



Análise do sofrimento no trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família*

Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers

Análisis del sufrimiento en el trabajo en Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento¹, Maria Amélia de Campos Oliveira²

Como citar este artigo:

Nascimento DDC, Oliveira MAC. Analysis of suffering at work in Family Health Support Centers. Rev Esc Enferm USP. 2016;(50):846-852. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600019>

*Extraído da tese "O cotidiano de trabalho no NASF: percepções de sofrimento e prazer na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho", Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, MS, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP Brasil.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the work process in the Family Health Support Center. **Method:** An exploratory, descriptive case study using a qualitative approach. Focus groups were conducted with 20 workers of a Family Health Support Center, and the empirical material was subjected to content analysis technique and analyzed in light of Work Psychodynamics. **Results:** The category of suffering is presented herein as arising from the dialectical contradiction between actual work and prescribed work, from resistance to the Family Health Support Center's proposal and a lack of understanding of their role; due to an immediatist and curative culture of the users and the Family Health Strategy; of the profile, overload and identification with work. **Conclusion:** The dialectical contradiction between expectations from Family Health Strategy teams and the work in the Family Health Support Center compromises its execution and creates suffering for workers.

DESCRIPTORS

Family Health Strategy; Health Personnel; Work; Psychological Stress; Quality of Life.

Autor correspondente:

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Rua Gabriel Abrão, 92 – Jardim das Nações
CEP 79081-746 – Campo Grande, MS, Brasil
debora.dupas@fiocruz.br

Recebido: 05/04/2016
Aprovado: 31/08/2016

INTRODUÇÃO

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi instituído no contexto da Atenção Básica (AB) em 2008 para qualificar e ampliar o repertório de ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do apoio matricial⁽¹⁾. Visa à construção de redes de atenção e cuidado, colaborando para que se alcance a plena integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁾. Para isso, tem sua atuação pautada no trabalho em equipe – haja vista a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde da atualidade e a interdependência do trabalho em saúde⁽³⁾ – e utiliza ferramentas contra-hegemônicas, na perspectiva da clínica ampliada, como o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde do território, ainda pouco usuais no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, principalmente da ESF.

Sua implantação possibilitou avanços na produção do cuidado pelas equipes da ESF, devido ao seu grande potencial de mobilização para a qualificação das intervenções no âmbito da AB, além da ampliação do acesso, da resolutividade local de alguns casos e consequente diminuição de encaminhamentos para os demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS). No entanto, transcorrida quase uma década desde sua implantação, são inúmeras as dificuldades vivenciadas por seus trabalhadores, que variam desde a falta de clareza sobre seu papel no cotidiano da ESF até a ausência de instrumentos de avaliação e monitoramento para aferir a efetividade e resolutividade de seu processo de trabalho. “Trata-se de uma proposta recente no âmbito das políticas públicas e que possui ferramentas e formas de organização do trabalho inovadoras, não contando ainda com processos de trabalho plenamente definidos e sistematizados”⁽⁴⁾.

A falta de entendimento da proposta do NASF por todos os envolvidos no processo de trabalho – gestores, profissionais da ESF e usuários – pode se traduzir em sobrecarga e exigências aos trabalhadores com demandas que não são capazes de responder, em virtude do modelo de trabalho proposto. O esforço dos profissionais do NASF para que esse modelo seja compreendido, aceito e efetivado de acordo com suas premissas, expressas nas portarias e publicações ministeriais^(1-2,5-6), também resulta em estresse e sofrimento para os trabalhadores, repercutindo negativamente no desempenho profissional, na eficácia e na qualidade de vida no trabalho, além de trazer repercussões para a vida pessoal.

Este estudo objetiva analisar o processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família e as percepções dos profissionais acerca das situações estressoras e geradoras de sofrimento no trabalho.

MÉTODO

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, ancorado no marco teórico-metodológico da Saúde Coletiva e na hermenêutica-dialética, que busca o sentido de um determinado grupo no tempo e cultura presentes, interpretando o ser que compreende e aquilo que é compreendido⁽⁷⁾. A escolha da hermenêutica

dialética deveu-se à necessidade de compreender o significado do trabalho no NASF, assim como o estresse e o sofrimento que podem comprometer a qualidade de vida dos profissionais que nele atuam.

