

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbs@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

de Abreu Gonçalves, Rita Maria; Lancman, Selma; Sznelwar, Laerte Idal; Guimarães
Cordone, Nicole; de Oliveira Barros, Juliana

Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 40, núm. 131, enero-junio, 2015, pp. 59-74

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100541506007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Rita Maria de Abreu Gonçalves¹

Selma Lancman²

Laerte Idal Sznelwar³

Nicole Guimarães Cordone⁴

Juliana de Oliveira Barros²

Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil

Work study in Family Health Support Centers (NASF), São Paulo, Brazil

¹ Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Mooca. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Laboratório de Investigação e Intervenção em Saúde e Trabalho. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola Politécnica, Departamento de Engenharia de Produção. São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Campinas, Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Campinas, SP, Brasil.

Contato:
Rita Maria de Abreu Gonçalves
E-mail:
rita.abreu@ig.com.br

O trabalho não é baseado em tese e não foi apresentado em reunião científica.

Projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 480319/2010-3.

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

Recebido: 29/04/2013

Revisado: 11/08/2014

Aprovado: 12/11/2014

Resumo

Objetivo: buscou-se identificar as principais tarefas realizadas em dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) de uma região da cidade de São Paulo e conhecer como os seus profissionais desenvolviam suas atividades para atingir os seus objetivos. **Métodos:** estudo de caso, inspirado na Ergonomia da Atividade e no método da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). **Resultados:** constatou-se que o trabalho do NASF é caracterizado pela variabilidade de tarefas que são compartilhadas entre as equipes envolvidas. São adotados distintos arranjos organizacionais, caracterizados pelos espaços de reunião, participação em comissões e grupos, além da subdivisão da equipe para representação do Núcleo nesses espaços. Os indicadores de produtividade utilizados não contemplam a especificidade do trabalho. Os recursos físicos e materiais são insuficientes para a realização das tarefas. **Conclusões:** o NASF e as equipes da Estratégia Saúde da Família devem trabalhar juntas, porém há diferenças significativas que interferem nessa parceria: prioridades, ferramentas de trabalho, modelos de gestão e de atuação. Os resultados evidenciam potencialidades e desafios enfrentados no cotidiano de trabalho e permitem aprofundar o conhecimento sobre a realidade da operacionalização de ações relacionadas a políticas públicas na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: ergonomia; trabalho; serviços de saúde; atenção primária à saúde; políticas públicas.

Abstract

Objective: the purpose was to identify the key tasks performed at two Family Health Support Centers (NASF) in São Paulo city, Brazil, and to understand how their professionals performed their activities to achieve their goals. Methods: this case study was inspired by the Activity Ergonomics and the method of Ergonomic Work Analysis (EWA). Results: the findings show that the work at the NASF is characterized by variable tasks that are shared among the teams involved. Different organizational arrangements are adopted according to available resources as meeting space, participation in committees and groups, as well subgroups to represent the Center in these spaces. Productivity indicators used did not contemplate the tasks specificity. The financial and material resources are scarce to perform the tasks. Conclusions: the NASF and the Family Health Team have to work together; however, there are significant differences that interfere with this partnership: priorities, work instruments, and management and activity models. The results demonstrate potentialities and challenges faced in the daily work and enable deeper knowledge on the reality of actions implementation related to public policies on primary health care.

Keywords: ergonomics; work; health services; primary health care; public policies.

Introdução

Trabalho em saúde e contribuições da ergonomia da atividade

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as ações nesse campo encontram-se em processo de transformação, subsidiado, sobretudo, pelos princípios e pelas diretrizes que norteiam a organização do sistema e do reconhecimento da saúde como direito social (BRASIL, 1988). Diversas propostas têm sido implantadas nacionalmente, especialmente aquelas vinculadas à atenção primária à saúde – Estratégia Saúde da Família (ESF) – como a Equipe de Saúde da Família (eSF) e, mais recentemente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Esse cenário tem engajado um número crescente de trabalhadores em serviços do SUS e, consequentemente, o desenvolvimento de ações inovadoras, por vezes sem precedentes na história do país. Por serem propostas novas, o trabalho dos profissionais envolvidos é pouco conhecido. O cenário em que devem atuar se caracteriza por uma série de incertezas e de variações, que englobam tanto aspectos das condições de trabalho como diferenças no modo de organizar os serviços. Assim, o conteúdo do trabalho pode não ser o mesmo de uma situação para outra. Para os gestores em nível local, regional e nacional, torna-se um grande desafio qualificar o desempenho e a resolutividade da assistência de cada serviço e do sistema de forma geral.

