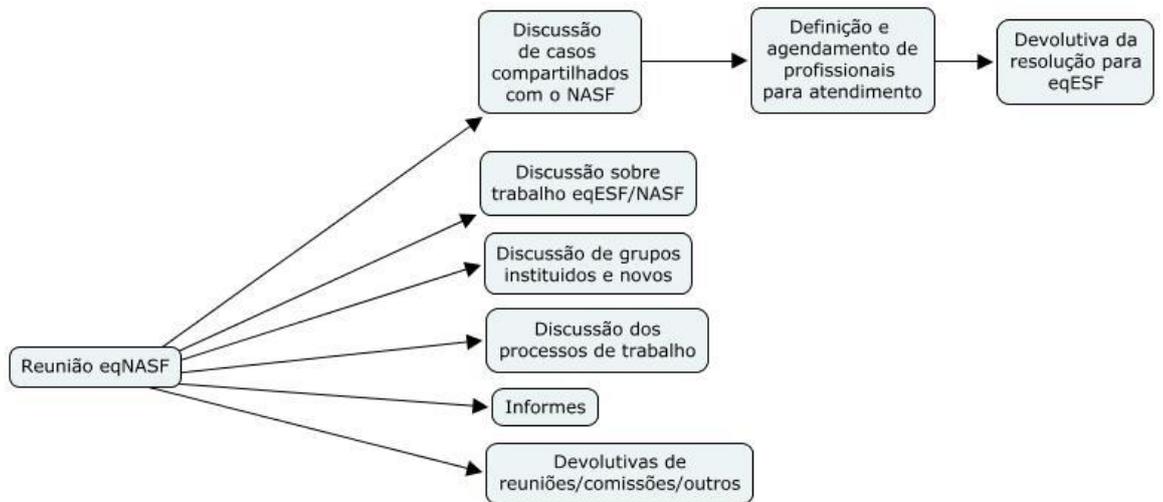
- Fluxos de trabalho das equipes

A seguir, apresentamos dois fluxos de trabalho que apresentam algumas das principais tarefas realizadas nas reuniões de equipe NASF e entre equipe NASF (trio) e EqSF.

Fluxo 1 – Trabalho entre equipes SF e NASF



Fluxo 2 – Reunião da equipe NASF



B.2.4. Perspectivas dos gestores das Unidades Básicas de Saúde sobre o trabalho dos NASF

- **Gerente de uma das unidades básicas de referência do NASF Alfa;**

Segundo a gerente no início da implantação da equipe NASF houve dificuldade para integrar o trabalho deste com o já estruturado pelas EqSF. Porém, atualmente, o processo de trabalho e o fluxo de atendimento já estão estruturados. As ações a serem desenvolvidas são acordadas em reuniões que ocorrem semanalmente entre as duas equipes. A principal ferramenta de trabalho utilizada é o matriciamento que ocorre entre as equipes a partir do compartilhamento e discussão de casos.

Também ocorre a participação constante da equipe do NASF nos grupos desenvolvidos na unidade de saúde. Com relação a esta atividade, a gerente referiu que quando há a intenção de criação de um grupo novo, o responsável discute a proposta com ela, que avalia a pertinência da estruturação do mesmo. Relatou ainda que, com a entrada da equipe NASF, houve a ampliação do número de grupos desenvolvidos na UBSe, em todos eles, há a participação de pelo menos um representante do Núcleo. Entretanto referiu alguns grupos não contam com a participação de profissionais das EqSF, ficando sob a responsabilidade apenas do NASF. Neste contexto, tal situação sempre é colocada em discussão por ela.

Na definição das atividades do NASF é previsto que os profissionais participarem da reunião técnica da UBS e da reunião do Conselho Gestor. A gerente valoriza as reuniões onde participam diversos atores das equipes de saúde:

“Eu acho que quando as reuniões acontecem, essas discussões envolvendo todo mundo, envolvendo a UBS, o NASF e o PSF não tem como (o trabalho) não dar certo” (Entrevista 1).

- **Gerente de uma das unidades básicas de referência do NASF Beta;**

De acordo com a gerência, apesar das equipes NASF serem alocadas em diferentes UBS, os profissionais têm seu trabalho definido pela coordenação do NASF e pela OS FFM, não havendo a necessidade dos profissionais responderem diretamente a estes gerentes. Portanto, eles não acompanham diretamente a dinâmica de trabalho entre as EqSF e NASF, já que esta organização se dá em acordos dialogados pelas equipes. Quando necessário, o coordenador do NASF acorda diretamente com os gerentes sobre o andamento do trabalho e as relações intra equipes (NASF e EqSF).

O gerente apontou ainda que a equipe do NASF se divide em trios para realizar atividades junto às EqSF, viabilizando a participação nas reuniões semanais junto às seis equipes da unidade. Posteriormente, os profissionais do NASF se reúnem, para compartilhamento dos casos e delegação de quem será responsável por cada acompanhamento.

Quanto ao conteúdo do trabalho do NASF, a e gerente apontou que o trabalho do núcleo se organiza a partir do matriciamento com as EqSF nas modalidades de compartilhamento de casos, participação e realização de grupos e capacitação dos profissionais da EqSF em atividades específicas.

Sobre o compartilhamento de casos o fluxo de trabalho ocorre na forma de *encaminhamento* das EqSFs para a equipe NASF, da seguinte forma: o médico elenca qual caso será compartilhado na reunião entre as equipes; o profissional representante do NASF identifica o tipo de caso e registra para compartilhar com os outros membros da equipe do núcleo; na reunião entre os profissionais do

NASF se elege qual deles ficará responsável pelo acompanhamento; o profissional designado disponibiliza um horário para o atendimento e informa ao ACS; o mesmo acessa e informa o usuário sobre o atendimento que será realizado. Esclareceu ainda que, o atendimento pode ser individual, dentro da UBS ou por visita domiciliar, ou em grupo.

B.3. Considerações Finais desta Etapa;

A primeira questão a ser apontada é que trabalho do NASF se estrutura a partir do contexto do território em que está inserido, estabelecendo um diálogo com os diversos atores implicados nos serviços de saúde e de outras áreas como educação, cultura, lazer. Importante destacar que cada região tem suas peculiaridades e que a cada NASF implantado os desafios serão diferentes de acordo com as características territoriais e demográficas da mesma, do número de profissionais e categorias profissionais que irão compor a equipe e, pelo número de EqSF que serão referência para o núcleo. Destacamos ainda que na cidade de São Paulo, os NASF podem apresentar características muito diferentes a depender também da Organização Social que o gerencia.

O NASF tem como desafio implantar um trabalho inovador que rompe com a lógica tradicional de ambulatório de especialidades, confrontando o lugar que até então era comumente delegado a profissionais como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, geriatra, etc. Vem ainda somar com o modelo proposto pela atenção primária à saúde, almejando ampliar as possibilidades de ação deste campo com a utilização de novas ferramentas para a atenção aos casos de alta complexidade. É esperado que a entrada de uma equipe NASF modifique parte do fluxo de trabalho das EqSFs.

Apesar de estar vigorando há alguns anos, o atual modelo de atenção básica e sua lógica de funcionamento ainda são relativamente novos para a população, habituada até então aos atendimentos focais e restritos ao modelo biomédico e dividido por especialidade médicas. Deve-se considerar então que os próprios usuários dos serviços de saúde estão em processo de assimilação e apropriação deste novo tipo de atenção oferecida.

A proposta de ação do NASF também traz mudanças para as diversas

instâncias de gestão, acostumadas até então com uma visão do trabalho em saúde centrada prioritariamente no atendimento individual e em outros níveis de atenção o que talvez estivesse mais em acordo com os instrumentos de gestão vigentes.

Por fim, a ferramenta de trabalho prioritariamente utilizada pelos profissionais do NASF prescinde de uma formação interdisciplinar. Essa nova demanda de trabalho, é inovadora para a própria equipe e muitas vezes esta em desacordo com a formação específica que cada profissional recebeu na graduação. Essa nova lógica de atenção requer novas estratégias de capacitação.

Para esses atores citados, os documentos norteadores do NASF elaborados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo foram importantes referenciais para o subsidio das ações e o planejamento do trabalho. As ferramentas tecnológicas utilizadas pelo NASF tais como o matriciamento e o PTS foram importantes contribuições orientadas por estas cartilhas. Por serem inovadoras e pouco conhecidas para a maioria dos profissionais é necessário tempo e amadurecimento para que sejam de fato incorporadas ao trabalho. Dessa mesma forma, esses documentos são naturalmente superados pelo dinamismo do trabalho cotidiano do NASF e devem, portanto, ser revistos e aprimorados a partir das experiências e do fazer acumulado das equipes do NASF em todo o país. Já as orientações elaboradas pelos departamentos da Faculdade de Medicina da USP não se mostraram suficientemente substanciais para embasar o trabalho, pois delineavam tarefas genéricas que nem sempre correspondiam ao que de fato poderia ser realizado na Atenção Primária em Saúde. O acúmulo de contribuições poderiam ser significativas e realmente incorporadas às práticas caso houvesse a um diálogo constante entre os profissionais que estão no território e os pesquisadores que se encontram na Universidade.

Ainda no que se refere ao planejamento do trabalho, no período da coleta de dados, após aproximadamente um ano e meio da implantação dos NASF da região estudada, a ampliação das ações previstas se mostraram fundamentais a partir dos desafios impostos pelas necessidades do território. Na prática, como o trabalho apresentava novas configurações, as equipes sentiram a necessidade de sistematizar: as ações que estavam sendo realizadas; os processos de trabalho que estavam em prática; e os fluxos básicos já existentes. Também pretendia-se, caso necessário, criar protocolos para casos e ações específicas de forma a

subsidiar o fluxo de trabalho e de atendimento, porém sem que houvesse um enrijecimento dos processos de trabalho. No que se refere ao trabalho dos especialistas também vinha se desenhando à necessidade de descrever as atribuições específicas de cada um deles, de modo a criar parâmetros e ferramentas que demonstrassem as ações e a produção de cada um. Esta tarefa era entendida como árdua, como um dos desafios de grande importância para a continuidade do trabalho e uma importante etapa para fazer avançar possíveis formas mais efetivas de oferecer assistência.

As metas de produtividade apareceram como outro elemento importante pois ainda havia uma incompatibilidade entre aquelas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde para as equipes NASF e SF. Para as EqSF há cobrança de realizar um número específico de visitas domiciliares e consultas individuais, de forma que as ações e consultas compartilhadas ficam prejudicadas. Isso cria uma dissonância entre os modos de trabalho das equipes NASF/SF que necessita ser observado com maior atenção pelas instâncias hierárquicas. Também é interessante, tendo em vista a natureza do trabalho do NASF, que possa haver um espaço de diálogo entre os responsáveis pela definição de metas e profissionais que trabalham no território, possibilitando o estabelecimento de critérios que, de alguma forma possam refletir o trabalho que realmente desenvolvem.

No que se refere ao planejamento e organização das tarefas do Núcleo é relevante apontar que boa parte da carga horária é destinada para a realização de reuniões de trabalho, o que demonstra que as demais ações são disparadas nestes espaços. Tal fato aponta para a necessidade permanente de haver investimento nas relações interpessoais e no diálogo entre os diferentes atores, tais como: na própria equipe NASF; entre as equipes do NASF e SF; NASF e gerências das UBS; NASF e equipamentos da comunidade; NASF e rede de saúde. Ainda é necessário que a equipe NASF tenha flexibilidade para saber avaliar e negociar os conflitos, discernindo quais deles necessitam de intervenção direta da coordenação do Núcleo, seja com os gestores das UBS seja com as EqSFs, e quais aspectos a própria equipe ou o profissional envolvido tem autonomia para tentar resolver.

A reunião e acordos entre as equipes NASF e ESF são essenciais para que

haja discussões dos casos e conseqüente ampliação do olhar técnico e do escopo de ações a serem desenvolvidas, assim como compartilhar a responsabilidade sobre determinadas atividades como grupos, oficinas, visitas domiciliares, entre outras.

Sobre a composição e configuração das equipes estudadas, uma característica importante é a constituição da equipe tanto no que se refere ao número de profissionais que a compõem como a diversidade de categorias profissionais, algumas não previstas pela portaria que criou o Núcleo. Outra singularidade é o número reduzido de EqSFs para que cada profissional do NASF deve ser referência, ao compararmos com as demais equipes NASF da cidade de São Paulo. A organização do trabalho em trios de referência nos quais se procura assegurar que haja envolvimento de um profissional relacionado à saúde mental é outro exemplo de estratégia bem sucedida. Tais características são facilitadores para que o trabalho possa acontecer e para que não haja sobrecarga para os profissionais do NASF.

Todas essas especificidades dos NASF estudados possibilitam uma configuração da organização do trabalho, bem como do planejamento e execução das ações. As equipes estudadas têm mais tempo e disponibilidade para discutir os casos e realizar as atividades planejadas. Além do que, a produtividade exigida tanto para a equipe como para cada profissional é mais flexível do que a de outros Núcleos da cidade.

Um ponto relevante é que nas entrevistas realizadas com os gerentes das UBS foram assinaladas algumas diferenças no entendimento do trabalho do NASF quando comparado ao da coordenação dos Núcleos:

Um deles relatou que alguns grupos realizados com os usuários, somente eram desenvolvidos por profissionais do NASF. Entretanto, o coordenador do Núcleo destacou que todo o trabalho da equipe deveria ser realizado de forma compartilhada com as EqSF;

Sobre o fluxo de atendimento, outro gerente entende que os casos a serem discutidos com o NASF somente podem ser elencados pelo médico da EqSF. No entanto, a coordenação NASF afirma que qualquer profissional da EqSF pode e deve realizar essa ação;

Nos relatos das gerências das UBS, identificamos uma descrição do

trabalho do NASF muito mais concisa e genérica, com poucas informações sobre as ações de fato realizadas entre as equipes.

As questões destacadas indicam a necessidade de ajuste sobre o entendimento que os gerentes das unidades têm sobre o trabalho do NASF visto que este está intrinsecamente relacionado ao trabalho realizado pelas EqSF, o que poderia permitir que as atividades, fluxos e processos de trabalho fossem pactuadas e estruturadas de forma mais clara.