O método escolhido foi o estudo de caso e adotou-se o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours para abordar o processo e a organização do trabalho, identificando situações geradoras de estresse e sofrimento, uma vez que busca analisar os “processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” a partir da compreensão de como os trabalhadores sentem e vivenciam e o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado em uma Organização Social de Saúde (OSS) da região leste do município de São Paulo e envolveu 20 trabalhadores do NASF que participaram de três grupos focais entre junho e agosto de 2014. O grupo 1 (G1) contou com a presença de oito profissionais e os grupos 2 e 3 (G2 e G3) com seis profissionais em cada.

Para o tratamento do material empírico resultante da transcrição das gravações dos grupos focais foi utilizada a análise de conteúdo⁽⁹⁾. A construção dos núcleos de sentido resultou da identificação das ideias centrais presentes nos discursos⁽⁷⁾.

O estudo atendeu aos requisitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP sob o parecer de nº 205.892 e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sob o Parecer de nº 597.535-0 (CAAE 08751212.0.3001.0086). Os sujeitos foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e manifestaram sua concordância em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A análise do material resultante dos grupos focais por meio da categoria analítica **o sofrimento no trabalho**, presente no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, possibilitou a identificação de seis núcleos de sentido: 1) o trabalho real *versus* o trabalho prescrito: a resistência à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel; 2) a cultura imediatista e curativa do usuário e da ESF; 3) o perfil, a sobrecarga e a identificação com o trabalho; 4) as relações interpessoais e o trabalho em equipe; 5) a sensação de não pertencimento e a falta de infraestrutura; 6) a violência e a vulnerabilidade no território. Neste artigo serão abordados os três primeiros e os três restantes serão objeto de publicação posterior.

O TRABALHO REAL *VERSUS* O TRABALHO PRESCRITO: A RESISTÊNCIA À PROPOSTA DO NASF E A FALTA DE COMPREENSÃO DE SEU PAPEL

A dicotomia entre o trabalho real e o prescrito, no tocante à dinâmica das equipes e ao funcionamento dos serviços de saúde, deve-se a inúmeras condições intrínsecas, como a resistência da ESF à proposta do NASF e a falta de compreensão de seu papel, e extrínsecas, como a sobrecarga

de trabalho da ESF e a falta de uma rede articulada de atenção à saúde.

Além disso, na perspectiva dos profissionais, o NASF traz em suas premissas uma proposta muito inovadora para a atual realidade de sobrecarga da ESF, o que resulta em dificuldades em sua implementação. Estas questões são fontes de estresse, desgaste e sofrimento, que comprometem o desenvolvimento do trabalho e a efetivação da proposta do NASF.

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

Frente à grande demanda de casos e de queixas, o desejo de que o NASF torne-se resolutivo numa perspectiva eminentemente assistencial e ambulatorial, a fim de suprir uma carência da RAS e da própria ESF, é uma das principais causas de sofrimento no trabalho.

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

O apoio matricial e a gestão conjunta dos casos – estratégias potencializadoras do cuidado em saúde – são pouco utilizados no dia a dia pela ESF, pois a maioria dos casos complexos não é compartilhada de forma corresponsabilizada e com intervenções conjuntas entre ESF e NASF. Esses casos são muitas vezes delegados ao NASF, que tem a missão de “apagar os incêndios” na medida em que a ESF “passa o caso” nas reuniões de equipe.

(...) a pouca corresponsabilização das equipes nos casos que são discutidos. Então, os casos vêm e os mais complexos são do NASF, né? Não é um caso que é para trabalhar ali em conjunto e: — 'Ah! Vai demorar? Vai demorar para vocês irem lá?' Essa pressão, essa cobrança, principalmente dos casos mais difíceis... A gente precisaria desse trabalho conjunto, de ações compartilhadas, mas fica muito delegado ao NASF (G1).