É importante ressaltar que o trabalho em saúde configura-se a partir do uso de tecnologias leves, que são aquelas vinculadas ao campo relacional e que se traduzem em diversos modos de se comunicar com o usuário, na produção de vínculo e na realização de acolhimento (MERHY et al., 1997; MERHY, 2004; ZARIFIAN, 2001; SZNELWAR et al., 2004). O mesmo trabalho em saúde está inscrito no escopo das atividades de serviço, que possuem quatro características principais: (I) a intangibilidade, em decorrência da imaterialidade do resultado produzido; (II) a heterogeneidade, relacionada à dificuldade de padronização dos resultados e processos de produção; (III) a perecibilidade, já que o serviço não pode ser estocado para consumo posterior; (IV) por fim, a simultaneidade da produção do serviço e do consumo, ou seja, o usuário é coparticipante do processo produtivo (ZARIFIAN, 2001; SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009).

Em relação à intangibilidade, destacamos que o trabalho em serviços de saúde circunscreve-se, sobretudo, na esfera do não material, pois ele só se completa no ato da sua realização, a qual, muitas vezes, configura-se a partir de ações com efeitos a médio e longo prazo (SZNELWAR et al., 2004; SILVA;

LANCMAN; ALONSO, 2009). O produto enquanto a própria realização da atividade laboral é indissociável do processo que o produz (PIRES, 2000; GONÇALVES, 2009). Requer uma forma mais flexível de planejamento devido à imprevisibilidade da demanda, ao momento do consumo e ao tipo de ação necessária (RIBEIRO; PIRES; BLACK, 2004).

Tais atividades, geralmente, são avaliadas pelas suas consequências e pelo seu dinamismo e, dessa forma, não é possível antecipar muitas das possíveis implicações que podem decorrer ao longo do desenvolvimento da ação nem suas consequências para os trabalhadores e para os clientes.

Diante dessa especificidade, poucas são as disciplinas que, ao estudarem as questões do trabalho, preocupam-se com o seu conteúdo, com as suas consequências para a saúde e para a vida dos trabalhadores e com seus efeitos na produção. Nesse contexto, destacamos a Ergonomia da Atividade, que tem revelado, nos últimos anos, ao meio científico e à sociedade, aspectos até então desconhecidos sobre o trabalho e sobre o ato de trabalhar.

Tais aspectos referem-se à necessidade do desenvolvimento de estratégias pelos trabalhadores para realizarem as ações a contento, frente às exigências e aos desafios impostos pelo cotidiano do trabalho, sobretudo pela incongruência das prescrições com a realidade, que trazem dificuldades, ou mesmo impasses. Ainda, devem fazer face ao que não foi previsto, como eventos, incidentes e intercorrências para realizarem seu trabalho (GUERIN et al., 2001; HUBAULT, 2004; DANIELLOU, 2004; ABRAHÃO et al., 2009).

A ergonomia estuda a atividade de trabalhadores em contextos reais de produção de forma a constituir um diagnóstico baseado nas inadequações das tarefas e os consequentes problemas enfrentados por eles para, posteriormente, agir visando às transformações necessárias para preservação da saúde dos trabalhadores e para melhoria dos processos produtivos (DANIELLOU, 1996, 2004; GUERIN et al., 2001; FALZON, 2007).

Partindo do pressuposto que há um desconhecimento significativo com relação ao que se passa na realidade e por considerar que o trabalhador tem um papel fundamental, as ações em ergonomia buscam colocar em evidência como, a partir da experiência dos indivíduos e das equipes, a produção se realiza. Nesse sentido, o saber fazer das pessoas é um componente fundamental não apenas para que seja possível a produção, mas também para aprimorá-la. Isso não significa que aquilo que se busca é uma expropriação do saber para, em seguida, incorporá-lo nos processos de gestão e nas tarefas. Ao contrário, o que se busca é o envolvimento dos sujeitos enquanto atores dos processos de análise e de transformação do trabalho.

Diferentemente de uma ação desenvolvida no âmbito de um trabalho que tenha uma abrangência local, em uma indústria ou em uma empresa de serviço, no caso da pesquisa aqui apresentada há uma questão estratégica importante: os conhecimentos obtidos podem ser úteis também para o aprimoramento das políticas públicas de saúde, uma vez que as equipes estudadas compõem uma estratégia de âmbito nacional que oferece diretrizes únicas para todas aquelas alocadas em qualquer região do país.

Sempre há um desafio para os pesquisadores e para aqueles que buscam trazer para o espaço público um conhecimento sobre o que é de fato o trabalho das pessoas. Na busca de compreender a atividade dos trabalhadores, uma abordagem significativa é a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Como tem forte inspiração na antropologia, é fundamental para aqueles que buscam adotá-la uma imersão na situação de trabalho para que possam observar, desenvolver diálogos, analisar documentos, propiciando o levantamento de diversas informações que, juntas, permitirão compreender a atividade, confrontando-a com: as estratégias da instituição, o contexto de produção, a demografia, os processos e volumes da produção, a divisão das tarefas, os conteúdos dos tempos, os critérios de qualidade e de produtividade, a influência dos “clientes”, as ferramentas e equipamentos colocados à disposição, assim como as condições de trabalho, analisando o ambiente e os locais onde atuam (GUERIN et al., 2001; HUBAULT, 2004; DANIELLOU, 2004; FALZON, 2007; ABRAHÃO et al., 2009).