Por fim, como apontado anteriormente, o trabalho do NASF tem um caráter inovador que ainda precisa ser incorporado pelos diversos atores envolvidos com o trabalho direta ou indiretamente. A coordenação do NASF, assim como as próprias equipes, sofrem pressões para realizar atendimento individual do tipo ambulatorial, situação que muitas vezes, necessita da intermediação do coordenador do núcleo. Ainda há a complexidade de se lidar com uma rede de serviços de saúde insuficiente para atender as demandas da população do território, fato que dificulta o encaminhamento de muitos casos que necessitam de outros tipos de atendimento e colabora com a pressão para o atendimento especializado.

Assim, o papel da coordenação tem se apresentado como fundamental para que o trabalho possa acontecer, de modo que o gerenciamento dos conflitos e das configurações de trabalho possam *“fazer com que o NASF trabalhe como NASF”* (Entrevista 3).

3. RESULTADOS

C. AÇÃO PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Selma Lancman³¹

Seiji Uchida³²

Juliana de Oliveira Barros³³

Laerte Idal Sznelwar³⁴

Marina Petrilli Segnini³⁵

³¹ Coordenadora Geral da Pesquisa. Especialista em Saúde Mental e Trabalho e Profa. Titular da FMUSP.

³² Prof. Dr. Da Fundação Getúlio Vargas (FGV).

³³ Pesquisadora Júnior. Doutoranda em Ciências pela FMUSP.

³⁴ Prof. Dr. da Escola Politécnica da USP.

³⁵ Psicóloga.Clínica. Mestre em Ciências da Reabilitação pela FMUSP.

No período da coleta de dados existiam duas equipes de NASF na região estudada. Uma mais antiga e com atividades um pouco mais estruturadas (equipe Alfa), referência para 2 UBSs e outra recém implantada, no início de suas atividades (equipe Beta), também referência para outras duas UBSs. Dessa forma optou-se por realizar as sessões de grupo com a equipe ALFA e complementar as especificidades da equipe BETA com dados coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas³⁶. Embora o método usualmente utilizado pela PDT preveja uma etapa denominada *validação ampliada*, onde o relatório produzido pelos pesquisadores e em conjunto com a equipe participante da ação em PDT pode ser discutido e validado com outras equipes, não houve consenso com a equipe Alfa sobre a adoção dessa etapa, o que levou a equipe de pesquisadores a optar pelas entrevistas.

Compreendeu-se que os trabalhadores, por participarem dos mesmos processos de trabalho e atuarem na mesma região geográfica do município, ou seja, serem produto de condições objetivas parecidas representavam a mesma prática social que se desejava apreender. Neste contexto, todas as informações apresentadas nos resultados foram obtidas unicamente a partir das discussões grupais e das entrevistas semi-estruturadas realizadas com as duas equipes de NASF. É importante destacar que todos que participaram do grupo e das entrevistas, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 3).

C.1. Objetivo e Percurso Metodológico dessa Etapa;

A Psicodinâmica do Trabalho busca compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho. Busca estimular e promover uma maior visibilidade do trabalho criando condições propícias para a discussão de temas, como: mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, mobilização da inteligência, vontade e motivação, estratégias defensivas que se desenvolvem e se estabelecem a partir das

³⁶ As entrevistas tiveram como eixo norteador os seguintes aspectos: descrição da trajetória profissional na rede pública; descrição do cotidiano do trabalho; principais dificuldades encontradas; relacionamento com a equipe, dificuldades encontradas para realizar as especificidades próprias da sua categoria profissional; impacto do modelo na prática profissional; expectativas e frustrações vivenciadas; estratégias encontradas para lidar com os desafios cotidianos.

situações de trabalho. Procura-se, ao romper círculos viciosos, possibilitar uma apropriação da inteligência no trabalho por aqueles que o executam facilitando os processos de transformação do trabalho e das relações inter-pessoais.

A Psicodinâmica do Trabalho *“não busca transformar o trabalho, mas modificar as relações subjetivas no trabalho. Ou, para dizer de uma outra forma: o que uma enquete modifica, não é o trabalho, mas o trabalhar. Modifica, não o trabalho, mas o trabalhador”* (Molinier, 2001: p.134).

A escuta proposta pela Psicodinâmica do Trabalho é, e nesta pesquisa também foi realizada de forma coletiva, desenvolvida a partir de um processo conjunto entre pesquisadores e trabalhadores visando favorecer processos de reflexão e de elaboração, que criassem uma mobilização entre eles, de forma que pudessem facilitar o desenvolvimento de mudanças no trabalho ou em suas relações laborais (Heloani & Lancman, 2004). A escuta se deu prioritariamente em grupo, entendido como uma ampliação do espaço público de discussão, de modo a possibilitar a transformação de compreensões individuais em reflexões coletivas (Dejours, 2004b).

O método preconizado em Psicodinâmica do Trabalho é construído a partir de uma série de etapas que servem de norteadores para o trabalho de campo (Dejours, 1987, 1993, 2004a). Apesar de fundamentais para o alcance dos objetivos propostos, entende-se que cada processo de investigação e cada situação de trabalho têm peculiaridades, envolverão algumas adaptações dessas etapas que, no entanto, não chegam a comprometer a integridade do método. Segue um resumo das principais etapas desenvolvidas nesta pesquisa:

- **A Construção do Estudo: A Pré-Enquete**

Inicialmente a equipe da pesquisa organizou duas reuniões: a primeira com a gerente da equipe estudada e a coordenação de pesquisas do PRO para apresentação do projeto a ser desenvolvido e resolução de demais trâmites referentes à comissão de ética; a segunda com toda equipe de trabalhadores do NASF Alfa para apresentação da pesquisa e esclarecimento de eventuais dúvidas. Vale ressaltar que o projeto foi disponibilizado previamente aos trabalhadores para que pudessem ter acesso ao conjunto da pesquisa e suas etapas.

A partir dos dois pressupostos essenciais: o voluntariado dos participantes e

a concordância da instituição para a realização da enquete, foi constituído o grupo gestor, composto pela equipe de pesquisadores e por trabalhadores da equipe estudada, que se encarregaram de organizar a pesquisa. Algumas reuniões ocorreram também visando entrosar os envolvidos, conhecer melhor o setor alvo, estabelecer estratégias para a intervenção etc.

Essa fase visou criar condições objetivas para a realização da pesquisa, além de apresentar e difundir os princípios da Psicodinâmica do Trabalho e da enquete entre os trabalhadores.

- **A Enquete**

A enquete constitui-se das discussões grupais propriamente ditas. Nesta pesquisa ocorreram com frequência quinzenal ao longo de dois meses, totalizando 12hs de discussões distribuídas em 6 sessões com a duração de 2 horas cada, às segundas-feiras pela manhã, de forma a prejudicar o menos possível a rotina da equipe.

Procurou-se criar um espaço coletivo de discussão que favorecesse a verbalização dos trabalhadores. Os pesquisadores estiveram atentos ao conteúdo das falas, ao que era objeto de consenso, às contradições, àquilo que emergia espontaneamente ou não, ao que era dito ou omitido em relação a certos temas e às características da organização do trabalho. Buscou-se, também detectar relações e expressões de sofrimento e/ou de prazer no trabalho.

Essa fase foi subdividida em quatro etapas: análise da demanda (questões que estejam mobilizando os trabalhadores e dificultando as relações de trabalho), análise do material da enquete, observação clínica e interpretação. Deve-se ressaltar que a observação clínica e a interpretação aqui referidas não têm relação com a terminologia habitualmente utilizada em processos terapêuticos.

Vale destacar que, após cada sessão, o conteúdo apresentado foi discutido em espaço de supervisão, também com frequência quinzenal, e duração de duas horas.

- Análise da demanda;

Nessa etapa, buscou-se compreender melhor as necessidades do grupo que participou do estudo, os temas emergentes, processos de trabalho e seus impactos na relação sofrimento e prazer no trabalho.

- Análise do material dos grupos;

O material oriundo das discussões foi resultado das vivências subjetivas expressas pelo grupo de trabalhadores durante os encontros. Esse material foi apreendido a partir das palavras e do contexto no qual elas foram ditas, ou seja, de como os trabalhadores estabeleciam as relações com o trabalho, além das formulações que faziam da sua própria situação de trabalho.

- A observação clínica;

Nessa fase, os pesquisadores registraram o movimento que ocorreu durante as discussões grupais. A proposta foi a de resgatar e articular os comentários feitos pelos trabalhadores em cada sessão.

- A interpretação;

Tendo como base as etapas anteriores, os pesquisadores formularam e identificaram os elementos subjetivos surgidos durante as sessões, buscando dar-lhes um sentido através da utilização de categorias ou conceitos, como sofrimento e prazer no trabalho, mecanismos de reconhecimento e cooperação e estratégias coletivas de defesa.

- **Validação e Refutação**

Ao longo das sessões, a partir das elaborações, interpretações, temas e comentários registrados durante cada encontro, houve a produção de um relatório, que foi levado para discussão com os trabalhadores. Este processo visou favorecer a reapropriação do material da pesquisa (produzido em conjunto, a partir da reflexão dos participantes não pesquisadores), a re-elaboração do saber frente às situações de trabalho e sua modificação. Constituiu-se enquanto processo interativo de apresentação das interpretações dos pesquisadores (restituição), validação da análise, dos resultados e das conclusões da intervenção entre pesquisadores e participantes da pesquisa/intervenção.

O relatório foi apresentado um mês após o término das sessões. Foram necessárias mais três sessões desenvolvidas ao longo de um mês, totalizando mais 10 horas de trabalho, para que o processo fosse finalizado.

- **Validação Ampliada**

Como os 16 trabalhadores que compunham a equipe na época da coleta de dados participaram da pesquisa, todos tiveram conhecimento do conteúdo do relatório final. Visando difundir as informações sistematizadas no relatório, e os resultados da pesquisa como um todo, no primeiro semestre de 2013, está prevista a organização de um evento sobre a construção das políticas públicas e o trabalho do NASF na Atenção Primária em Saúde.

- **Entrevistas**

Com a equipe do NASF Beta, o grupo de pesquisadores também organizou uma reunião para apresentação da pesquisa e esclarecimento de eventuais dúvidas. Também para esta equipe o projeto foi disponibilizado previamente aos trabalhadores, para que pudessem ter acesso ao conjunto da pesquisa e suas etapas.

Ao final desta reunião, os profissionais solicitaram alguns dias para que pudessem discutir melhor sobre a possibilidade e interesse em participar da pesquisa. Conforme combinado retornaram o contato e, ao aceitarem participar, foi possível agendar uma data para o desenvolvimento das entrevistas.

Num único dia, foram coletadas as entrevistas com os 11 trabalhadores do NASF Beta³⁷ que estavam presente.

C.2. Resultados;

Para ambas as equipes a história dos NASFs na região era curta, já que o mais antigo, na época da coleta de dados, estava trabalhando há apenas 1 ano e 4 meses. Contudo, o breve tempo cronológico de trabalho contrastava com vivências e sensações relacionadas às experiências intensas em seu cotidiano.

Alguns profissionais das 2 equipes já possuíam experiência de trabalho em equipes semelhantes, em outras regiões do município, sob gestão de outros parceiros da PMSP ou tinham feito residência em saúde da família. Contudo possuíam críticas em relação à organização e condições de trabalho das equipes em que trabalharam e a possibilidade de se vincularem a equipe desta região era repleta de expectativas otimistas.

³⁷ A equipe, na época da coleta de dados, era composta por 16 trabalhadores.

Entre essas expectativas, estar ligado a Faculdade de Medicina da USP significava a possibilidade de fazer um trabalho diferenciado e de melhor qualidade em relação aos anteriores, receber melhor remuneração além da possibilidade de uma melhor inserção e articulação com a rede de saúde, incluindo dois importantes hospitais escola. O vínculo com a instituição de ensino também acenava com oportunidades de maior desenvolvimento profissional. De outro lado, a promessa de um trabalho diferenciado também aumentava o nível de exigência que as equipes tinham em relação ao próprio trabalho.

“O que nos atraiu (nesse NASF) foi ter acesso às pessoas interessantes (professores, pesquisadores), poder pensar...”

“Eu morro de orgulho de trabalhar na Faculdade de Medicina”.

As equipes estudadas eram maior, mais diversificadas e especializadas em relação às demais, de outros NASFs do município, contando com profissionais de diferentes profissões, médicas e não médicas. Essa composição enriquecia o trabalho ampliando as possibilidades de atuação.

- **O trabalho PRESCRITO**

Os trabalhadores tinham seu trabalho prescrito a partir de três documentos norteadores, que, de forma geral, apresentam o objetivo, missão e atividades a serem desenvolvidas. Eram eles: a Portaria GM no. 154 de 24 de janeiro de 2008, a Cartilha de Diretrizes do NASF, publicada pelo Ministério da Saúde no ano de 2009 e o Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF, também publicado no ano de 2009, pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo.

Esses documentos eram recentes e inovadores, porém muito genéricos e insuficientes, ou seja, não davam conta da diversidade das situações que os profissionais vivenciavam. Dessa forma o trabalho realizado era pioneiro, já que não podiam contar com experiências anteriores consolidadas e revistas, que atendessem suas necessidades e modelos que pudessem lhes servir de norteadores.

Apesar de haver uma série de diretrizes que eram comuns e deviam ser

aplicadas em todos os NASFs, as situações reais colocadas pelos distintos cenários de prática não eram equivalentes determinando mudanças no cotidiano do trabalho e exigindo improvisações e adaptações. Portanto, a experiência de trabalho em cada NASF, e nos núcleos estudados em particular, estava sendo construída passo a passo e, cada uma delas possivelmente subsidiará a implantação de futuras equipes.

O sentimento de que tudo era ainda algo a ser construído perpassou todas as discussões, contudo, este processo era atravessado pelo fato de terem que encontrar soluções rápidas, que não podiam esperar um maior amadurecimento, durante o cotidiano do trabalho.

Nesse universo, o treinamento inicial e os processos de capacitação, não contemplavam plenamente as necessidades nem a complexidade das situações que deveriam enfrentar, situações estas oriundas do confronto com uma realidade que abrangia um amplo espectro de possibilidades.

“Estamos trocando o pneu com o carro andando.”

“Temos 1 ano e 2 meses! Os primeiros 3 meses foram só de implantação. É complicado fazer um processo de avaliação. (...) É difícil avaliar os impactos do nosso trabalho.”