Outra dicotomia fortemente evidenciada nos discursos e que diz respeito ao modelo do NASF em contrapartida ao que é desenvolvido pela ESF está relacionada à quantidade dos atendimentos e ações em saúde desenvolvidas nos diversos territórios *versus* a sua qualidade. Há dificuldade para avaliar as intervenções qualitativas no cotidiano da prática em saúde, uma vez que os diversos instrumentos de avaliação e monitoramento historicamente utilizados pela gestão têm como foco a quantidade e não a qualidade.

(...) o que eles vão cobrar de uma equipe que tem como obrigatoriedade fazer um trabalho qualitativo, ampliar o olhar sobre o indivíduo e tudo mais, mas vai ser avaliada quantitativamente? (...) *Eles vão ver números, mas fica um pouco incoerente (...).* *Então, assim, o que é avaliado é diferente do que nos mantém trabalhando... porque são coisas pequenas que nos dão esperança*

e que nos motivam a fazer mais, fazer diferente, tentar fazer de novo (G1).

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

Eu repito o que o NASF faz pelo menos três ou quatro vezes por semana. Se não repito na reunião com a Estratégia, repito com minha própria equipe ou em um atendimento específico ou compartilhado em que provavelmente tenho de explicar para o usuário aquilo que eu não vou poder oferecer para ele (...). Então isso afeta a expectativa de outras pessoas também e é muito cansativo e frustrante para o trabalho (G3).

A CULTURA IMEDIATISTA E CURATIVA DO USUÁRIO E DA ESF

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

(...) Então eu vejo que falta um pouco disso, a ESF poderia oferecer muito mais de promoção, fica muito remediando, remediando, fazendo os curativos da vida aí e falta essa ação. Aí eu vejo que peca (...) (G1).

(...) a gente vem de uma questão cultural de queixa-conduta, durante muitos anos, muito tempo, é nacional isso aí. E mudar a cabeça de toda a população e até de alguns técnicos é difícil, então a gente vai ter que continuar. Se eu falei dez vezes, vou ter que falar onze, falei mil, vou ter que falar mil e uma, né? É cansativo, é estressante (...) (G2).

O PERFIL, A SOBRECARGA E A IDENTIFICAÇÃO COM O TRABALHO

Foi possível identificar o sofrimento e a sobrecarga, manifestos pelos trabalhadores do NASF pela falta de perfil, assim como pelo tempo de atuação no NASF, que parece “ter prazo de validade”. Além disso, a identificação pelo trabalho é o que move os profissionais do NASF a permanecer lutando por sua implementação – mesmo enfrentando desgaste e sofrimento.

Eu fico pensando no perfil de quem entra, porque é uma questão atitudinal, essa questão tem muito mais valor do que o próprio conhecimento em si, né? Eu acho que a questão dessa pessoa ter essa disposição, essa energia, essa busca, passa a ser um diferencial muito grande (...) (G2).

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

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

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

A diferença na qualidade de vida dos profissionais que trabalham 20, 30 ou 40 horas também influencia muito. É uma carga emocional bem pesada para os de 40 horas (...) (G1).

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

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

(...) *em relação aos médicos é a formação e isso me incomoda demais. O médico não é formado para trabalhar numa unidade de saúde (...). Por exemplo, um paciente de saúde mental, né? Como que você vai conversar com um médico sobre um paciente de saúde mental? — Ah, o paciente chorou e eu queria que ele passasse pelo psicólogo. E ele fez encaminhamento para passar com psiquiatra. Não consegue nem pensar em um início de uma medicação. Não dá para dizer: — Ai, eu não sou psiquiatra, não vou medicar... Teoricamente, na formação deles, eles têm essa capacidade, sim, mas eles não estão dispostos a isso (...)* (G3).

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

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

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram os inúmeros desafios vivenciados pelos trabalhadores do NASF no cotidiano do trabalho e o sofrimento que emerge em diversas situações rotineiras, ora relacionadas à ESF, ora à própria equipe NASF.