Trata-se, portanto, de uma construção social, na qual a negociação constante com os interlocutores para a constituição de condições para desenvolver a contento uma AET é chave para o sucesso de uma ação dessa natureza. Isso traz um grande desafio para os ergonomistas, pois não há certeza de que todas as etapas previstas em uma AET serão cumpridas da mesma maneira nos estudos que nela se baseiam.

No caso específico, há atividades que, por questões éticas, não podem ser observadas, quando muito se pode falar a respeito. É parte da arte da ergonomia saber escolher o que é significativo naquele trabalho e encontrar as melhores maneiras de evidenciar aquilo que faz parte da atividade dos trabalhadores, o que é importante para eles e como desenvolvem estratégias para dar conta daquilo que se tem que fazer. Assim, há uma diferença significativa em se analisar o trabalho de alguém que utiliza um determinado tipo de equipamento, como um computador, em um determinado contexto de uso e o trabalho de alguém que se relaciona com outro sujeito cujo trabalho envolve o sigilo profissional.

Assim, mesmo correndo o risco de não poder observar sistematicamente algumas das atividades desenvolvidas pelos profissionais que tiveram seu trabalho estudado, por exemplo, estudos dessa natureza realizados com trabalhadores da área da saúde podem ser muito frutuosos, principalmente ao se colocar em evidência aspectos do seu trabalho que não são conhecidos e, portanto, não considerados nos processos de gestão da produção desses serviços.

Contextualizando o NASF

Os NASFs foram instituídos em 2008 pela Portaria nº 154 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Em dezembro de 2012, seus parâmetros foram redefinidos e aprimorados por meio da Portaria nº 3124 (BRASIL, 2012). Em linhas gerais, os Núcleos têm como objetivo principal oferecer apoio às ações desenvolvidas pelas eSFs, além de ampliar a abrangência dessas ações segundo os princípios da territorialização e da regionalização (BRASIL, 2008, 2012). Outro objetivo é o de contribuir para a melhoria da resolutividade dos casos atendidos pela atenção primária, qualificando as ações e fortalecendo a rede de cuidados em saúde. Espera-se, com a implantação do NASF, concretizar o cuidado integral à população e diminuir os encaminhamentos aos outros níveis de atenção (BRASIL 2011).

Na composição dos Núcleos, estão previstas equipes formadas por trabalhadores de diferentes categorias profissionais, tais como: professores de educação física, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos, entre outros. Tanto as eSFs quanto os NASFs ficam alocados em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Existem três modalidades de NASF: NASF1, que pode apoiar entre cinco e nove eSF e/ou equipes da Atenção Básica (AB) para populações específicas, tais como a população de rua ou a ribeirinha; NASF 2, que pode apoiar entre três e quatro eSF e/ou AB para populações específicas; por fim, o NASF 3, que oferece apoio entre uma e duas eSF e/ou AB, também para populações específicas. Além disso, tais modalidades se diferenciam pelo número de profissionais na composição das equipes e pela somatória da jornada de trabalho semanal de todos os membros da equipe (que varia de 80 horas na modalidade 3 a 200 horas na modalidade 1) (BRASIL, 2012).

As atribuições dos profissionais do NASF compreendem: conhecer e articular os serviços de saúde e sociais existentes no território; conhecer a realidade socioeconômica e epidemiológica das famílias residentes na área adstrita; identificar, em conjunto

com a comunidade e as eSF, o público prioritário para o desenvolvimento das ações, além do tipo de abordagem a ser adotada; atuar na prevenção e na promoção da saúde por meio de ações educativas; promover ações interdisciplinares com as eSF, a partir de discussões de caso realizadas periodicamente, além de apoiar as equipes de AB para populações específicas (BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2012; SUNDFIELD, 2010).

As ações do NASF estão organizadas a partir de nove áreas temáticas. São elas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares/acupuntura e homeopatia; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança e do adolescente; saúde da mulher; assistência farmacêutica (BRASIL, 2009).

O NASF não se configura como porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, deve atuar de forma integrada às eSFs, ou seja, priorizar as demandas identificadas e acordadas entre as duas equipes. Os processos de trabalho devem constituir-se a partir de ações compartilhadas entre ambas as equipes: discussões de casos de sujeitos ou de demandas do território, atendimento e grupos (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2010, 2011). Para tanto, utilizam como estratégias de trabalho o apoio matricial, a clínica ampliada, o projeto terapêutico singular (PTS) e o projeto de saúde no território (PST).