Assim, construir uma experiência individual e coletiva para dar conta de uma demanda diversa e complexa, fruto das mais variadas situações era parte significativa do drama vivido por esses trabalhadores.

“A gente não teve tempo de idealizar um modelo. O tempo que a gente teve de discussão teórica foi pouca (4 dias.). A gente não construiu muito, a gente foi idealizando. O que eu idealizo pode não ser o que o outro idealiza. Então, a gente não tem um ideal comum.”

Segundo os documentos, o NASF nasceu para ampliar a abrangência, o escopo e a resolubilidade das ações desenvolvidas na Atenção Primária em Saúde (APS), apoiando e, sobretudo, fortalecendo a inserção da EqSF nos seus territórios

de abrangência. O NASF não se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e deve atuar sempre em parceria e co-responsabilidade com os profissionais da EqSF. Devem buscar desenvolver ações que fomentem a qualificação e complementaridade do trabalho.

Identificação de demandas, populações prioritárias, construção de metas, propostas, projetos terapêuticos individuais e territoriais, de forma compartilhada com as EqSF's são os objetivos do NASF, segundo os documentos e a própria equipe. Assim, a organização dos processos de trabalho do NASF era estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos.

A oferta de atendimentos específicos, organizados de forma ambulatorial, deveria acontecer diante de determinadas situações consideradas necessárias e a partir de acordos entre NASF e EqSF. Contudo, quais são os critérios para a decisão de atender ou não um caso nesses moldes? Esses critérios e situações, devido a seu grau de subjetividade podem extrapolar critérios técnicos e estar relacionados aos valores individuais de cada profissional, ou a urgências vivenciadas de forma diferente por cada equipe, e, portanto, as equipes do NASF e pela EqSF podem não estar usando os mesmo critérios

A prioridade colocada pelos documentos norteadores é a oferta de apoio técnico-pedagógico, direcionada às EqSFs, na forma de apoio educativo / educação permanente, que se dá através de discussões de caso, atendimentos compartilhados e demais ações desenvolvidas em parceria. A definição de prioridades para o NASF não é feita de forma autônoma e nem sempre é possível garantir ações coerentes com o modelo proposto pelos documentos norteadores, ou com aquilo que eles julgam prioritário. A relação entre NASF e EqSF vai muito além da parceria e co-responsabilidade e caracteriza-se por um vínculo de interdependência. Dessa forma, todas as ações desenvolvidas pelo NASF dependem de uma compreensão partilhada, aceitação e aval da EqSF. Construir e conquistar essa adesão e colaboração era o grande desafio das equipes.

Dessa forma, a construção de práticas compartilhadas, passava, antes de tudo, pela construção de consensos entre as duas equipes. No entanto, o ponto de apoio para essa construção não era claro, pois os tempos e necessidades das duas equipes não eram os mesmos.

Os documentos norteadores não eram suficientes para guiar as atividades cotidianas que esses trabalhadores desenvolviam em sua prática. Para conseguirem desenvolver a proposta de apoio matricial, por exemplo, tal como descrito nesses documentos, os profissionais dos NASFs estudados encontravam uma série de obstáculos, entre eles o próprio conceito de matriciamento, que na prática revestia-se de um caráter subjetivo, sem definição prévia das responsabilidades e limites dessa ação para cada equipe nas várias situações vivenciadas. Isso pareceu estar gerando diferentes expectativas entre as equipes de SFs e do NASF em relação ao que cada uma esperava do trabalho da outra.

A essa má definição na atribuição de papéis e responsabilidades, acrescentava-se ainda o trabalho de outros profissionais que estavam inseridos nas unidades básicas de saúde (UBS), aos profissionais da prefeitura responsáveis pela interface entre a UBS e os órgãos administrativos, além dos preceptores (médicos e professores da FMUSP) que supervisionavam os residentes do curso de graduação em Medicina.

No dia a dia, a pouca precisão das atribuições e determinação das necessidades constituía-se num obstáculo. O entendimento que as equipes do NASF tinham do apoio que podiam oferecer nem sempre era comum nem consenso com aquilo que a equipe da SFs gostaria de receber. Outra dificuldade, estava relacionada a expectativa do tempo para soluções. Assim, enquanto a EqSF sofria com a pressão da demanda de usuários pela busca de soluções mais imediatas, o NASF trabalhava com perspectivas de curto, médio e longo prazo. Isso fazia com que as EqSFs resistissem à construção de práticas compartilhadas que embora não apresentassem soluções imediatas poderiam diminuir a demanda e gerar soluções num tempo maior.

Entre essas diferentes expectativas pelo fato das equipes do NASF contarem com profissionais especializados, e diante da dificuldade de encaminhamentos para o nível secundário, sentiam-se pressionados para que atendessem pacientes com necessidades que extrapolavam o que seria esperado

como resolutividade na atenção primária. Os trabalhadores dos NASFs questionavam essa compreensão e referiam que em outros NASFs, seus pares acabavam não resistindo à essa pressão e direcionavam parte significativa da sua carga horária a esses tipos de atendimento.

A organização do trabalho no NASF e nas EqSFs era diferente, como por exemplo, a composição da equipe e atribuições. Também estavam em lugares hierárquicos diferentes na instituição. Isso poderia constituir-se como mais um elemento dificultador das parcerias no trabalho.

As equipes de NASF estudadas acreditavam ainda que a dificuldade na relação com algumas EqSFs poderia também estar vinculada a um sentimento de vigilância ou de avaliação em relação ao trabalho que desenvolviam. Na medida em que o trabalho do NASF previa a qualificação e transformação das práticas profissionais da atenção primária, isso poderia gerar a impressão de que seu papel era também o de avaliação e fiscalização daquilo que era desenvolvido pela EqSF. Esse situação poderia dificultar a exposição de dúvidas, carências, angústias e deficiências para uma outra equipe cuja atribuição não era suficientemente clara.

No caso de uma das equipes estudada, esse sentimento de vigilância poderia estar sendo corroborado pela sua suposta proximidade com a coordenação técnica da região. Essa aproximação, por vezes parecia criar uma questão a mais, afinal, quem eram os parceiros mais próximos dos NASFs? A EqSF ou os gestores da instituição contratante?

Os NASFs acabavam, assim, ocupando um lugar ambíguo na relação com a EqSF: ora demandavam parceria, ora se colocavam na posição daqueles que poderiam demonstrar falhas da mesma. Essa ambigüidade poderia estar dificultando a possibilidade de construção de uma relação de confiança no trabalho entre as equipes, comprometendo a possibilidade de parceria. Apoio e vigilância tinham fronteiras sutis neste caso.

“Eu acho que alguns profissionais da EqSF pensam que trazer a demanda denuncia a incompetência, a falha no trabalho!”

“Sim! (o PSF nós vê como fiscalizadores). Nós já discutimos isso, mas ainda precisamos discutir mais.”

Os profissionais do NASF acreditavam que esse conjunto de fatores gerava não somente pouca adesão da EqSF, mas contribuía para o desenvolvimento de práticas de boicotes, como a não participação em atividades conjuntas programadas e o não encaminhamento de usuários para grupos planejados e previamente acordados.

Essa vivência de boicote era confirmada no desenvolvimento de alguns grupos propostos em acordo entre NASF e EqSF, a partir de demandas da região. Alguns desses grupos terminavam funcionando apenas com a participação de profissionais do NASF, estudantes vinculados ao Programa de Ensino pelo Trabalho (PET) Saúde Mental, e poucos usuários.

Assim, transformar as diretrizes dos documentos em práticas, reuniões, grupos e demais ações era o desafio cotidiano desses trabalhadores. Da mesma forma, convencer os trabalhadores da EqSF a aderir a conceitos tão vagos e que permitiam múltiplas interpretações era outra difícil tarefa.

Outro conceito apregoado e de difícil definição era o de *resolutividade*. Afinal, como materializa-lo nas propostas da atenção primária em saúde e, na gestão e divisão do trabalho, o que competia a cada segmento? Como lidar com as pressões por atendimento quando a rede era insuficiente, muitas vezes não havia locais para onde encaminhar os usuários ou os mesmos tinham dificuldade de acesso a serviços de atenção secundária?

Para os trabalhadores do NASF a dificuldade na relação com algumas EqSFs poderia ocorrer ainda por outras duas razões: a primeira era pelo fato de que algumas ações e intervenções propostas pelo NASF podiam aumentar a demanda de trabalho das EqSFs a curto prazo, como por exemplo determinados grupos propostos pelo NASF, que terminavam por identificar no território mais pessoas com problemas de saúde que necessitavam de atendimento. O segundo aspecto estava relacionado às características do trabalho de cada equipe. Os trabalhadores das EqSFs devem dar conta de uma demanda elevada de consultas

individuais, enquanto os trabalhadores do NASF devem dedicar a maior porcentagem das suas horas à ações compartilhadas. Desta forma, o tempo para discutir e refletir sobre os casos não é o mesmo para as duas equipes. O que para uma equipe pode ser vivenciado como perda de tempo frente à imensa quantidade de demanda para a outra é essencial para a concretização do seu trabalho.

As equipes dos NASFs, ainda jovens, precisavam não somente construir parcerias com a EqSF, mas também construir seu espaço de trabalho e se construir simultaneamente. Ou seja, a identidade dos NASFs não estava previamente definida. Essa construção diária se tornava uma tarefa difícil tanto pela natureza do trabalho que realizavam, quanto pela fragilidade dos documentos norteadores e pelas resistências de algumas EqSFs.

Outro aspecto relevante, eram os múltiplos atores envolvidos no processo e nas relações entre NASF e EqSF. Quem eram as instituições às quais estavam submetidos e das quais seu trabalho dependia? Estado, Município, Organização Social parceira na implantação do projeto?

Muitas dúvidas, ambigüidades, questionamentos e dificuldades perpassavam a implantação desta nova proposta de trabalho para esses trabalhadores. Enquanto proposta pioneira, o cenário das práticas era algo a ser inventado cotidianamente, de forma a viabilizar a criação de espaços nos quais fosse possível realmente trabalhar e construir uma nova prática no campo da saúde pública. No entanto, como o trabalho do NASF dependia diretamente do trabalho da EqSF, cada iniciativa tornava-se um processo de reafirmação da parceria, caracterizando uma tentativa de viabilizar qualquer adesão por parte da EqSF.

- **A Invisibilidade do Trabalho, o não-reconhecimento, o “não-lugar”;**

As dificuldades que encontram na adesão ao trabalho que propunham produzia dois sentimentos: o de impotência e o de subutilização / ociosidade enquanto esperavam ações conjuntas, pois os trabalhadores do NASF dependiam das EqSFs para poderem trabalhar. A não adesão e o não compartilhamento de demandas importantes geravam ainda a sensação de falta de espaço de trabalho, que por sua vez, reforçavam a sensação de subutilização, como apontado por

alguns profissionais da área médica.

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

“Eu acho que o que mais me angústia é que eu tenho competência e não sou usado.”

“Eu me sinto subutilizado.”

“A frustração maior é quando eu oferto algo e não tem adesão. Mas, quando vem uma demanda da equipe de PSF, aí a gente funciona.”

A demanda por atendimento a problemas de saúde mental, por exemplo, era uma das mais elevadas e de difícil abordagem na EqSF. De um lado, faltavam prática e experiência para lidarem com esses usuários; de outro, os problemas de saúde mental se confundiam com graves problemas sociais que, na dificuldade de solução, eram discutidos e compartilhados com os NASFs. Dessa forma, os limites da rede como um todo e a complexidade dos casos constituíam-se como outro dificultador.

Isso impunha novamente aos trabalhadores do NASF uma sensação de impotência, afinal os recursos das redes de saúde e sociais eram precários e a atenção primária não tinha condições de oferecer manejo adequado a estes casos, ou seja, a ação desses profissionais ficava novamente reduzida. O compartilhamento de casos de alta complexidade quer seja pela sua gravidade, quer seja pela falta de oferta de serviços apropriados, novamente implicava para os NASFs a vivência de momentos de frustração em decorrência dos limites dessas resoluções.

Existia uma sensação de angústia nesses trabalhadores que estava intrinsecamente relacionada à falta de lugar na organização, a falta de reconhecimento no trabalho, à sensação de ser invisível aos olhos daqueles que deveriam ser seus pares e até mesmo a pouca precisão de quem eram seus pares e usuários: As EqSFs? A instituição parceira que os contratou? a população

ou somente os demais colegas de equipe?

Dessa ambigüidade de relações, da invisibilidade do seu trabalho, do não-lugar que ocupavam e do não pertencimento, decorria a dificuldade de serem reconhecidos, pelas suas ações e contribuições. Isso tudo dificultava que construíssem sua própria identidade e conseqüentemente a própria saúde mental.

- **Relação com os Demais Recursos do Território;**

O trabalho de articulação com os demais recursos do território, apesar de todas as dificuldades relatadas, era um dos mais exitosos para as equipes estudadas. Apesar das dificuldades impostas pela precariedade desses recursos, e dos trabalhadores nem sempre conseguirem viabilizar o acesso dos usuários aos serviços que necessitam, pareceu que essa etapa do trabalho era uma das mais claramente definidas.

A falta de diálogo entre as várias instituições com as quais interagem, a falta de articulação dos recursos do território e a necessidade formação de uma rede de apoio, apesar de serem difíceis, os fortaleciam, dando maior sentido ao seu trabalho.

- **As Condições de Trabalho;**

Os trabalhadores do NASF estavam submetidos a condições de trabalho insuficientes, que os levava a usarem seus próprios recursos para desenvolverem algumas atividades. Os recursos das unidades eram escassos. Nas UBS's não existia espaço suficiente onde esses profissionais pudessem ficar para realizar trabalhos administrativos ou, ainda, guardarem seus materiais de trabalho e pessoais. Eles utilizavam os próprios automóveis, gasolina e computadores para potencializarem algumas ações, de forma a dar conta da demanda e guardarem materiais de trabalho.

- **Avaliação do Trabalho;**

Um dos aspectos importantes estava relacionado aos processos de

avaliação do trabalho das equipes NASF.

A forma de contabilização de produção não refletia a complexidade do trabalho realizado. Apesar de não haver uma pressão por produção por parte da coordenação das equipes NASF, a pouca adequação dos parâmetros existentes não refletia o que realmente desenvolviam, contribuindo para a invisibilidade do trabalho deles. As atividades mais indivisíveis eram aquelas voltadas para ações intituladas “administrativas”, as quais envolviam a realização de contatos para construção de redes de suporte de saúde e sociais. Vivenciavam discrepâncias entre aquilo que estava prescrito e a forma como era cobrada a sua produção.