No dia a dia da prática ocorrem diversas situações imprevistas que fogem ao prescrito. A situação é agravada pela diversidade e abrangência do trabalho no NASF, não apenas pelas questões relativas à organização do trabalho e características do contexto territorial, mas também devido a suas diretrizes e ações contra-hegemônicas, que ainda precisam provar-se acertadas no contexto do trabalho em saúde. Disso decorre o hiato existente entre o trabalho real e o prescrito,

tanto no que diz respeito ao perfil dos profissionais quanto à organização do trabalho e às expectativas não coincidentes da ESF em relação ao NASF, às necessidades assistenciais da população e aos propósitos da gestão. Isso demonstra que os processos de trabalho precisam ser revistos, dada a interdependência do trabalho entre ESF e NASF⁽⁴⁾.

O número excessivo de famílias, a grande demanda assistencial, a rotatividade dos profissionais e a falta de retaguarda da RAS estão limitando as possibilidades da ESF e com isso o cuidado à saúde permanece biologicista, curativo, pautado em ações programáticas individualizadas e no cumprimento de metas numéricas, o que se contrapõe às premissas do NASF, tornando ainda mais forte a resistência dos profissionais da ESF e dos próprios usuários à proposta do NASF, dificultando a compreensão de seu papel.

Esse desconpasso entre a ESF e NASF, que é considerado um *'modelo muito inovador para a realidade do sistema de saúde'* e falta de compreensão de seu papel perpetuam-se até hoje, em menor medida e a depender do contexto, o que faz com que os trabalhadores tenham que repetir inúmeras vezes *'o que o NASF faz'*, a fim de se justificar diante das demandas das equipes da ESF. Isso contribui para o distanciamento entre os trabalhadores e a efetivação restrita dos propósitos idealizados para o NASF como uma equipe de apoio matricial à ESF.

Essa situação gera sentimentos de angústia, cansaço e estresse, resultando em sofrimento, que emerge devido à expectativa de polivalência do trabalhador do NASF para resolução dos casos mais complexos. Ademais, compromete a identidade profissional do trabalhador, por falta de reconhecimento da relevância social do trabalho desenvolvido, pois, na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, é a partir o olhar do outro que os trabalhadores constituem-se como sujeitos e constroem sua identidade individual e social⁽⁸⁾.

Esse embate quase que diário fica evidente nas falas dos trabalhadores e também em outro estudo acerca da implantação e do processo de trabalho do NASF conduzido no País, que corroboram os resultados desta investigação no que diz respeito à falta de compreensão, inclusive de próprios trabalhadores do NASF, de seu papel de apoio⁽¹⁰⁾.

O papel do NASF também foi discutido em outro estudo realizado no município de São Paulo, que destacou, dentre suas funções, a de potencializar a resolubilidade da AB e auxiliar a reorganização da RAS, revendo e otimizando os fluxos de referência e contrarreferência⁽¹¹⁾, tal como preveem as Portarias nº 154 e 2488, relativas à implantação do NASF e às diretrizes da AB e da ESF, respectivamente^(2,12).

A influência da formação inicial no perfil dos trabalhadores do NASF também contribui para o sofrimento, pois alguns profissionais têm pouca familiaridade com a AB, em decorrência do processo de formação uniprofissional e voltado à especialização.

O compromisso ético-profissional dos trabalhadores do NASF frente a seu processo de trabalho está relacionado à ampliação do olhar e às possibilidades de intervenção por meio do empoderamento das equipes da ESF na perspectiva do apoio matricial e também do usuário, com vistas a uma atuação interdisciplinar e, quem sabe um dia,

transdisciplinar. Na realidade cotidiana do trabalho na ESF, “para que seja disponibilizado um cuidado ampliado, não nos parece necessário e nem viável que uma pessoa ou família precise ser atendida obrigatoriamente por todos os tipos de profissionais da ESF. Um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da saúde, implica certo número de práticas compartilhadas, potencializando a atuação profissional”⁽¹³⁾.

No entanto, no contexto abordado, ficou nítida a dificuldade da ESF em compartilhar os casos em uma perspectiva de corresponsabilização e compreensão do papel de apoio do NASF, uma vez que a tendência de ‘*passar o caso*’ é bastante frequente e, muitas vezes, a responsabilidade por uma determinada intervenção em saúde recai sobre o profissional do NASF, à semelhança do encontrado por outros autores^(4,14).