Destaca-se o apoio matricial como a principal estratégia utilizada pelo NASF para organizar o desenvolvimento do trabalho. Tem como objetivo assegurar retaguarda especializada às eSF. Tal apoio pode acontecer de duas maneiras: a partir da oferta de assistência em saúde especializada diretamente ao usuário e também por meio do apoio técnico pedagógico que os profissionais do NASF desenvolvem com as eSFs. A assistência especializada deve ser oferecida ao usuário nas situações clínicas de maior complexidade, após acordo entre as duas equipes. Já o apoio técnico pedagógico consiste em uma ação relacionada à troca de saberes e de experiências entre as equipes a partir da discussão de um caso específico ou uma questão teórica de interesse e de necessidades comuns. As diretrizes recomendam também o atendimento compartilhado e em grupo, com a participação de profissionais das duas equipes (NASF e eSF) (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2008, 2009; MOLINE-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

A proposta do NASF ainda é bastante recente e pioneira no Brasil. Conta com documentos norteadores que apresentam orientações gerais sobre as atribuições tanto da equipe do NASF quanto da forma como esta vai se inserir na atenção primária. Diante dessa situação, o trabalho ainda está em processo de consolidação. As estratégias e as formas de organização do trabalho

também são inovadoras e não contam ainda com processos plenamente sistematizados. Nesse sentido, é a partir do funcionamento cotidiano dos Núcleos que já estão operando no país que essa experiência poderá ser mais bem avaliada e aprimorada.

Devido ao seu ineditismo e ao pouco tempo de implantação, os estudos que tratam sobre o tema ainda são escassos, principalmente aqueles que enfocam o trabalho e os trabalhadores que nele atuam.

A quantidade de equipes de NASF implantada no Brasil já é bastante significativa. Em novembro de 2013, havia 1.827, 592 e 356 equipes de NASF, respectivamente, referentes à modalidade 1, 2 e 3. Especificamente no Estado de São Paulo, nesse mesmo período, havia 169 equipes de NASF1, 10 equipes de NASF2 e 11 equipes da NASF3. Já na cidade de São Paulo, estavam em funcionamento 70 NASFs do tipo 1, mas não foram encontrados registros das demais modalidades no município (BRASIL, 2013).

Como mencionado, o trabalho do NASF depende das eSFs e comprehende, prioritariamente, ações compartilhadas, em grupo e multiprofissionais. Já o trabalho das eSF, em decorrência do período de sua implantação, significativamente superior ao do NASF – aproximadamente 20 anos –, tem estratégias de ação e processos distintos e mais consolidados que os do NASF, por exemplo, em relação às atribuições de cada um dos profissionais que compõe a equipe, ao tempo previsto para cada ação e às ferramentas de avaliação de produtividade. Essa defasagem entre tempos de implantação, de atribuições e de organização do trabalho das duas equipes (eSF e NASF), que necessitam trabalhar juntas, pode estar criando situações de trabalho conflituosas e, até mesmo, contraditórias.

Nesse contexto, inspirados no referencial teórico-metodológico da Ergonomia da Atividade, buscou-se conhecer o trabalho realizado por duas equipes de NASF de uma região da cidade de São Paulo. O foco foi a identificação das principais tarefas que eram realizadas e como os profissionais desenvolviam suas atividades para atingir os seus objetivos.

Aspectos metodológicos

Este artigo é parte de uma pesquisa sobre processos de trabalho no NASF, desenvolvida entre os anos de 2010 e 2012 e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 480319/2010-3.

A pesquisa foi realizada por uma equipe composta por terapeutas ocupacionais, psicólogos, ergonomistas e psicodinamistas do trabalho. A maioria dos dados

foi coletada entre março e setembro de 2011, em dois NASFs, doravante nomeados de NASF Alfa e NASF Beta, alocados na região Oeste da cidade de São Paulo⁵.

Neste artigo, serão apresentados os dados e as análises referentes à Ergonomia da Atividade (GUERIN et al., 2001; HUBAULT, 2004; DANIELLOU, 2004; FALZON, 2007; ABRAHÃO et al., 2009) e ao seu método –AET.

A AET é constituída de diversas etapas e, na pesquisa citada, foi possível desenvolver algumas delas. Isso ocorreu devido à especificidade do trabalho estudado – ações de saúde –, no qual os processos de trabalho se dão, sobretudo, a partir de relações que acontecem entre membros da equipe e usuários e entre equipes (NASF, eSF e outras). Isso pressupõe o estabelecimento de pactos de confiança não apenas entre terapeutas e usuários, mas também entre os profissionais das equipes. Os assuntos tratados em consultas e em atendimentos especializados individuais ou em grupo, realizados pelos diversos profissionais que compõem as equipes, são sigilosos e de âmbito privado. Relevante destacar que os trabalhadores do Núcleo condicionaram a participação dos pesquisadores à observação de determinadas atividades, sendo vedada em outras. Dentre essas, citamos atendimentos individuais e algumas reuniões entre eSF e NASF. Buscou-se, dentro do que foi possível, a partir dos limites impostos pela própria situação estudada, levantar o maior número de informações acerca do trabalho realizado pelas equipes dos NASFs.