“Pra eles (Prefeitura) trabalho administrativo é não fazer nada. Vamos nos adequando para o preenchimento da produção na ficha, a partir das sugestões da coordenação.”

“A reunião da discussão do caso não conta como atendimento, conta como horário burocrático de reunião, enfim não gera produtividade.”

- **As Estratégias de Enfrentamento do Real;**

Os profissionais acabaram adotando uma série de estratégias para enfrentarem as diversas dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho.

De forma geral, todos eles se esforçavam para definir uma prática que os diferenciava dos demais profissionais que compunham o mesmo cenário nas UBS's. Contudo, termos e papéis tais como matriciadores, supervisores, cuidadores, educadores, coordenadores se confundiam na fala desses profissionais, tanto em relação ao próprio trabalho quanto na relação com os demais trabalhadores com quem interagem. Conceitos compartilhados pelos trabalhadores dos NASFs estudados poderiam não ser consensuais para as demais equipes, como por exemplo, o conceito de “matriciamento”:

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

“As equipes se sentem cuidadas pela gente.”

“Nós não somos supervisores somos um núcleo de apoio.”

Os profissionais do NASF procuravam estabelecer algumas estratégias coletivas para enfrentar as dificuldades, tais como buscar uma certa coesão, se apoiando mutuamente no cotidiano do trabalho. Eles pensavam, articulavam, promoviam atividades de reflexão sobre as suas práticas, compartilhavam entre si as dificuldades que enfrentavam com as EqSFs, com a Faculdade de Medicina, com o território, com a escassez de recursos. Porém, a angústia face a esse trabalho era tanta que, muitas vezes, necessitavam ainda buscar o suporte emocional e teórico fora do NASF, por meio de supervisões, terapias, cursos de formação.

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

“Eu tiro as minhas dúvidas com Deus!”

“(...) é solitário, a busca (pelo apoio, pela solução técnica e suporte pessoal) é individual.”

“A supervisão é para mim! Eu faço análise....Mas, diretamente não vem nenhum retorno para o grupo. O retorno é indireto. É para me ajudar no enfrentamento...”

“Ah! Eu to lembrando do médico de família que disse que o NASF precisa de um grupo de apoio! O NANASF (Núcleo de Apoio ao Núcleo de Apoio da Saúde da Família)!”

Contudo, as estratégias encontradas pela equipe do NASF para fazerem seu trabalho acontecer, e enfrentarem as dificuldades mencionadas eram, em sua maioria, individuais. Cada profissional, cada trabalhador, foi pouco a pouco encontrando uma forma de se inserir nessa organização e dar conta do seu trabalho. Uns buscavam participar de grupos já realizados pela EqSF, outros “corriam atrás de informações” e do andamento dos casos partilhados, terminavam atendendo casos que deveriam ser encaminhados para o nível secundário, outros

utilizavam contatos e sua rede pessoal para agilizar atendimentos em outros serviços, etc. Essas saídas, embora contribuíssem para que o trabalho avançasse não se constituíam em estratégias que melhor caracterizavam o trabalho do NASF como um todo.

“Eu vou atrás do feedback. Eu quero saber que desfecho teve o caso, se foi importante a nossa discussão no grupo.”

“Eu me inseri em atividades obrigatórias: grupos para diabéticos, hipertensos... não tem muita escolha, nem da equipe nem do usuário.

Em um dos NASFs estudados, havia ainda uma estratégia importante de alguns membros da equipe, que era a de, cada vez mais, alocarem um número maior de atividades na UBS onde encontraram mais receptividade e maior reconhecimento no trabalho: eles tinham um lugar e eram visíveis, ou seja, eles constituíram uma identidade.

A equipe do NASF era constituída por profissionais de diferentes categorias o que também gerava a possibilidade de formas diferenciadas de enfrentamento das situações de trabalho. Observou-se ainda que, dependendo da categoria profissional, o trabalhador cumpria uma carga horária de vinte ou de quarenta horas semanais. Esta diferença expunha os trabalhadores de forma diferente ao problema. Um exemplo disso é que, como todos gastavam por volta de 10 horas semanais em reuniões, para alguns isso correspondia a metade da sua jornada de trabalho ocupando a maior parte do seu tempo, já para outros isso significava uma demanda maior de atividades desenvolvidas diretamente com a EqSF e com a população.

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

poderiam.

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA PESQUISA

Selma Lancman³⁸

Juliana de Oliveira Barros³⁹

Rita Maria de Abreu Gonçalves⁴⁰

³⁸ Coordenadora Geral da Pesquisa.

³⁹ Co-coordenadora Geral da Pesquisa.

⁴⁰ Pesquisadora Júnior.

A pesquisa foi realizada a partir de três diferentes referenciais teórico-metodológicos: Organização do Trabalho em Serviços, Ergonomia e Psicodinâmica do Trabalho. Cada um deles possui métodos e procedimentos específicos, e seus resultados não podem ser tratados simplesmente por adição, comparação ou complementaridade. Sendo assim, pretendeu-se estabelecer um diálogo entre eles de forma a permitir maior enriquecimento na análise do trabalho dos NASF, tornando-a mais complexa.

Em decorrência do pouco tempo de implantação, do caráter inovador e formas de gestão, os processos de trabalho do NASF estão em construção. Dessa forma, compreender melhor esse processo sob a ótica dos próprios trabalhadores por meio de entrevistas, espaços de discussão e observação do trabalho em diferentes contextos permitiu identificar e dar visibilidade às estratégias de trabalho criadas por eles, além de compreender um certo tipo de inteligência individual e coletiva desenvolvida a partir da experiência cotidiana. Também se pôde elucidar algumas das potencialidades e dificuldades na realização das atividades laborais, bem como as implicações psíquicas que o exercício desse trabalho traz.

O NASF tem como desafio implantar um trabalho inovador, que procura romper com a lógica tradicional de ambulatório de especialidades, confrontando o lugar que até então era comumente delegado a profissionais específicos e a atendimentos fragmentados. Busca ainda, ampliar as possibilidades de ação do campo da atenção primária com a utilização de novas ferramentas para a atenção aos casos de alta complexidade. É esperado que a entrada de uma equipe NASF modifique parte do fluxo de trabalho das EqSFs e conseqüentemente da própria atenção primária.

Apesar de estar vigorando há alguns anos, o atual modelo de atenção primária e sua lógica de funcionamento ainda são relativamente novos para a população, habituada até então aos atendimentos focais, restritos ao modelo biomédico curativo e medicamentoso, dividido por especialidade médicas desarticuladas e voltadas para soluções rápidas e pontuais. Deve-se considerar então que os próprios usuários dos serviços de saúde estão em processo de assimilação e apropriação deste novo tipo de atenção oferecida. A convivência dessas diferentes lógicas é mais um dos desafios para a implantação plena do NASF.

A recente implantação do NASF na Região Oeste fez com que os profissionais dispensassem muito tempo na construção cotidiana das suas práticas e na consolidação dos seus processos de trabalho tanto para os próprios profissionais do NASF quanto para os da EqSF, gestores e demais atores envolvidos. O papel da coordenação tem se apresentado como fundamental nesse processo, para que o trabalho possa acontecer, de modo que o gerenciamento dos conflitos e das configurações de trabalho favoreçam “*que o NASF trabalhe como NASF*”.

No que se refere às hipóteses levantadas no projeto de pesquisa, de um modo geral, os achados foram se confirmando ao longo do processo.

O trabalho prescrito, na época da coleta de dados, baseava-se em três documentos norteadores: Portaria GM no. 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria o NASF, o Caderno Diretrizes do NASF, de 2009, ambos publicados pelo Ministério da Saúde e o Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF, publicado em 2009, pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. São documentos recentes, para um projeto novo, porém, são naturalmente superados pelo dinamismo do trabalho cotidiano do núcleo, não apenas daqueles estudados, mas de todos que compõe o cenário brasileiro. Tais documentos devem, portanto, ser revistos e aprimorados a partir das experiências e do fazer acumulado das equipes de NASF em todo o país.

O trabalho prescrito para o NASF é amplo, engloba vários tipos de ações a serem realizadas por toda a equipe, com pouca prescrição para a especificidade de cada profissional. Sendo assim, as ações de cada categoria ficam diluídas no trabalho de equipe. A pouca prescrição possibilita que cada profissional vá delineando seu trabalho a partir da prática, isto é, do trabalho real, e este possui características específicas a depender da região, da formação e experiência profissional de cada um, das demandas que surgem para as EqSF e da pactuação feita entre o trabalho das duas equipes. Dessa forma, cada NASF tem características de trabalho diferentes. Isso de um lado é bastante positivo e esperado, por outro, dificulta que se criem práticas, coletivos e experiências que possam ser partilhadas e agregadas aos vários NASF.

A pouca prescrição e definição das atribuições de cada um dos diversos profissionais que compõem as equipes do NASF aliada ao caráter inovador da

estratégia e a falta de uma cultura de trabalho interdisciplinar pode favorecer que cada segmento atue de forma isolada, agindo segundo seu saber específico, advindo dos processos de formação profissional.

Essa situação pode propiciar ainda atuações heterogêneas advindas de diferentes compreensões do processo saúde-doença, tais como, ações voltadas para aspectos biológicos isolados dos aspectos psicológicos e/ou sociais; ações de caráter mais curativo em detrimento de ações de promoção à saúde e ações individuais em detrimento de ações coletivas.

Contudo, para os trabalhadores dos NASF estudados, tais documentos norteadores foram e ainda constituem-se como importantes referenciais para o planejamento do trabalho, proposição e uso das principais ferramentas tecnológicas e, conseqüentemente, subsídio das ações. Destaca-se que as ferramentas tecnológicas propostas são inovadoras e ainda pouco conhecidas para a maioria dos profissionais da atenção primária em saúde, ou seja, há necessidade de tempo para o amadurecimento e incorporação destas ao cotidiano do trabalho.

Identificou-se também a existência de diferentes formas de organização do trabalho entre EqSF e NASF, que, possuem distintas demandas cotidianas e formas de avaliação do trabalho. Tal fato impacta e coloca alguns desafios para que as duas equipes trabalhem de forma compartilhada, como previsto pelos documentos norteadores.

O trabalho do NASF, assim como o da EqSF, se estrutura a partir do contexto do território em que está inserido, devendo estabelecer um diálogo com os diversos atores e instituições implicados nos serviços de saúde e de outras áreas como educação, cultura, lazer. É importante destacar que cada região tem suas peculiaridades e, desta forma, cada NASF encontrará desafios diferentes de acordo com: as características territoriais e demográficas onde está inserido; o número e as categorias profissionais que irão compor a equipe; o número de EqSF que serão referência para eles e, pelo tipo de parcerias que conseguirem estabelecer.

As ferramentas tecnológicas utilizadas pelo NASF, tais como: o matriciamento, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular, entre outras, são novas e precisam ser construídas e consolidadas no processo de trabalho das várias equipes. As ações compartilhadas, os atendimentos grupais, o trabalho de

corresponsabilidade, inter e transdisciplinar propõem uma lógica nova de atendimento e obriga todos os profissionais envolvidos (NASF e EqSF) a mudarem sua forma de atuação e a pactuarem ações conjuntas. Neste sentido, tais ferramentas tecnológicas necessitam ser estruturadas a partir do ponto de vista da operação: afinal, o que é matriciamento na prática? Quais as responsabilidades e limites dessa ação?

Dessa forma, a construção de práticas partilhadas, passa, antes de tudo, pela construção de consensos entre as duas equipes (NASF e ESF) e demais atores e instituições que atuam no território. No entanto, é necessário encontrar pontos de apoio, de ancoragem para a construção destas praticas e consensos.

Para a realização do trabalho do NASF está previsto que os profissionais destinem a maior parte da carga horária em ações tais como, reuniões, consultas, visitas domiciliares e grupos compartilhados com a EqSF. Já para as EqSF, os trabalhadores devem destinar a maior parte das suas horas de trabalho para o desenvolvimento de um elevado número de consultas individuais, havendo inclusive, uma diferença entre a produtividade exigida para as EqSF e para o NASF. A demanda imposta para as EqSF obriga a tomada de decisões rápidas para a resolução dos casos. Em contrapartida, o NASF procura desenvolver projetos que apontem para soluções menos imediatistas e mais duradouras. Isso gera, por vezes, um descompasso entre equipes e tempos necessários para a construção de novas dinâmicas e processos, que embora a médio e longo prazo possam ser mais eficazes, em curto prazo, não atendem às urgências e pressões vivenciadas pelas EqSF. Dessa forma, parece haver uma expectativa divergente, pelo menos num primeiro momento, entre as EqSF e NASF. Enquanto a primeira pretendia poder encaminhar casos de maior gravidade para serem atendidos de forma ambulatorial pelos profissionais do NASF, para esse segundo grupo, a proposta é, principalmente, a de compartilhar atendimentos e buscar soluções conjuntas o que gera soluções mais a médio e longo prazo.

Na prática, para poderem trabalhar, as equipes sentiram a necessidade de sistematizar algumas das ações que estavam sendo realizadas, os processos de trabalho que estavam em curso e os fluxos básicos já existentes. Essa sistematização é dinâmica e, portanto, mutável. De um lado é necessário, criar protocolos para o atendimento de casos e desenvolvimento de demais ações, além

de ferramentas que demonstrem o trabalho realmente desenvolvido. É importante destacar que pela própria natureza das ações, não pode haver enrijecimento de tais protocolos e ferramentas.

No que se refere ao planejamento e organização das tarefas do Núcleo é relevante apontar que boa parte da carga horária é destinada para a realização de reuniões de trabalho, pois é a partir dessas reuniões que as demais ações são disparadas. Isso evidencia a necessidade permanente de investimento nas relações interpessoais e no diálogo entre o NASF e os diferentes atores com os quais interagem, tais como: a própria equipe NASF; a EqSF; gerências das UBS; equipamentos da comunidade e a rede de saúde.

As diversas reuniões e acordos estabelecidos entre estes equipamentos e principalmente entre as equipes NASF e EqSF são essenciais para que o trabalho possa acontecer e que o escopo de ações a serem desenvolvidas possa ser ampliado.