Alguns dos casos levados pela ESF para discussão e compartilhamento são desconhecidos pelas equipes – principalmente pelos técnicos. Conhecer o caso e o histórico do caso a ser discutido e compartilhado com o NASF é um dos requisitos mínimos para o trabalho integrado entre ambas as equipes. Quando isso não ocorre, o NASF torna-se praticamente a porta de entrada no sistema, o que fragiliza o vínculo, o seguimento longitudinal e a integralidade do cuidado prestado pelas equipes da ESF. Portanto, o apoio matricial persiste como um desafio a ser alcançado, o que só irá ocorrer quando houver equipes de saúde da família “disponíveis para o trabalho do NASF”⁽¹⁵⁾.

A carência e muitas vezes a ineficiência dos serviços da RAS, aliadas à expectativa dos profissionais da ESF de que o NASF realize um cuidado eminentemente ambulatorial a fim de resolver as necessidades assistenciais da população, geram encaminhamentos e solicitações que não condizem com a proposta do NASF e com o cuidado previsto para esse nível de atenção.

A impossibilidade de referenciar um caso, seja pela falta de profissional em algum dos serviços ou pela existência de uma grande demanda reprimida, gera sobrecarga ao trabalhador do NASF e também sofrimento e frustração pessoal frente às solicitações de atendimento, por saber que poderia oferecer mais se o seu modelo de trabalho fosse outro, o que também ocorre na perspectiva do usuário, que recebe um cuidado aquém do que realmente precisaria.

A desassistência aos usuários e a angústia dos profissionais por falta de uma retaguarda da RAS para o encaminhamento dos casos mais complexos também foram evidenciadas em outro estudo⁽¹⁵⁾, corroborando estes achados. Outros estudos também advogam que o NASF não deve atuar como substituto de outros serviços da RAS, atendendo casos de maior complexidade na AB, numa perspectiva puramente assistencial^(4,11,16-17).

A articulação restrita da rede compromete o modelo de apoio previsto para o NASF⁽¹⁶⁾ e ela é frequente e está presente em diversos contextos, o que produz conflitos éticos denominados na psicodinâmica do trabalho de sofrimento ético ou moral⁽¹⁸⁾, desencadeado pela *experiência da traição de si mesmo*. “É neste contexto perturbado que certos trabalhadores acabam por aceitar colocar o seu zelo ao serviço de objetivos que sua moral reprova”⁽¹⁹⁾.

Outra divergência presente entre o trabalho real e o prescrito e que muitas vezes é contraproducente e gera sofrimento está relacionada às metas institucionais e às cobranças de produtividade dos trabalhadores tanto da ESF como do NASF. Ao analisar o trabalho da ESF e do NASF, um estudo identificou que a natureza do trabalho dessas duas equipes apresenta diferenças ligadas às concepções e aos parâmetros de produtividade, o que compromete a efetivação das ações compartilhadas e de caráter coletivo⁽⁴⁾. A dicotomia entre quantidade e qualidade também foi debatida por outros autores, assim como a necessidade de avançar na elaboração de novos indicadores qualitativos, na lógica da integralidade, capazes de mensurar a qualidade do seguimento e do cuidado em saúde, a qualidade de vida e o não adoecimento^(11,20).

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

Mesmo frente ao modelo integral proposto pelo SUS, o trabalho em saúde segue reproduzindo o modelo biomédico hegemonicamente instituído, o que também contribui para as tensões no cotidiano do trabalho⁽²¹⁾.

A expectativa sempre presente de que o NASF ‘*resolva*’ os casos mais complexos e que são discutidos numa perspectiva assistencialista e curativa fica evidente nos achados deste estudo, assim como a necessidade de transcender o biológico e superar a visão fragmentada do indivíduo, o que também foi evidenciado por outros autores, ao verificar que ações desenvolvidas na ESF, a partir do olhar do NASF, pautavam-se em tecnologias duras e pouco relacionais, engessadas por protocolos assistenciais⁽¹⁵⁾. Outro estudo sobre o NASF aponta as resistências que esta equipe sente por grande parte das equipes da ESF, devido ao modelo ambulatorial com foco na demanda em que as práticas são comumente desenvolvidas⁽²²⁾.