No tocante às etapas da AET realizadas, estas foram iniciadas no NASF Alfa e estão elencadas a seguir:

1-Análise e Reconfiguração da Demanda: a partir do planejamento da entrada em campo, iniciou-se a etapa denominada Análise e Reconfiguração da Demanda, composta por várias fases. Não havia uma demanda formulada pelos gestores ou pelos trabalhadores do NASF. A proposta de pesquisa feita ao CNPq tinha como propósito aprofundar os estudos relativos à atenção primária no Brasil, sobretudo porque parte do grupo de pesquisadores envolvidos com esse trabalho já havia desenvolvido outras pesquisas com as equipes da ESF, nas quais questões relacionadas ao apoio oferecido por equipes especializadas já haviam sido indicadas como um dos aspectos estratégicos para o sucesso das eSF (LANCMAN et al., 2007; SZNELWAR, 2009). Assim, a proposta foi apresentada em uma reunião com o coordenador dos NASFs, que a considerou

pertinente. Na época da coleta de dados, os NASFs Alfa e Beta eram os únicos existentes na região estudada. A partir dessa apresentação inicial da pesquisa, foram feitos os trâmites necessários, incluindo a aprovação do projeto e do respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLCE) nas Comissões de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) (protocolo nº 160/11) e da Prefeitura do Município de São Paulo (protocolo nº 239.0.162.000-10). A seguir, foi realizada uma reunião com os trabalhadores do NASF Alfa para apresentação da pesquisa e para esclarecimento de dúvidas. Vale ressaltar que o projeto foi disponibilizado aos trabalhadores para que pudessem ter acesso ao conjunto do material, objetivos e método antes do início da pesquisa. A seguir, constituiu-se um grupo gestor, composto pelos pesquisadores e por trabalhadores do NASF Alfa, para organizar o desenvolvimento e para conduzir o estudo. A constituição desse grupo facilitou o entrosamento entre pesquisadores e equipe do Núcleo, o que favoreceu o desenvolvimento da pesquisa. Proporcionou ainda o levantamento de informações sobre o trabalho realizado pelo Núcleo, a identificação de voluntários para participar do conjunto de procedimentos propostos por essa etapa, além da apresentação dos princípios teórico-metodológicos do estudo, incluindo a ergonomia e a AET. Nesse contexto, foi possível apreender melhor a demanda dos trabalhadores, entendida como o conjunto de questões que nortearam o encaminhamento da pesquisa e auxiliaram os pesquisadores a elaborar hipóteses provisórias a serem mais bem desenvolvidas durante os encontros dos grupos, reuniões, entrevistas e observações das atividades de trabalho. Posteriormente, realizaram-se as etapas a seguir:

- 2- Levantamento e análise de documentos norteadores do NASF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, 2009, 2011, 2012) e o Caderno de Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF da Prefeitura do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2009);
- 3- Levantamento documental: estrutura organizacional, perfil dos trabalhadores e da população atendida;
- 4- Levantamento e análise de dados de produtividade da equipe do NASF e das UBS de referência destes;
- 5- Reuniões com a coordenação do NASF e com o grupo gestor;

⁵ A pesquisa utilizou três referenciais teórico-metodológicos: Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2008), Organização do Trabalho (ZARIFIAN, 2001; SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009) e Ergonomia da Atividade (GUERIN et al., 2001; DANIELLOU, 2004; FALZON, 2007). Esses referenciais partem de diferentes concepções teóricas e metodológicas, e os resultados não podem ser tratados por simples adição. No entanto, essas diferentes abordagens permitem um diálogo que pode enriquecer os resultados globais e favorecer um conhecimento mais aprofundado do trabalho que está sendo estudado e o impacto dele na saúde dos trabalhadores que o executam (LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et al., 2012).

- 6- Entrevistas semiestruturadas individuais e em grupo, com a coordenação, com representantes da equipe técnica (grupo gestor) e com trabalhadores de diferentes categorias profissionais (terapeuta ocupacional, psicólogo, médico);
- 7- Observações abertas de algumas atividades desenvolvidas pela equipe: uma reunião da equipe do NASF; duas reuniões entre eSF e NASF, sendo uma de cada UBS de referência e um grupo de gestantes realizado pelo NASF e por profissionais das eSFs;
- 8- Análise dos dados e diagnóstico sobre a situação estudada;
- 9- Validação dos resultados com a equipe do NASF.

Ao final dessas etapas, ainda com base no que foi feito no NASF Alfa, contatamos a equipe do NASF Beta para realizar as seguintes etapas:

- 1- Reunião para apresentação da pesquisa e para esclarecimento de dúvidas;
- 2- Levantamento documental: estrutura organizacional, perfil dos trabalhadores e da população atendida;
- 3- Levantamento e análise de dados de produtividade da equipe do NASF e das UBS de referência destes;
- 4- Aplicação de questionários com os trabalhadores para levantamento de informações sobre o trabalho realizado (11 profissionais da equipe técnica do NASF Beta, do total de 15, dispuseram-se a participar);
- 5- Validação dos resultados com a equipe.