Todas essas vivências cotidianas geram sentimentos de ambiguidade de relações, da invisibilidade do seu trabalho, de não-lugar e não pertencimento. Isso leva a uma dificuldade de serem reconhecidos, pelas suas ações e contribuições, enfim, pelo trabalho que realizam e pelos esforços que fazem para esse trabalho acontecer. Isso tudo dificulta que construam sua própria identidade e conseqüentemente a própria saúde mental.

Como forma de se protegerem psicicamente e de agilizarem seu trabalho, os profissionais lançam mão de diversas estratégias individuais tais como: participar de grupos já realizados e consolidados pela EqSF; “*correr atrás de informações*” e do andamento dos casos partilhados como forma de se manterem informados e participativos; atender casos que deveriam ser encaminhados para o nível secundário, não resistindo à pressão; utilizar contatos da sua rede pessoal para agilizar atendimentos em outros serviços; buscar suporte emocional e teórico fora do NASF, por meio de supervisões, terapias, cursos de formação; etc.

Outra estratégia bem sucedida, de caráter mais coletivo é a prática da equipe de se apoiar mutuamente: pensam conjuntamente, articulam ações, promovem atividades de reflexão sobre as suas práticas, compartilham entre si as dificuldades e as soluções junto as EqSFs, a FMUSP e a OS FFM, com o território, com a escassez de recursos.

Esses tipos de estratégias e de mecanismos de cooperação são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho e, sobretudo para a preservação da saúde mental destes trabalhadores.

É importante ressaltar que a constatação da necessidade de avanços e de mudanças positivas no trabalho, o que inclui a organização e as condições de trabalho, é antes de tudo um compromisso que, para ser eficaz, deve ser permanente e deve envolver todos os níveis hierárquicos, os trabalhadores e os gestores. Somente assim, chegar-se-á em soluções de compromisso que realmente apontem para condições mais saudáveis de trabalho, bem como para a melhoria constante dos processos de trabalho e a qualidade do atendimento prestado a população.

Acreditamos que esse estudo pode contribuir tanto para o desenvolvimento do processo de gestão e organização do trabalho dos NASF quanto para o aprimoramento das políticas públicas relacionadas à área.

5. ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação CEP FMUSP



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 27/04/2011, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 160/11 intitulado: **"O PROCESSO DE TRABALHO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES"** apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

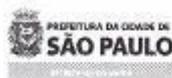
Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Selma Lancman
Pesquisador (a) Executante: Selma Lancman

CEP-FMUSP, 28 de Abril de 2011.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 2 – Aprovação CEP PMSP



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 239.0.162.000-10

São Paulo, 29 de Março de 2011
PARECER N° 89/11 – CEP/SMS

Ilma Sra.
Selma Lancman

Projeto de Pesquisa: O Processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores

Pesquisador Responsável: Selma Lancman

Instituição: Faculdade de Medicina USP/ Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Área Temática Especial: não

Patrocinador: CNPQ

I - Sumário Geral do Protocolo.

Objetivo:

Compreender e estudar o processo de trabalho, o sofrimento psíquico e as estratégias desenvolvidas e utilizadas pelos profissionais do NASF em seu cotidiano de trabalho, identificando fatores críticos para o desenvolvimento das ações pelas quais são responsáveis e formas de superá-los.

Estão descritas objetivos específicos.

Método

Para apreender o processo de trabalho em sua complexidade e seus reflexos na saúde do trabalhador, a pesquisadora propõe um conjunto de procedimentos a partir de métodos denominados "pesquisas ascendentes". A proposta é conduzir 3 análises: psicodinâmica do trabalho (Dejours 2004), ergonômica do trabalho (Guerin ET AL 2001, Hubault 2001 e 2004) e organização do trabalho em serviços (Silva 2003). Cada etapa do processo da pesquisa está cuidadosamente descrita.

Os procedimentos incluem realizam de grupos com os profissionais do NASF da zona oeste de São Paulo e entrevistas individuais com terapeutas ocupacionais que atuam nestes NASFs. A pesquisadora buscará consentimento individual para cada profissional envolvido nesta pesquisa.

II - Considerações.

O projeto não é multicêntrico. O país de origem é o Brasil.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida.

O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

O orçamento detalhado está adequado.

O cronograma da pesquisa está adequado.

Há tratamento adequado dos dados, e garantia de que o material coletado através de observações, grupos e entrevistas individuais será mantido em local seguro, para preservar o anonimato dos voluntários.

Há pertinência e valor científico no estudo proposto.

A metodologia é adequada aos objetivos.

A metodologia não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos: informação, privacidade, recusa inócua, desistência, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

É conciso e objetivo. Está redigido na forma de convite à participação no estudo.

* Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464 – email: smscep@gmail.com
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/comite_de_etica/

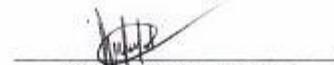
Página 1/2

A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa. Há descrição suficiente dos procedimentos. Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96. Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa. Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem nenhum prejuízo.

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

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. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



Amuly Zatorre Amaral
Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

ALeIG/ba

Anexo 3 - Termo de consentimento livre e esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME: :
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
DATA NASCIMENTO:/...../.....
ENDEREÇO Nº APTO:
BAIRRO:.....CIDADE
CEP:.....TELEFONE: DDD(.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

2. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** O PROCESSO DE TRABALHO NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Selma Lancman

CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 418 – TO (CREFITO – 3).

UNIDADE DO HCFMUSP: FMUSP – Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.

A pesquisa intitulada “O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores”, tem como objetivo geral compreender o processo de trabalho, o sofrimento psíquico e as estratégias desenvolvidas e utilizadas pelos profissionais do NASF em seu cotidiano de trabalho, identificando os fatores críticos para o desenvolvimento das ações pelas quais são responsáveis e formas de superá-los. Pretende ainda estudar a organização do trabalho e criar espaços grupais de discussão que permitam identificar e dar visibilidade às estratégias de trabalho criadas pela inteligência individual e coletiva dos agentes em sua experiência concreta de trabalho para que eles possam contribuir tanto para o aprimoramento das políticas públicas quanto para um ajuste mais fino das ações que desenvolvem.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo, que utilizará os seguintes procedimentos: entrevistas, questionários, grupos de discussão, observação dos postos e atividades de trabalho. Sua participação é voluntária e você tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Você poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sobre sua participação e, se tiver alguma dúvida, será esclarecida no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos procedimentos realizados serão gravados, filmados e/ou fotografados, escritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado e nem o seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e nem na publicação desse estudo. Você poderá solicitar os escritos da entrevista e dos encontros grupais, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessária. Todos os dados ao estudo serão guardados em local seguro.

Você tem o direito de, a qualquer momento, ter acesso às informações sobre os possíveis riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas. Tem a liberdade para retirar, em qualquer momento, o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo. Tem assegurado seu sigilo, sua privacidade e confidencialidade.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é a Profa. Titular Selma Lancman, que pode ser encontrada na Rua Cipotânea, 51 no telefone: 30918436 e no e-mail: lancman@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Av. Doutor Arnaldo, 455 – 1º

andar, Cep: 01246-903, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36, 1º. Andar, Vila Buarque, telefone: 3397-2764 e e-mail: smscep@gmail.com.

Se você discutiu com a Profa. Titular Selma Lancman, que te apresentou este termo de consentimento, sobre a sua decisão em participar deste estudo; se você acredita ter sido suficientemente informado a respeito do conteúdo que leu ou que foi lido para você; se ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; se ficou claro também que a participação é isenta de despesas, que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos e, por fim, se ficou claro que sua participação é voluntária, assine abaixo.

Assinatura do entrevistado/representante legal

Data:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data:

Anexo 4- Quadro 1A, 1B, 1C – Proposta de Distribuição da Carga Horária por Categorias Profissionais segundo as atividades desenvolvidas (metas das ações em áreas estratégicas do NASF).

QUADROS 1A, 1B, 1C: PROPOSTA DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA PELAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS SEGUNDO ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF		CATEGORIAS PROFISSIONAIS				
		PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR PROCEDIMENTO				
		Médico Geriatria	Médico Pediatra	Médico Psiquiatra	Médico Homeopata	Médico Acupunturista
AÇÕES COMPARTILHADAS	Reuniões com equipe saúde da família	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%
	Reuniões técnicas					
	Consulta médica compartilhada	10-25%	10-25%	10-25%	5-15%	0-10%
	Consulta / atendimento domiciliar compartilhada					
	Visita domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
	Atividade educativa / orientação compartilhada					
	Prática corporal / atividade física compartilhada					
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-20%	5-20%
	Grupo com objetivo terapêutico compartilhado					
	Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas					
ATENDEIMENTO ESPECÍFICO	Consulta médica	10-20%	5-20%	5-20%	10-30%	10-30%
	Atividade educativa/orientação					
	Prática corporal atividade física					
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa	5-15%	5-15%	5-10-15%	10-20%	15-25%
	Grupo com objetivo terapêutico					
Oficinas com diferentes linguagens						
AÇÕES INTERMEDIARIAS	Reuniões com recursos da comunidade					
	Reuniões com conselho gestor	5%	5%	5%	5%	5%
	Visita institucional					
OUTRAS ATIVIDADES	Reuniões com equipe NASF					
	Atividades administrativas					
	Reuniões gerais UBS	10%	10%	10%	10%	10%
	Educação continuada equipe NASF					
TOTAL		60-135%	60-135%	60-135%	65-140%	65-140%

Obs: Consulta Médica e Consulta / Atendimento - profissionais do nível superior serão aporcionados mínimo quando for realizado no domicílio. O percentual mínimo das atividades será atingido quando houver necessidade de utilizar a porcentagem mínima de cada uma, de forma a compor 100% da carga horária de profissionais.

1

QUADRO 1b - QUADRO DE METAS DAS AÇÕES EM ÁREAS ESTRATÉGICAS NASF

AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF	CATEGORIAS PROFISSIONAIS			
	Farmacêutico	Assistente Social	Prof. Ed. Física	Nutricionista
Reuniões com equipe saúde da família	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%
Reuniões técnicas				
Consulta / atendimento domiciliar compartilhada	10%	5-20%	10%	5-15%
Consulta / atendimento prof. nível superior compartilhada				
Visita domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5%	5-15%
Atividade educativa / orientação compartilhada				
Prática corporal / atividade física compartilhada				
Prática corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada	15-30%	10-20%	15-30%	10-20%
Grupo com objetivo terapêutico compartilhado				
Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas				
Consulta / atendimento profissional nível superior	10%	5-5%	5%	5-15%
Atividade educativa / orientação				
Prática corporal / atividade física				
Prática corporal em medicina trad. Chinesa	20-30%	10-25%	20-30%	10-25%
Grupo com objetivo terapêutico				
Oficinas com diferentes linguagens				
Reuniões com recursos da comunidade				
Reuniões com conselho gestor	5%	5-15%	5%	5%
Visita institucional				
Reuniões com equipe NASF				
Atividades administrativas				
Reuniões gerais UBS	10%	10%	10%	10%
Educação continuada equipe NASF				
TOTAL	70-130%	60-140%	70-130%	65-130%

Obs: Consulta Médica e Consulta / Atendimento - profissional de nível superior será apurado mesmo quando for realizada no domicílio. O percentual mínimo das atividades será utilizado quando houver necessidade de utilizar o percentual máximo de outra, de forma a completar 100% da carga horária do profissional.

1

QUADRO 1c - QUADRO DE METAS DAS AÇÕES EM ÁREAS ESTRATÉGICAS NASF

AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF	CATEGORIAS PROFISSIONAIS			
	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Fisioterapeuta	Fonoaudiólogo
ACÇÕES COMPARTILHADAS				
Reuniões com equipe saúde da família	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%
Reuniões técnicas				
Consulta / atendimento domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
Consulta / atendimento prof. nível superior compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
Visita domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
Atividade educativa / orientação compartilhada				
Prática corporal / atividade física compartilhada				
Prática corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada	10-20%	10-20%	10-20%	10-20%
Grupo com objetivo terapêutico compartilhado				
Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas				
Consulta / atendimento profissional nível superior	5-15%	5-15%	5-15%	5-15%
ATENDIMENTO ESPECÍFICO				
Atividade educativa / orientação				
Prática corporal / atividade física				
Prática corporal em medicina trad. Chinesa	10-25%	10-25%	10-25%	10-25%
Grupo com objetivo terapêutico				
Oficinas com diferentes linguagens				
ACÇÕES INTER-SECTORIAIS				
Reuniões com recursos da comunidade				
Reuniões com conselho gestor	5%	5%	5%	5%
Visita institucional				
OUTRAS ATIVIDADES				
Reuniões com equipe NASF				
Atividades administrativas				
Reuniões gerais UBS	10%	10%	10%	10%
Educação continuada equipe NASF				
TOTAL	65-130%	65-130%	65-130%	65-130%

Obs: Consulta Médica e Consulta/Atendimento profissionais de nível superior são apontada mesmo quando for realizada no domicílio. O percentual máximo das atividades são utilizado quando houver necessidade de utilizar o percentual máximo de outra, de forma a completar 100% da carga horária do profissional.

Nombre de profesional Código laboral Código de actividad Código de actividad Código de actividad	Proyecto										Días electrónicos		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	UBS 3°	UBS 4°	UBS 5°
(1.2) - Consult	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.1) - Ejec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1.3) - Consult	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.2) - Ejec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1.3) - Consult	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.2) - Ejec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1.3) - Consult	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.2) - Ejec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.1) - Proyectista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1.4) - Consult	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2.2) - Ejec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1.1) - Rendido con ESP / Técnica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(2) - Mula / Rendido con	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(1) - Rendido con	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(4) - Rendido gen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(6) - Rendido MUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
(3) - Rendido con consulto gen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RS e vinculações a esta equipe	Parceiro		UBS 3 ^a		UBS 2 ^a		UBS 1 ^a		Dias úteis		UBS 5 ^a	
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nome do profissional												
Carga horária semanal												
1) Capacitação em serviço para ESF												
Trabalho Acadêmico / Planejamento												
1) Educação (cursos, workshops, etc)												
Outros												
Total horas não trabalhadas no mês												
Férias												
Folga												
Faltas												
Licença Médica												
Outros Motivos												
PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR PROCEDIMENTO												
	GRUPO 1											
1.1												
1.2												
1.3												
1.4												
GRUPO 2												
2.1												
2.2												
2.3												
GRUPO 3												
GRUPO 4												
GRUPO 5												

Anexo6- Modelos das Fichas de Registro Diário de Atividade e Procedimentos de cada Categoria Profissional.