Os resultados desta investigação também revelam que o sofrimento dos trabalhadores do NASF relaciona-se ao perfil e à sobrecarga de trabalho. Apenas os que realmente se identificam com a proposta conseguem permanecer no trabalho, enfrentando o estresse, a sobrecarga e o adoecimento, que surgem à medida que o trabalhador constata que não consegue realizar todas as tarefas e responder às necessidades que emanam do cotidiano do trabalho.

Em estudo sobre as competências profissionais para o trabalho no NASF⁽²⁰⁾ fica explícito que os trabalhadores

devem apresentar conhecimentos acerca das políticas públicas de saúde e perfil epidemiológico da população assistida, assim como habilidade para trabalhar em equipe e de comunicação. Outro estudo também destacou a preocupação com o perfil no momento da seleção dos trabalhadores para o NASF, o que também se fez presente neste estudo, principalmente porque um perfil inadequado compromete a dinâmica do trabalho em equipe, devido à falta de motivação e de identificação com o trabalho⁽¹¹⁾.

A sobrecarga também se deveu à grande rotatividade de profissionais, o que compromete a interação e a construção de um relacionamento interpessoal entre as equipes e, conseqüentemente, o trabalho compartilhado. A grande demanda assistencial e as falhas da RAS também foram consideradas parte da sobrecarga do trabalhador⁽¹⁷⁾, assim como a insatisfação, o sofrimento e o desgaste dos trabalhadores da ESF frente à cobrança de metas de produtividade⁽²³⁾.

Embora o registro das informações apareça para os trabalhadores como carga, sabe-se que a continuidade informacional do cuidado é um aspecto essencial das práticas de saúde, o que justifica a necessidade de um registro constante e adequado nos prontuários, a fim de que não haja comprometimento do vínculo longitudinal das equipes com as famílias e conseqüentemente da qualidade do cuidado prestado⁽²⁴⁾. Diversas formas de registro, caracterizadas pelos trabalhadores como atividades administrativas, estão presentes no cotidiano do trabalho do NASF como uma estratégia para dar visibilidade ao trabalho realizado, além

de garantias legais. Ademais, suprem a falta de instrumentos qualitativos de monitoramento e avaliação mais precisos e instituídos. Existem alguns indicadores qualitativos das atividades grupais que são utilizados mensalmente pelos trabalhadores, além dos que podem ser construídos e implementados a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica⁽²⁵⁾ e dos sugeridos pelo Caderno de Atenção Básica nº 39⁽¹⁾.

A necessidade de espaços voltados ao trabalhador pode traduzir uma falta de apoio institucional a estes profissionais. O desgaste e a sobrecarga existentes no trabalho do NASF reforçam a necessidade de oportunidades formalmente instituídas para apoiar o trabalhador a fim de prevenir o sofrimento e o adoecimento.

CONCLUSÃO

A análise do processo de trabalho do NASF, na perspectiva de seus trabalhadores, demonstra que a atuação desta equipe não corresponde às expectativas e às necessidades percebidas pela ESF, o que torna o processo paradoxal, apesar de seu grande potencial de mobilização e qualificação de ações e intervenções no contexto da AB. Foi possível identificar o descompasso e a contradição dialética entre as suas premissas de base teórico-ideológica e ético-política e sua efetivação na realidade concreta do trabalho em saúde, o que gera desgaste, sofrimento e impacto na qualidade de vida profissional dos trabalhadores.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Método:** Estudo de caso exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Grupos focais foram realizados com 20 trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o material empírico foi submetido à técnica de análise de conteúdo e analisado à luz da Psicodinâmica do Trabalho. **Resultados:** Apresenta-se aqui a categoria *sofrimento* que neste estudo decorre da contradição dialética entre o trabalho real e o trabalho prescrito, da resistência à proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da falta de compreensão de seu papel; da cultura imediatista e curativa do usuário e da Estratégia Saúde da Família; do perfil, sobrecarga e identificação com o trabalho. **Conclusão:** A contradição dialética entre expectativas das equipes da Estratégia Saúde da Família e o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família compromete sua efetivação e gera sofrimento aos trabalhadores.