Resultados

Como mencionado, os resultados apresentados compõem parte do relatório final da pesquisa intitulada “O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores” – financiada pelo CNPq sob processo nº 480319/2010-3 (LANCMAN et al., 2012). Assim, serão apresentados aqueles considerados mais relevantes, obtidos a partir do material empírico advindo das etapas da AET desenvolvidas. Iniciaremos pela caracterização dos NASFs e respectivas equipes para, posteriormente, discorrermos sobre alguns

aspectos importantes da organização e das condições de trabalho.

Características dos NASFs estudados e perfil das equipes

Os NASFs estudados foram criados em 2010, localizam-se na mesma região da cidade de São Paulo e são gerenciados por uma Organização Social de Saúde (OSS)⁶ vinculada a uma faculdade estadual paulista. Os dois Núcleos possuíam equipes com perfis semelhantes e estavam submetidos à mesma coordenação, que, por sua vez, procurava padronizar os processos de trabalho. Da mesma forma, o local em que atuavam as eSFs com as quais trabalhavam possuíam perfis semelhantes, o que nos permitiu, nesse contexto, generalizar os resultados obtidos.

Os dois Núcleos eram do tipo 1. Os NASFs Alfa e Beta davam apoio, respectivamente, a nove e dez eSFs. As 19 eSFs e os dois NASFs estavam alocados em quatro UBS. Cada equipe de saúde da família era composta por dez profissionais (seis agentes comunitários de saúde, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico). Assim, o NASF Alfa oferecia apoio a 90 profissionais, e o Beta, a 100. O número aproximado de famílias e de pessoas cadastradas sob a responsabilidade direta de cada equipe de saúde da família e indiretamente dos NASFs era de 850 e de 4.500, respectivamente.

Vale destacar que, devido à presença e à parceria com uma faculdade estadual que possui cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, a região estudada constitui-se como uma plataforma de ensino e de pesquisa. Dessa forma, nas UBS havia também um considerável número de professores, de preceptores e de alunos da universidade.

Cada uma das equipes de NASF estudadas era composta por 15 profissionais: cinco médicos de diversas especialidades (geriatra, ginecologista, pediatra, psiquiatra, clínica geral), dois terapeutas ocupacionais, três fisioterapeutas, dois psicólogos, um fonoaudiólogo, um educador físico e um nutricionista. Em ambas as equipes predominam profissionais do sexo feminino (21), com idade entre 31 e 40 anos; 19 deles possuíam carga horária de trabalho de 20h e os demais estavam inseridos em tempo integral. A maioria possuía experiência anterior na rede de serviços que compõe a AB em saúde.

Segundo relato do grupo gestor, uma característica importante das equipes estudadas refere-se a sua

⁶ As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são instituições do setor privado, sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado e colaboram de maneira complementar para a consolidação do SUS. Em São Paulo, os serviços de saúde gerenciados pelas OSS incluem os hospitais, os ambulatórios médicos de especialidades, os centros de referência do idoso, entre outros. No modelo de gestão pactuado com as OSS, o governo planeja o serviço a ser executado, define as metas de produção e de qualidade, garante os recursos orçamentais e cobra resultados, previamente definidos. Às OSS cabe a responsabilidade direta pela administração da unidade, mas o serviço de saúde continua sendo público, o que inclui os bens, os equipamentos, os mobiliários etc.

constituição, tanto no que diz respeito ao número de profissionais como a diversidade de formação. Outra singularidade era o número reduzido de eSF de referência para cada NASF, se comparado aos demais equipes do NASF da cidade de São Paulo.

O trabalho das equipes no NASF

A seguir, apresentaremos as tarefas prescritas, retiradas dos documentos norteadores do Ministério da Saúde, e também aquelas realizadas pelos NASFs estudados.

O objetivo é poder compará-las e alimentar a discussão sobre o trabalho prescrito e o trabalho real que será feita *a posteriori*.

Tarefas prescritas

No **Quadro 1**, apresentamos as principais tarefas descritas nos documentos norteadores do NASF (BRASIL, 2008, 2009).

Em linhas gerais, as tarefas previstas para o NASF são variadas, amplas e dirigidas, prioritariamente, para o trabalho em equipe e por área temática. Os documentos apontam também tarefas específicas para cada uma das nove áreas temáticas prioritárias, mas com as mesmas características já citadas.

As ações específicas de cada categoria profissional são pouco enfatizadas nesses documentos. Dessa forma, cada um deles vai delineando seu trabalho a partir das necessidades e das possibilidades que se apresentam, isto é, a partir do real que enfrentam no dia a dia.