 Prefeitura do Município de São Paulo SMS - Coordenação da Atenção Básica Sistema de Informação da Atenção Básica		Ficha D - Diário Fisioterapeuta	
Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____		Data _____	
Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do FISIOTERAPEUTA			
Nr equipe _____ Nr Micro área _____ Nr família _____ Idade do usuário _____		Faltas* _____	
		Tipo de procedimento ¹	
Vistas Consultas	Visita domiciliar		
	Visita domiciliar/institucional - avaliação (in loco das condições disponíveis ao processo de reabilitação)		
	Consulta de profissionais de nível superior (resposta médica)		
	Consulta domiciliar		
Tipo de Atendimento ²			
Cursos Procedimentos	Avaliação de função mecânica respiratória	0211030040	
	Avaliação funcional muscular	0211030074	
	Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras	0302050027	
	Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ distúrbio neuro-musculo-funcional sem complicações sistêmicas	0302080014	BPA Individualizado
	Atendimento fisioterapêutico nas distúrbios do sistema neuro motor	0302080030	
Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo	0302080049		
GRUPOS		Tema do grupo	
Grupos	Tipo de procedimento ³		
	Atividade educacional/orientação em grupo		1
	Prática corporal / atividade física em grupo		2
	Práticas corporais em medicina tradicional chinesa		3
	NP de participantes _____ Nº de sessões _____		4
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA			
	Quant	Hrs ⁴	Obs
1. Consulta			
2. Visita domiciliar			
3. Visita institucional			
4. Procedimentos			
5. Grupo terapêutico/ Atividade educacional/ Oficina			
6. Reunião com ESP			
7. Reunião com a comunidade			
8. Reunião técnica / geral			
9. Reunião NASP			
10. Capacitação em serviço para ESP			
11. Trabalho administrativo/ Planejamento			
12. Capacitação/ Cursos/ Atualização/ Congresso			
13. Outro (descrever na Obs)			
Total			

(*) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada ou VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou recusa ao atendimento domiciliar (assinando com "X" na linha referente ao procedimento)

(*) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:
 - "P" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe SP
 - "N" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASP
 - "R" para procedimento não compartilhado

(*) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento do usuário:
 - tagalgio (TG), -alcoelasma (ALC), -diabetes (DIA), -hanseníase (HAN), -hipertensão arterial (HAS), -tuberculose (TB), -gestação (GES), -deficiência (DEP), -outros (O)
 As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, síndromes e deficiências mentais.

(*) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissionais 40hs/sem ou 4hs pr 20hs/sem)

Assinatura do profissional _____

Estabelecimento de saúde: _____

Profissional: _____

Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do TERAPEUTA OCUPACIONAL

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹	
Nr equipe											
Nr Micro área											
Nr família											
Idade do usuário											
		Tipo de procedimento ²									
Visitas	Visita domiciliar										
	Visita domiciliar/institucional - avaliação (in loco) das condições disponíveis ao processo de reabilitação										
Consultas	Consulta de profissionais de nível superior (exceto médico)										
	Consulta domiciliar										
		Tipo de Atendimento ³									
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema de grupo				
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1.				
	Prática corporal / atividade física em grupo						2.				
	Práticas corporais em medicina tradicional chinesa						3.				
	Terapia de grupo						4.				
	Oficina Terapêutica - Saúde Mental (E)						5.				
		Nr de participantes									
		Nr de faltas(s)									
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA											
		Quant	Hs ⁴		Obs						
Outras Atividades	1. Consulta										
	2. Visita domiciliar										
	3. Visita institucional										
	4. Procedimentos										
	5. Grupo terapêutico/ Atividade educativa/ Oficina										
	6. Reunião com ESF										
	7. Reunião com a comunidade										
	8. Reunião técnica / geral										
	9. Reunião NASF										
	10. Capacitação em serviço para ESF										
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento										
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso										
	13. Outro (descrever na Obs)										
Total											

(¹) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada ou VD não realizado em virtude da ausência do usuário na residência, ou recusa ao atendimento domiciliar (assinando com "X" na linha referente ao procedimento)

(²) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "P" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe ESF
- "K" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "N" para procedimento não compartilhado

(³) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento do usuário:

- tabagismo (TO), alcoolismo (ALC), diabetes (DIA), Hanseníase (HAN), Hipertensão arterial (HAS), Tuberculose (TB), gestação (GES), deficiência (DEF), outras (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, síndromes e deficiência mental.

(⁴) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissionais 40h/sem ou 4hs p/ 20h/sem)

Assinatura do profissional: _____

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS



Data: / /

Estabelecimento de saúde: _____ Profissional: _____



Ficha para registro diário de atividades, procedimentos de NUTRICIONISTA

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹
Nr equipe										
Nr Micro área										
Nr família										
Nome do usuário										
		Tipo de procedimento ²								
Visita	Visita domiciliar									
	Consulta de profissionais de nível superior (exceto médico)									
Consulta	Consulta domiciliar									
Tipo de Atendimento ³										
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema do grupo			
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1			
							2			
							3			
	Nº de participantes						4			
	Nº de faltoso(s)						5			
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA										
		Quant		Hs ⁴		Obs				
Outras Atividades	1. Consulta									
	2. Visita domiciliar									
	3. Visita institucional									
	4. Procedimentos									
	5. Grupo terapêutico/ Atividade educativa/ Oficina									
	6. Reunião com ESI ⁵									
	7. Reunião com a comunidade									
	8. Reunião técnica / geral									
	9. Reunião NASF									
	10. Capacitação em serviço para ESI ⁵									
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento									
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso									
	13. Outro (descrever na Obs)									
Total										

(¹) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada ou VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou ausência no atendimento domiciliar (assinado com "x" na linha referente ao procedimento)

(²) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "P" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe SP
- "N" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "P" para procedimento não compartilhado

(³) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento de usuário:

- tabagismo (TO), -alcoetismo (ALC), -diabetes (DIA), -hanseníase (HAM), -hipertensão arterial (HAS), -tuberculose (TB), -gestação (GG), -deficiência (DEF), -outros (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, síndromes e deficiência mental.

(⁴) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissional 40h/sem ou 4hs p/ 20h/sem)

Assinatura do profissional

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Estabelecimento de saúde: _____ Profissional: _____

Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do PSICÓLOGO

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	Faltas ¹	
Nº equipe												
Nº Micro área												
Nº família												
Estado do usuário												
		Tipo de procedimento ²										
Visitas	Visita domiciliar											
	Visita domiciliar/institucional - avaliação (in loco) das condições disponíveis ao processo de reabilitação											
	Consulta de profissionais de nível superior (serviço médico)											
Cursos/Ativ. de	Consulta domiciliar											
	Tipo de Atendimento ³											
GRUPOS												
		Tipo de procedimento ³						Tema do grupo				
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo											
	Atendimento em psicoterapia de grupo											
	Prática corporal / atividade física em grupo											
	Prática corporal em atividade tradicional chinesa											
	Oficina Terapêutica 1 - Saúde Mental											
		Nº de participantes		Nº de faltosos								
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA												
		Quant		Hs ⁴		Obs						
Outras Atividades	1. Consulta											
	2. Visita domiciliar											
	3. Visita institucional											
	4. Procedimentos											
	5. Grupo terapêutico/Atividade educativa/ Oficina											
	6. Reunião com ESF											
	7. Reunião com a comunidade											
	8. Reunião técnica / geral											
	9. Reunião NASF											
	10. Capacitação em serviço para ESF											
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento											
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso											
	13. Outro (descrever na Obs)											
Total												

(¹) Apontar ausências que faltaram à consulta agendada. ap. VD não realizado em virtude de ausência do usuário de residência, de recurso ao atendimento domiciliar (assinado não com "S" na linha referente ao procedimento)

(²) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:
 - "G" se o procedimento for compartilhado com outro profissional de equipe SF
 - "M" se o procedimento for compartilhado com outro profissional de equipe NASF
 - "P" para procedimentos não compartilhados

(³) Tipo de atendimento: apontar o sigla referente ao atendimento de usuário:
 - hipertensão (HT), - diabetes (DLC), - diabetes (DA), - hipertensão (HAR), - hipertensão arterial (HASC), - tuberculose (TB), - epilepsia (EE), - deficiência (ADC), - diabetes (DA), - hipertensão (HAR), - hipertensão arterial (HASC), - tuberculose (TB), - epilepsia (EE), - deficiência (ADC), - diabetes (DA)
 As deficiências incluem as limitações mentais, motoras, síndromes e deficiências mentais.

(⁴) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (Obs para profissionais EBM/sem ou em 20h/semana)

Assinatura do profissional

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS



Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____



Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do ED. FÍSICO

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹
Nº equipe										
Nº Micro-área										
Nº família										
Idade do usuário										
		Tipo de procedimento ²								
Visita	Visita domiciliar									
	Consulta de profissionais de nível superior (exceto médicos)									
Consulta	Consulta domiciliar									
		Tipo de Atendimento ³								
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema do grupo			
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1.			
	Prática corporal / atividade física em grupo						2.			
	Práticas corporais em medicina tradicional chinesa						3.			
							4.			
	Nº de participantes Nº de faltas(s)						5.			
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA										
		Curtid		Hs ⁴		Obs				
Outras Atividades	1. Consulta									
	2. Visita domiciliar									
	3. Visita institucional									
	4. Procedimentos									
	5. Grupo terapêutico/ Atividade educativa/ Oficina									
	6. Reunião com ESF									
	7. Reunião com a comunidade									
	8. Reunião técnica / geral									
	9. Reunião NASF									
	10. Capacitação em serviço para ESF									
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento									
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso									
	13. Outro (descrever na Obs)									
Total										

(1) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada, por VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou recusa ao atendimento domiciliar (assinando com "X" na linha referente ao procedimento)

(2) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "F" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe ESF
- "N" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "P" para procedimentos não compartilhados

(3) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento do usuário:

- tabagismo (TO), -alcoolemia (ALC), -diabetes (DIA), -hipertensão (HAR), -hipertensão arterial (HAS), -tuberculose (TR), -gestação (DES), -deficiência (DEF), -outros (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, auditivas e deficiências mentais.

(4) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8h para profissionais) 40h/semana ou 48h por 20h/semana

Assinatura do profissional

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____
 Data: ____/____/____

Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do FONOAUDIÓLOGO

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹
Nº equipe										
Nº Micro área										
Nº família										
Idade do usuário										
		Tipo de procedimento ²								
Visitas	Visita domiciliar									
	Visita domiciliar/institucional - avaliação (in loco) das condições disponíveis ao processo de reabilitação									
	Consulta de profissionais de nível superior (perito médico)									
	Consulta com idoso									
		Tipo de Atendimento ³								
Outros Procedi	Avaliação de linguagem escrita / leitura									
	Avaliação de linguagem oral									
	Avaliação infuncional de sistema estomatognático									
	Avaliação vocal									
	Exame de organização perceptiva									
	Avaliação do comportamento auditivo									
		GRUPOS								
		1	2	3	4	5	Tema do grupo			
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo									1
	Prática corporal / atividade física em grupo									2
	Terapia de grupo									3
										4
	Nº de participantes Nº de faltoso(s)									5
		DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA								
		Quant		Hs ⁴		Obs				
Outras Atividades	1. Consulta									
	2. Visita domiciliar									
	3. Visita institucional									
	4. Procedimentos									
	5. Grupo terapêutico/Atividade educativa/ Oficina									
	6. Reunião com idoso									
	7. Reunião com a comunidade									
	8. Reunião técnica / geral									
	9. Reunião Igl-SF									
	10. Capacitação em serviço para IGP									
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento									
	12. Capacitação/ Cursos/ Atualização/ Congresso									
	13. Outros (descrever na Obs)									
Total										

(1) Apontar usuários que faltaram à consulta agendada. VD não realizada em virtude de ausência do usuário na residência, ou ausência no atendimento domiciliar (relacionado com "8" no campo referente ao procedimento).

(2) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a sigla/abreviação abaixo:
 - "F" se o procedimento foi compartilhado com outro profissional da equipe SF
 - "N" se o procedimento foi compartilhado com outro profissional da equipe NASP
 - "R" para procedimento não compartilhado

(3) Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento de usuário:
 - habitação (HO), alcoolismo (ALC), diabetes (DIA), Hansenase (HAN), hipertensão arterial (HAS), tuberculose (TB),
 - gestação (GES), deficiência (DEF), -outros (O)
 As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, sensoriais e deficiências mentais.

(4) O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissionais 40hs/sem ou 6hs pr 20hs/sem)

Assinatura do profissional _____

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS



Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____



Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do MÉDICO PSIQUIATRA

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹	
Nº equipe											
Nº Micro área											
Nº família											
Idade do usuário											
		Tipo de procedimento ²									
Visita	Visita domiciliar										
	Consulta médica										
	Consulta domiciliar										
		Tipo de Atendimento ³									
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema do grupo				
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1.				
	Atendimento em psicoterapia de grupo						2.				
							3.				
	Nº de participantes						4.				
	Nº de faltosos						5.				
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA											
		Quant	Hs ⁴		Obs						
Outras Atividades	1. Consulta										
	2. Visita domiciliar										
	3. Visita institucional										
	4. Procedimentos										
	5. Grupo terapêutico/ Atividade educacional/ Oficina										
	6. Reunião com ESF										
	7. Reunião com a comunidade										
	8. Reunião técnica / geral										
	9. Reunião NASF										
	10. Capacitação em serviço para ESF										
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento										
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso										
	13. Outro (descrever na Obs)										
Total											

(¹) Apontar ausências que faltarem à consulta agendada de VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou reversa ao atendimento domiciliar (assinando com "X" na linha referente ao procedimento).

(²) Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "P" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe SF
- "M" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "N" para procedimento não compartilhado

(³) Tipo de atendimento: apontar o sigla referente ao atendimento do usuário:

- tabagismo (TB), -osteólise (ALC), -diabetes (DIA), -hanseníase (HAN), -hipertensão arterial (HAH), -tuberculose (TB), -gestação (GER), -deficiência (DEP), -outros (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, sensoriais e deficiência mental.