DESCRIPTORIOS

Estratégia Saúde da Família; Pessoal de Saúde; Trabalho; Estresse Psicológico; Qualidade de Vida.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el proceso laboral en el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia. **Método:** Estudio de caso exploratorio-descriptivo y de abordaje cualitativo. Grupos focales fueron realizados con 20 trabajadores del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia, el material empírico fue sometido a la técnica de análisis de contenido y analizado a la luz de la Psicodinámica del Trabajo. **Resultados:** Se presenta aquí la categoría *sufrimiento*, que en este estudio es conseqüente de la contradicción dialéctica entre el trabajo real y el trabajo prescrito, de la resistencia a la propuesta del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia y la falta de comprensión de su papel; de la cultura imediatista y curativa del usuario y la Estrategia Salud de la Familia; del perfil, sobrecarga e identificación con el trabajo. **Conclusión:** Se presenta aquí la categoría sufrimiento, que en este estudio es conseqüente de la contradicción dialéctica entre el trabajo real y el trabajo prescrito, de la resistencia a la propuesta del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia y la falta de comprensión de su papel; de la cultura imediatista y curativa del usuario y la Estrategia Salud de la Familia; del perfil, sobrecarga e identificación con el trabajo.

DESCRIPTORIOS

Estrategia Salud de la Familia; Personal de Salud; Trabajo; Estrés Psicológico; Calidad de Vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2016 mar. 12]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2016 mar.12]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2016 mar.12]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
4. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):968-75.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2016 fev. 19]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2016 jan. 10]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Dejours C. Parte I: trajetória teórico conceitual; parte II: a clínica do trabalho; parte III: perspectivas. In: Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3ª ed. Brasília: Paralelo 15; 2011. p. 47-334.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Soleman C, Martins CL. O trabalho do fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) - especificidades do trabalho em equipe na Atenção Básica. *Rev CEFAC*. 2015;17(4):1241-53.
11. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2012 [citado 2014 nov. 15];28(11):2076-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2016 mar. 12]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
13. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 20];23(2):415-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/phys/v23n2/v23n2a06.pdf>
14. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2016 mar. 12];20(8):2511-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2511.pdf>
15. Oliveira PRS, Reis F, Arruda CAM, Vieira ACVC, Tófoli LF. Novos olhares, novos desafios: vivências dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em Fortaleza-CE. *Cadernos ESP* [Internet]. 2012 [citado 2014 maio 04];6(1):54-64. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/74>
16. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [citado 2016 jan. 16];20(4):961-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>
17. Leite DF, Nascimento DDG, Oliveira MAC. Qualidade de vida no trabalho de profissionais do NASF no município de São Paulo. *Physis* [Internet]. 2014 [citado 2016 jan. 16];24(2):507-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/phys/v24n2/0103-7331-phys-24-02-00507.pdf>
18. Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.
19. Dejours C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Rev Port Psicanal* [Internet]. 2013 [citado 2014 out. 20];33(2):9-28. Disponível em: <http://sppsicanalise.pt/wp-content/uploads/2014/04/SUBLIMA%C3%87%C3%83O-ENTRE-SOFRIMENTO-E-PRAZER-NO-TRABALHO.pdf>
20. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):92-6.
21. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandú ENT, Souza GCS, Silva JAM. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Physis* [Internet]. 2011 [citado 2016 jan. 16];21(2):629-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/phys/v21n2/a15v21n2.pdf>
22. Reis ML, Medeiros M, Pacheco LR, Caixeta CC. Evaluation of the multiprofessional work of the Family Health Support Center (NASF). *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Mar 12];25(1):e2810014. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2810014.pdf>
23. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 2016 jan. 16];17(9):2405-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a21v17n9.pdf>
24. Arce VAR, Sousa MF. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 [citado 2016 jan. 15];22(1):109-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/11.pdf>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica: manual instrutivo [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 out. 20]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/faq.php>