Tarefas realizadas

As principais tarefas realizadas pelas equipes do NASF estudadas estão detalhadas no **Quadro 2**.

As equipes do NASF estudadas realizavam várias tarefas, algumas com periodicidade determinada, por exemplo, as reuniões de equipe com frequência semanal. Porém, outras se caracterizavam a partir das demandas das eSFs e da população e, dessa forma, possuíam frequência flutuante. Como exemplo, podemos destacar a Visita Domiciliar (VD) e os atendimentos individuais/ compartilhados.

A realização de uma tarefa, muitas vezes, demandava ou desencadeava o desenvolvimento de várias outras. Isso ocorria devido à variabilidade nas características e nas demandas dos usuários e dos serviços, dos recursos disponíveis na comunidade, da dinâmica das unidades de saúde e das eSF/NASF, da pactuação que era feita entre as equipes e ainda da formação e capacitação dos profissionais. Tais afirmações foram constadas ao longo da pesquisa por meio das observações, das entrevistas individuais e das reuniões com a equipe dos Núcleos. As contribuições da equipe como um todo e, especificamente, de cada profissional também dependiam dos fatores citados.

Características da organização do trabalho

O trabalho dos NASFs estudados era desenvolvido, prioritariamente, em equipe. Parte significativa da jornada de trabalho dos profissionais era utilizada para a realização de reuniões, participação em espaços coletivos, desenvolvimento de atividades compartilhadas

Quadro 1 Tarefas prescritas para as equipes dos NASF

- Oferecer apoio matricial às eSFs (eixos técnico-pedagógico e assistencial).
- Estabelecer parcerias com as eSFs: criar espaços rotineiros para o desenvolvimento de reuniões com o intuito de pactuar o trabalho; identificar, em conjunto com as eSFs, os problemas prioritários para subsidiar o planejamento das ações e práticas a serem adotadas em cada região de abrangência das equipes.
- Discutir os casos com as eSFs e definir atuações e responsabilidades por meio da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que contenham ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
- Conhecer as famílias da região de abrangência das eSFs.
- Acolher os usuários e humanizar a atenção à saúde.
- Conhecer e articular os serviços sociais e de saúde do território de abrangência das UBS de referência e desenvolver ações coletivas, com vistas à intersetorialidade.
- Desenvolver processos educativos com a população.
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e para sensibilização das atividades do NASF.
- Realizar ações específicas para cada uma das nove áreas temáticas elencadas pela Portaria nº 154 que cria os NASFs.
- Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões por meio dos conselhos locais e/ou municipais de saúde.
- Avaliar, em conjunto com as eSF e com os Conselhos de Saúde, as ações realizadas e o impacto na saúde da população por meio de indicadores previamente estabelecidos.

Quadro 2 Tarefas realizadas pelas equipes dos NASF estudados

- Oferecer apoio matricial às eSFs, o que inclui a realização de ações técnico-assistenciais e técnico-pedagógicas.
- Participar de diversas reuniões: da equipe do NASF (semanalmente); entre eSF e NASF (semanalmente); técnicas das UBS (semanalmente); gerais das UBS (mensalmente); do conselho gestor das UBS (mensalmente); intersetoriais e interinstitucionais.
- Planejar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a partir da elaboração de um plano de ação para casos a serem assistidos em conjunto com as eSF.
- Avaliar casos individualmente e/ou de forma compartilhada com outros profissionais (NASF, eSF, demais que atuam nas UBS).
- Realizar atendimentos individuais e/ou grupais de forma compartilhada com as eSFs e atendimento especializado individual e/ou em grupo.
- Realizar Visita Domiciliar (VD) e/ou Consulta Domiciliar (CD) compartilhada ou não.
- Participar dos grupos já existentes (terapêuticos, educativos, de prevenção, oficinas, entre outros), bem como planejar novos grupos em parceria com as eSFs; sensibilizar e encaminhar usuários para o(s) grupo(s).
- Intermediar os encaminhamentos de casos para a rede de referência e acompanhar casos atendidos em parceria com outros equipamentos.
- Estabelecer articulação com a rede de serviços, equipamentos e recursos da comunidade (saúde, educação, esportes, lazer, entre outros).
- Participar das comissões destinadas a demandas específicas (saúde da mulher, do idoso etc.) e criar outras novas a partir da demanda.
- Identificar, em conjunto com as eSFs e com a comunidade, as atividades e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas de abrangência e o público prioritário em cada uma das ações.
- Realizar e promover ações específicas vinculadas às nove áreas temáticas descritas na portaria do NASF.
- Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e para sensibilização das atividades dos NASFs por meio de material didático e informativo.
- Participar dos Fóruns regionais de diferentes temáticas.
- Participar do Programa de Atenção e Educação aos Funcionários (PAEF) e do Programa de Ensino pelo Trabalho (PET), destinado a estudantes de graduação.
- Participar e acompanhar de atividades didáticas realizadas nas UBS com preceptores, residentes de medicina, alunos de graduação e de especialização de diversas áreas, entre outros.
- Participar de atividades de capacitação, congressos, seminários etc.

e articulação com os serviços sociais e de saúde da região. A depender da tarefa, a inserção deles ocorria por meio de representações. A mais comum entre elas era caracterizada pelos “trios de referência”, ou seja, três profissionais, em determinadas situações, representavam a totalidade do grupo. As respectivas formações eram levadas em consideração neste arranjo organizacional: dos três, um deles possuía maior conhecimento no campo da saúde mental, e outro, no da reabilitação física.