(⁴) O total de horas deve corresponder a carga horária diária (8h para profissionais efetivos ou 4h por 20h/semana)

Assinatura do profissional _____

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Estabelecimento de saúde _____ Profissional _____

Ficha para registro diário de atividades, procedimentos do MÉDICO PEDIATRA

		1	2	3	4	5	6	7	8	Faltas ¹	
Nº equipe											
Nº Micro-área											
Nº família											
Nome do usuário											
		Tipo de procedimento ²									
Visita	Visita domiciliar										
	Outros										
Consulta	Consulta médica										
	Consulta domiciliar										
		Tipo de Atendimento ³									
GRUPOS		1	2	3	4	5	Tema do grupo				
Grupos	Atividade educativa/orientação em grupo						1				
							2				
							3				
							4				
							5				
		Tipo de procedimento ²									
		Nº de participantes									
		Nº de faltosos ⁴									
DISTRIBUIÇÃO CARGA HORÁRIA DIÁRIA											
		Quant		Hr ⁴		Outs					
Outras Atividades	1. Consulta										
	2. Visita domiciliar										
	3. Visita institucional										
	4. Procedimentos										
	5. Grupo terapêutico/ Atividade educacional/ Oficina										
	6. Reunião com SSP										
	7. Reunião com a comunidade										
	8. Reunião técnica / geral										
	9. Reunião NASF										
	10. Capacitação em serviço para SSP										
	11. Trabalho administrativo/ Planejamento										
	12. Capacitação/ Curso/ Atualização/ Congresso										
	13. Outros (descrever na Outs)										
		Total									

⁽¹⁾ Apontar usuários que faltaram à consulta agendada ou "VD não realizada em virtude da ausência do usuário na residência, ou ausência ao atendimento domiciliar (assinando com "X" na linha referente ao procedimento).

⁽²⁾ Quando for registrar o procedimento realizado, utilizar a codificação abaixo:

- "P" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe AP
- "N" se o procedimento for compartilhado com outro profissional da equipe NASF
- "R" para procedimentos não compartilhados

⁽³⁾ Tipo de atendimento: apontar a sigla referente ao atendimento do usuário:

- hipertensão (HT), -diabetes (DL), -diabetes (DIA), -hipertensão (HAK), -hipertensão arterial (HAB), -tuberculose (TB), -gestação (GG), -deficiência (DEF), -outros (O)

As deficiências incluem as limitações neurológicas, motoras, sensoriais e deficiência mental.

⁽⁴⁾ O total de horas deve corresponder à carga horária diária (8hs para profissionais 40h/sem ou 6hs pr 20h/sem)

Assinatura do profissional _____

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Anexo 7- Modelo da Ficha de Registro de Atividades Educativas/ Práticas Corporais/ Oficina/ Grupos Terapêuticos.

QUADRO III: FICHA PARA REGISTRO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS / PRÁTICAS CORPORAIS / OFICINAS / GRUPOS TERAPÊUTICOS

	Prefeitura do Município de São Paulo SMS - Coordenação da Atenção Básica Sistema de Informação da Atenção Básica	REGISTRO DE ATIVIDADES EM GRUPO Data: / /		
Estabelecimento de saúde: _____		IC 033/12 10		
Ficha para registro de Atividades educativas / Práticas corporais/ Oficinas / Grupos terapêuticos				
PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS		TIPO DE ATIVIDADE		
CATEG	NOME/ ASSINATURA	Atividade educativa / Orientação Grupo terapêutico / Atendimento em psicoterapia de grupo Prática corporal / Atividade física Práticas corporais em MTC Oficina terapêutica - Saúde mental		
1.				
2.				
3.				
4.				
Tema do Grupo: _____				
Duração: _____				
Local: _____				
NOME DO USUÁRIO		Nr Equipe	Nr Fam	Idade
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
TOTAL DE USUÁRIOS:				

FONTE: Coordenação Atenção Básica - SMS

Anexo 8 – Modelos de fichas utilizadas nos Grupos de Caminhada (PAR-Q, Anamnese, Avaliação Física).

PAR-Q
GRUPO DE CAMINHADA UBS JARDIM D'ABRIL

NOME: _____ DN: ____/____/____
ACS: _____ PRONT. _____
CNS _____
DATA: ____/____/____

1 - Alguma vez um médico lhe disse que você possui um problema do coração e lhe recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica?
Sim Não

2 - Você sente dor no peito, causada pela prática de atividade física?
Sim Não

3 - Você sentiu dor no peito no último mês?
Sim Não

4 - Você tende a perder a consciência ou cair, como resultado de tonteira ou desmaio?
Sim Não

5 - Você tem algum problema ósseo ou muscular que poderia ser agravado com a prática de atividade física?
Sim Não

6 - Algum médico já lhe recomendou o uso de medicamentos para a sua pressão arterial, para circulação ou coração?
Sim Não

7 - Você tem consciência, através da sua própria experiência ou aconselhamento médico, de alguma outra razão física que impeça sua prática de atividade física sem supervisão médica?
Sim Não

ANAMNESE

NOME: _____ DATA DE NASC: ____/____/____
PRONT: A _____ M _____ F _____ TEL: _____

OBJETIVO: _____

ATIVIDADE FÍSICA

1- Atualmente, pratica atividade física? () Sim () Não

NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA

2- Qual?

3- A quanto tempo? _____ 4- Frequência Semanal? _____ Vezes
5- Tempo de atividade por sessão: _____ Min.

6- Já praticou algum (outro) tipo de atividade? () Sim () Não

NO CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA

7- Qual?

8- Por quanto tempo? _____ 9- Frequência Semanal? _____ Vezes
9- Quanto tempo inativo: _____

CLÍNICO

10- Pessoal: HAS () - DM () - DISLIPIDEMIA () - CARDIO () - OUTRO () _____

11- Histórico familiar (PAI/MÃE/AVÔ/AVÓ): HAS () - DM () - CARDIO () - AVC () _____

12- Medicação contínua: _____

13- Dores? () Sim () Não

14- Onde? _____

15- Com qual frequência? _____

16- Existe limitação para alguma tarefa ou movimento? _____

17- Cirurgias recente? () Sim () Não 18- Qual? _____

18- Fumante? () Sim () Não

19- A quanto tempo? _____ 20- Cigarros dia: _____

21- Bebida alcoólica? () Sim () Não 22- Frequência: _____

OBSERVAÇÕES:

AVALIAÇÃO FÍSICA

URS

Nome: _____

Pront: _____

Data Nascimento: _____

Telefone: _____

Idade: _____

Dados	Data												
Massa corporal													
Estatura													
IMC													
DC ABD													
DC S. I.													
DC MMII/Peito													
Quadril													
Cintura													
Caninhada 6 min													
Flex - Sent. Alcan.													

Anexo 9 – Quadros com os grupos realizados pelo NASF Alfa.

Grupos		Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
manhã			<p>mensal 10:30h grupo de planejamento familiar Local: UBS</p> <p>quinzenal 10h - 11h grupo de cuidadores Local: Assoc. de moradores da Eq. Vermelha</p> <p>7:30h - 9h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes</p> <p>15:30h - 17h grupo de Chi Kun e roda de conversa Local: Ig. S. J. Operári</p>	<p>quinzenal 10:30h - 12h grupo de gestante Local: UBS</p> <p>quinzenal 9h - 10h grupo de fonoterapia</p> <p>quinzenal 10h - 11h grupo de fonoterapia</p>	<p>10:30h - 12h grupo de reeducação alimentar Local: UBS</p> <p>7:30h - 9h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes</p>	<p>7:30h - 9h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes</p> <p>10h - 11h grupo de portadores de diabetes ins. Dep. Local: UBS</p> <p>4º do mês 9h - 11h grupo de brincadeira de rua Local: quadra esportes do Cingpura</p> <p>14h - 16h grupo bem viver Local: Assoc. Moradores área verde</p>
	tarde	<p>quinzenal 15h - 17h grupo PAEF Local: UBS</p> <p>13h - 14h grupo de portadores de diabetes ins. Dep. Local: UBS</p>			<p>mensal 14:30h - 16h grupo de puericultura Local: UBS</p> <p>2º do mês 15h - 17h grupo de brincadeira de rua Local: quadra esportes do Cingpura</p>	<p>14h - 16h grupo bem viver Local: Assoc. Moradores área verde</p> <p>14h - 16h grupo de artesanato Local: capela do velório</p>

PAEF - com as EqSF

Grupos

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
manhã	7h - 8h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes	mensal 8:30h - 10:30h grupo hiperdia (eq. Verm) Local: UBS	3º do mês 9h grupo no Limite Local: Ig. N. Sra. Ap.	7h - 9h grupo de caminhada Local: Praça Pablo Casals	9h - 11h grupo de gestante Local: UBS
		4º do mês 9h grupo de brincadeira de rua Local: Vieira área vermelha	7h - 8h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes	7h - 8h grupo de caminhada Local: Pq. Dos príncipes	
		7h - 8h grupo de caminhada Local: Praça Pablo Casals	8h - 9h grupo de Tai Chi Local: Sede	8h - 9:30h grupo de Chi Kun e roda de conversa Local: Ig. S. Tomaz	
		8h - 9:30h grupo de Chi Kun e roda de conversa Local: Sede			
tarde	14h - 16h grupo de idosos (prática coporal e roda de conversa) Igreja S. Tomaz	14h - 16h grupo de reeducação alimentar Local: Ig. Na. Sra. Ap.	14h - 16h grupo de artesanato. Local: Sede	15h - 16h grupo de artesanato Local: Igreja S. Tomaz (mensalmente)	
	3º do mês 14h - 16h grupo de adolescente Local: Centro de juventude		1º do mês grupo de diabéticos com diagnóstico recente Local: UBS	13:30h - 15h grupo de reeducação alimentar Local: UBS	
			3º do mês 13:30h - 14:30h grupo remédio em casa Local: UBS		

Anexo 10 – Roteiro de entrevista semiestruturada – Coordenador NASF

- 1- Qual a sua profissão?
- 2- Relate sua experiência profissional anterior
- 3- Há quanto tempo você coordena o NASF?
- 4- Qual a sua jornada de trabalho?
- 5- Existe trabalho prescrito para a função de coordenadora do NASF? Descreva.
- 6- Cite as principais tarefas que você realiza como coordenadora.
- 7- Quais as principais facilidades ou pontos positivos e as principais dificuldades ou problemas mais frequentes do seu trabalho? Há algum problema mais frequente
- 8- A coordenação do NASF está subordinada a quais hierarquias?
- 9- Quantos NASF você coordena?
- 10- Qual o nome oficial de cada NASF?
- 11- Qual o horário de funcionamento do NASF?
- 12- Quantos profissionais há em cada NASF? Quais são as categorias profissionais e carga horária de cada um?
- 13- Você poderia elencar as principais tarefas do NASF ? (da equipe e de cada profissional)
- 14- Descreva os fluxos de trabalho do NASF.
- 15- Existe meta de produtividade a ser atingida pela equipe NASF?
- 16- Qual a produção média das equipes dos NASF?
- 17- Quais os principais temas discutidos nas reuniões de equipe NASF?
- 18- Como é a relação entre a coordenação e a equipe do NASF?
- 19- Como é a relação entre a coordenação do NASF com a Organização Social?
- 20- Como é a relação entre os profissionais da equipe NASF?
- 21- Como é a relação entre as equipes NASF e ESF?
- 22- Como é a relação entre os NASF da região?

- 23- Cite as principais facilidades ou pontos positivos do trabalho NASF.
- 24- Cite as principais dificuldades ou pontos críticos ou negativos do trabalho NASF
- 25- Descreva as condições de trabalho das equipes NASF: recursos físicos, materiais e humanos
- 26- Descreva as condições de trabalho para a coordenadora do NASF (recursos físicos, materiais e humanos).
- 27- Há profissionais nas UBS com a mesma categoria profissional de alguns membros da equipe NASF? Quais? O que difere o trabalho deles do realizado pelo NASF?
- 28- Como a população vê o trabalho do NASF?
- 29- Você quer acrescentar algo que não foi dito ou perguntado?
- 30- Como foi poder falar do seu trabalho?

Anexo 11 – Roteiro de entrevistas semiestruturadas – Grupo de representantes da equipe multiprofissional NASF

- 1- Qual é o horário de funcionamento do NASF?
- 2- Qual é a composição da equipe do NASF, carga horária e períodos de trabalho?
- 3- Quantas equipes do PSF o NASF dá apoio?
- 4- Qual é o trabalho prescrito para o NASF?
- 5- Quais as principais tarefas realizadas pelo NASF em equipe e individualmente?
- 6- Quais as semelhanças e diferenças entre o trabalho prescrito e o realizado?
- 7- Como está organizado o trabalho pela equipe NASF (fluxo(s) da produção)?
- 8- Quais as estratégias utilizadas para fazer o trabalho acontecer?
- 9- Como o NASF se organiza para dar apoio às equipes da ESF (matriciamento, atendimentos compartilhados etc) ?
- 10- Quais são e como são os grupos realizados com a comunidade?
- 11- Quais assuntos são discutidos na reunião de equipe do NASF?
- 12- Quais os pontos positivos e/ou facilidades do trabalho?
- 13- Quais os pontos negativos e/ou dificuldades do trabalho?
- 14- Como é a relação intraequipe? Quais as facilidades ou pontos positivos e as dificuldades ou pontos críticos/Problemas
- 15- Como é a relação entre o NASF e as equipes do PSF? Facilidade ou pontos positivos e Dificuldades/Pontos Críticos/Problemas?
- 16- Como é a relação entre o NASF Alfa e o NASF Beta? Quais as facilidades ou pontos positivos e as dificuldades ou pontos críticos ou problemas?
- 17- Descreva as condições de trabalho para o NASF (recursos humanos, físicos, materiais)?
- 18- Onde é o nó do trabalho? O que vocês sugerem que se observe e por que?
- 19- Como a população vê o trabalho do NASF?
- 20- Vocês querem acrescentar algo sobre o trabalho que não foi dito ou perguntado?

Anexo 12 – Roteiro de entrevistas individuais semiestruturadas para profissionais do NASF Alfa

1 – Qual a sua formação profissional? Há quanto tempo está formado? Fez especialização, mestrado, outros. Qual?

2- Qual a sua jornada e período de trabalho?

3- Há quanto tempo você trabalha no NASF?

4- Você já trabalhou em outros NASF? Qual (is) e por quanto tempo?

- Se trabalhou, cite semelhanças e diferenças entre os trabalhos que realizou.

5- Descreva seu trabalho. Quais as tarefas que realiza? Quais são realizadas em equipe?

6- Quais as tarefas que são específicas da sua especialidade profissional?

7- Você utiliza a maior parte da sua jornada de trabalho na realização de quais tarefas?

8 - Qual é a contribuição da sua especialidade profissional para o NASF?

9- O que é solicitado pela equipe NASF e/ou ESF para você realizar? E o que de fato você realiza?

10- Você utiliza algum recurso material para realizar o seu trabalho? Qual (is) o NASF provê? Há disponibilidade de verba?

11- Cite as facilidades para realizar seu trabalho?

12- Cite as dificuldades para realizar seu trabalho?

13- Quais as facilidades ou pontos positivos do trabalho NASF (geral) ?

14- Quais as dificuldade ou pontos negativos do trabalho do NASF (geral)? Você identifica algum ponto mais crítico? Qual (is)?

15- Como é a relação intraequipe NASF? Quais as facilidades, as dificuldades ou problemas?

16- Como é a relação com as equipes do PSF? Quais as facilidades e dificuldades ou problemas mais comuns?

17- Você quer acrescentar algo que você não disse ou que não foi perguntado?

Anexo 13 – Questionário para equipe multiprofissional do NASF Beta



DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Pesquisa: O Processo de Trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus Efeitos na Saúde Mental dos Trabalhadores - Nº do processo CNPq: 480319/2010-3

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Selma Lancman

Equipe: Rita Maria de Abreu Gonçalves
Juliana de Oliveira Barros
Nicole Guimarães Cordone

Data: __/__/__

1 - Data de Nascimento: __/__/__

2 - Gênero: () fem. () masc.

3 - Profissão: _____

4 - Qual o cargo/função que você ocupa: _____

5 – Você tem especialização/mestrado/doutorado/residência/aprimoramento?

() não () sim, qual área: _____

6 - Data de admissão no NASF: __/__/__

7 - Carga horária de trabalho: _____

8 - Período de trabalho: () manhã () tarde () ambos

9- Você já havia trabalhado em outro NASF? () não () sim, qual: _____

10 – Você já havia trabalhado na atenção primária? () não () sim

11 – Marque a alternativa que corresponde à forma como o trabalho da equipe NASF está organizado como referência para as equipes da ESF:

Duplas () Trios () Outros () exemplifique: _____

12- Assinale abaixo as tarefas que são realizadas pela equipe do NASF, mesmo que estas não sejam

realizadas por você:

- () Dar Apoio Matricial (eixos técnico pedagógico e assistencial) as equipes da ESF.
- () Participar das reuniões de equipe NASF. Frequência: _____
- () Participar das reuniões entre as equipes da ESF/NASF. Frequência: _____
- () Planejar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) – elaborar um plano de ação dos casos a serem assistidos em conjunto com as equipes da ESF.
- () Fazer as articulações intersetoriais e interinstitucionais necessárias.
- () Avaliar casos individualmente e/ou de forma compartilhada com outros profissionais (NASF, ESF, UBS).
- () Realizar atendimentos individuais e/ou grupais de forma compartilhada com as equipes da ESF (usuário, família, entre outros).
- () Realizar atendimento especializado individual e/ou grupal.
- () Realizar visita domiciliar (VD) e/ou consulta domiciliar (CD) compartilhada ou não.
- () Participar dos grupos já existentes (terapêuticos, educativos, de prevenção, entre outros) em parceria com as equipes da ESF.
- () Planejar e organizar novos grupos e coordená-los em parceria com as equipes da ESF, a partir das demandas existentes.
- () Realizar grupos sem a participação da ESF.
- () Sensibilizar e encaminhar usuários para o(s) grupo(s).
- () Realizar oficinas sazonais ou não.
- () Fazer a intermediação nos encaminhamentos de casos para a rede de referência.
- () Acompanhar casos que estão sendo atendidos por outros equipamentos e, que fazem parte da rede de atenção à saúde (RAS) do território.
- () Estabelecer articulação com a rede de serviços, equipamentos e recursos da comunidade, quer sejam da área da saúde, educação, esportes, lazer, entre outros.
- () Participar das Comissões, bem como criar outras comissões a partir da demanda existente.
- () Identificar, em conjunto com as equipes da ESF e a comunidade, as atividades e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas pela ESF e o público prioritário a cada uma das ações.
- () Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF.
- () Participar das reuniões entre médicos do NASF e médicos e enfermeiros da ESF. Frequência: _____
- () Participar das reuniões técnicas das UBS. Frequência: _____
- () Participar das reuniões gerais das UBS. Frequência: _____

17- Considerando **as relações interpessoais** (entre os técnicos do NASF, com as equipes da ESF, com outros profissionais da unidade de saúde, outros), descreva os **pontos positivos e/ou facilidades do seu trabalho.**

18- Considerando **as relações interpessoais** (entre os técnicos do NASF, com as equipes da ESF, com outros profissionais da unidade de saúde, outros), descreva **os pontos críticos e/ou dificuldades do seu trabalho.**

19- Além dos pontos que já foram mencionados, **há outras facilidades e/ou dificuldades** que você considera importante acrescentar?

20- Quais são as metas de produtividade a serem atingidas mensalmente para a equipe e/ou para a sua categoria profissional?

21- Qual o impacto das metas de produtividade a serem atingidas no cotidiano do trabalho?

22 – O que você entende como apoio matricial e como ele acontece na sua prática de trabalho?

23- Você tem alguma sugestão para a melhoria do trabalho realizado pelo NASF?

24- Você gostaria de acrescentar mais algum aspecto do seu trabalho que não foi abordado?
Descreva abaixo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahão, J.; Sznelwar I.; Silvino A.; Sarmet M.; Pinho D. Introdução à Ergonomia da prática à teoria. Editora Edgard Blücher e FINATEC, 1ª edição, 2009.

Alonso, C. O trabalho e o trabalhador de uma equipe de reabilitação no Programa Saúde da Família do município de São Paulo. Dissertação Apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo; 2009.

Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez /UNICAMP, 1995.

Antunes, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

Bandt, J. ; Dejours, C.; Dubar, C. La France malade du travail. Paris : Bayard, 1995.

Bowen, J.; Ford, R.C. Managing Service Organizations: Does Having a Thing Make a Difference?. Journal of Management, 28 (3), 447-469, 2002.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Imprensa Oficial; 1988.

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado / Secretaria da Reforma do Estado. Organizações Sociais (Cadernos MARE da reforma do estado). V. 2, 5ª edição. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado; 1998 [citado 20 jun 2010]. Disponível em: http://www.mp.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno02.PDF

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008 [citado 20 jun 2010]. Disponível em: http://200.137.177.147/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009a [citado 23 jun 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Série B. Textos Básicos de Saúde / Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade geográfica: Município de São Paulo. Competência: jan. 1998 / mai. 2010a [citado 23 jun 2010]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2010b [citado 01 jul 2010]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=35&VMun=00&VComp=201005-

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

Bousquat, A.; Cohn, A.; Elias, P.A. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio – espacial no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 1935 – 1943, 2006.

Campos, G.; Amaral, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva, vol.12, n°.4, p.849-859, jul./ago. 2007.

Campos, G.; Domitti, A. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399 – 407; 2007.

Capistrano Filho, D. O programa de saúde da família em São Paulo. Estudos Avançados, vol. 13, n. 35; 1999 [citado 25 jun 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01030141999000100008&script=sci_arttext

Castel, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. São Paulo: Vozes,1998.

Cecílio, L. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, RA.(orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ,IMS: ABRASCO; 2006. p. 115 – 128.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), 2012. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/faqs/faq.asp>

Clot, Y. La fonction psychologique du travail. Le Travail Human. Paris : PUF, 1999.

Cunha, G.; Campos, G. Apoio matricial e atenção primária em saúde, Ver. Saúde e Sociedade, v.20, n.4, p. 961-970, 2011.

DataSUS. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde,

2012. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp Acesso em [15/12/2012](#).

Dejours, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo, Cortez/Oboré, 1987

Dejours, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Chistian, J. Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo, Ed. Atlas S.A., 1994.

Dejours, C. O fator humano. Rio de Janeiro : Fundação Getulio Vargas, 1997.

Dejours, C. A Banalização da Injustiça Social. Rio de Janeiro : Fundação Getulio Vargas, 1999

Dejours, C. L'évalutaion du travail à l'épreuve du reel. Paris: INRA Editions, 2003.

Dejours, C. Addendum, Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I.(orgs) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, Paralelo15/FIOCRUZ, Brasília, Rio de Janeiro, 2004a, p. 47-104.

Dejours, C. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho, In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I.(orgs) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho, Paralelo15/FIOCRUZ, Brasília, Rio de Janeiro, 2004b, 277-299.

Derriennic, F. & Vezina, M. Organisation du travail et santé mentale: approches épidémiologiques. Travailler, revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail. Paris, n .5, 2000. p. 7-22.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Projeto Região Oeste: ensino – assistência – pesquisa. São Paulo, 2009.

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Projeto Região Oeste: ensino – assistência – pesquisa. São Paulo, 2012.

Franco, T.; Merhy, E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy, E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3 ed. São Paulo: Hucitec, p. 55-124, 2006.

Glouberman, S.; Mintzberg, H. 'Managing the care of health and the cure of disease – Part 1: Differentiation', *Healthcare Management Review*, Winter, 2001b.

Grandjean, E. Manual de Ergonomia – Adaptando o trabalho ao homem. Editora Bookman, Porto Alegre, 4ª edição, 2004.

Guerin, F; Laville, A; Daniellou, F; Duraffourg, J; Keguelen, A. Compreender o Trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

Heloani, J.; Lancman, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, v.14, n.3, p.77-86, 2004.

Hubault, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? Daniellou, F.(org.) A ergonomia em busca de seus princípios : debates epistemológicos. Ed. Edgard Blucher, São Paulo, 2004.

Hubault, F. (coord) La relation de service, opportunité et questions nouvelles pour l'érgonomie. *Seminaire, Paris 1, Paris, Octares*, 2001

Jardim, T.; Lancman, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelos agentes comunitários de saúde.

Interface. Comunicação, Saúde e Educação , v. 13, p.123-135, 2009.

Lancman, S.; Barros, J. Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [online]. 2011, v.22, n.3, p. 262-69.

Lancman, S.; Ghirardi, M. Pensando novas práticas em Terapia Ocupacional, saúde e trabalho. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 13, n.2, maio/ago 2002. p.44-50.

Lancman, S.; Uchida, S. Trabalho e subjetividade. Caderno de Psicologia Social e do Trabalho. São Paulo, v.6, 2003. p. 77-88.

Lancman, S, Sznelwar, L. (orgs) Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília, Rio de Janeiro: Paralelo15/FIOCRUZ, 2004.

Lancman, S. (org) Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: ROCA, 2004.

Lancman, S.; Uchida, S.; Sznelwar, L.; Jardim, T.; Gasparo, S. O trabalhar no Programa saúde da família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: Vários coordenadores. (Org.). Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF; Cadernos de Atenção Básica, estudos avaliativos 3. 1a ed. São Paulo: Consorcio Medicina USP/ Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2007, v.3, p. 207-228.

Lancman, S.; Ghirardi, M.; Castro, E.; Tuacek, T. Repercussões da violência na saúde mental dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health , v. 43, p. 682-688, 2009.

Maggi, B. L'Agir Organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage. Paris, Octares, Edition, 2004.

Mattos, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R.; Ferla, AA; Mattos, RA. (orgs.) Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS:IMS/UERJ:CEPESQ; 2006. p. 41 – 66.

Merhy, E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia – a – dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In Merhy EE e Onocko R (orgs). In: Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 113-141.

Merhy, E. Engravitando as palavras: o caso da integralidade. (Palestra proferida no Congresso da Rede Unida: Belo Horizonte – MG; 2005). Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>

Mintzberg, H. 'Mintzberg on Management', The Free Press, New York, 1989

Molini-Alvejonas, D.; Mendes, V.; Amato, C. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências, Ver. Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, v.15, n.3, São Paulo, 2010.

Molinier, P. Souffrance et théorie de l'action. Travailler : Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail. Paris, n. 7, 2001.

Montimollin, M. L'intelligence de la tache: elements d'ergonomie cognitive. Berna : Peter Lang, 1984.

Nascimento, D.; Oliveira, M. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio a saúde da família. O mundo da saúde, v.34, n.1, São Paulo, 2010.

Oliveira, G. O Projeto Terapêutico como Contribuição para a Mudança das Práticas de Saúde [Dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Declaração de Alma – Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata; 1978 [citado 20 jun 2010]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> . Acesso em 15/06/2010

Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica e PSF. Documento Norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População. São Paulo; 2005.

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

Saint-jean, M. & Maranda, M. F. & Rhéaume, J. Réorganisation du travail et action syndicale: défis et paradoxes In Le travail et ses malentendus: enquêtes em psychodynamiques du travail au Québec. Les Presses de l'Université Laval & Octares, Québec, 2000 : 53-79.

Sennett, R. A Corrosão do Caráter. Rio de Janeiro: Record, 1999.

Silva, M.; Lancman, S.; Alonso, C. As consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. Revista de Saúde Pública, v. 43, p. 36-42, 2009.

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Sundfeld, A. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência, Revista de Saúde Coletiva, v.20, n.4, p.1079-97, Rio de Janeiro, 2010

Sznelwar, L.; Mascia, F.; Lancman, S.; Uchida, S. “Ergonomia e Psicodinâmica do Trabalho: um Diálogo entre Diferentes Abordagens do Trabalho”, Projeto de

Pesquisa. 2001 (mimeo).

Sznelwar, L.; Lancman, S.; Santos, M. C.; Alvarinho, É.; Wu, M. Análise do Trabalho e do Serviço de Limpeza Hospitalar: Contribuições da Ergonomia e da Psicodinâmica do trabalho. Rev. Produção, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 45-57, 2004.

Thiollent, M. Pesquisa-ação nas organizações. São Paulo: Atlas, 1997. p.30-4.

Vries, G.; Bertrand, J.; Vissers, J. "Design requirements for health care production control systems". Production, Planning &Control, 1999, vol. 10, n.6, pp 559-569.