Identificou-se, entre as atividades elencadas anteriormente, que as reuniões ocupavam a maior parte da carga horária de trabalho. As de maior destaque eram aquelas realizadas entre os trios de referências do NASF e as eSFs e entre a equipe do NASF.

As reuniões da equipe do NASF aconteciam semanalmente, com duração de 4h. Nas duas primeiras horas da reunião, eram discutidos casos clínicos, de sujeitos e/ou famílias, novos ou em andamento. No intervalo, os profissionais aproveitavam para ajustar agendas e marcar datas para as devolutivas a serem levadas pelos trios do NASF nas reuniões com as eSFs. Nas duas últimas horas, eles discutiam

as pautas agendadas, tais como: repasse e debate dos casos compartilhados na reunião com as eSFs e demais reuniões; discussão sobre grupos novos e em andamento e participação em comissões; informes e demais solicitações dos profissionais das UBS. A representação gráfica dessa atividade encontra-se na **Figura 1**.

Já as reuniões entre trios de referência do NASF e cada equipe de saúde da família, também com frequência semanal, tinham a duração de 2h. Eram discutidas as necessidades da eSF, como os casos clínicos considerados mais complexos – novos ou em andamento – e pactuadas as ações e as responsabilidades de cada uma das equipes. Além disso, pautava-se a formação de novos grupos/oficinas e a necessidade de articulação com a rede de saúde, educação e outros, para o seguimento e para a resolutividade dos casos.

A dinâmica das reuniões variava, sobretudo, a depender das eSFs e da integração destas com a equipe do NASF. Segundo a gerente dos Núcleos, a principal estratégia de trabalho utilizada era o matriciamento que ocorria entre as equipes a partir do compartilhamento e da discussão de casos, como apontado na **Figura 2**.

A reunião e os acordos entre as equipes do NASF e eSFs eram essenciais para que houvesse a ampliação do olhar técnico e do escopo de ações a serem desenvolvidas, assim como compartilhar a responsabilidade sobre determinadas atividades,

por exemplo, grupos, oficinas, visitas domiciliares, entre outras. Essa forma de organização era própria dos NASFs estudados, pois os profissionais acreditam que essa configuração fortalecia planejamentos e ações mais organizadas.

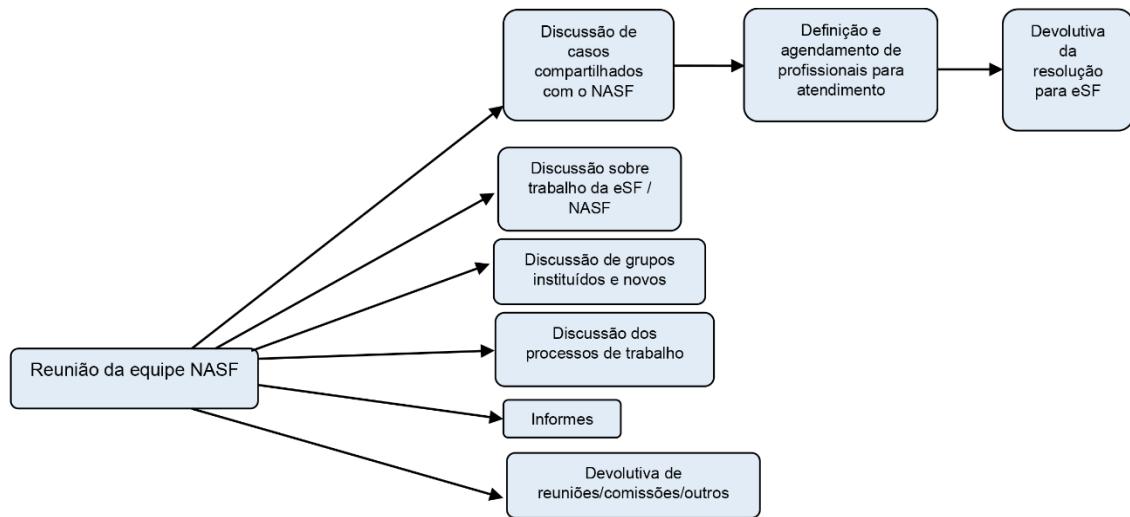


Figura 1 Representação gráfica da reunião da equipe do NASF

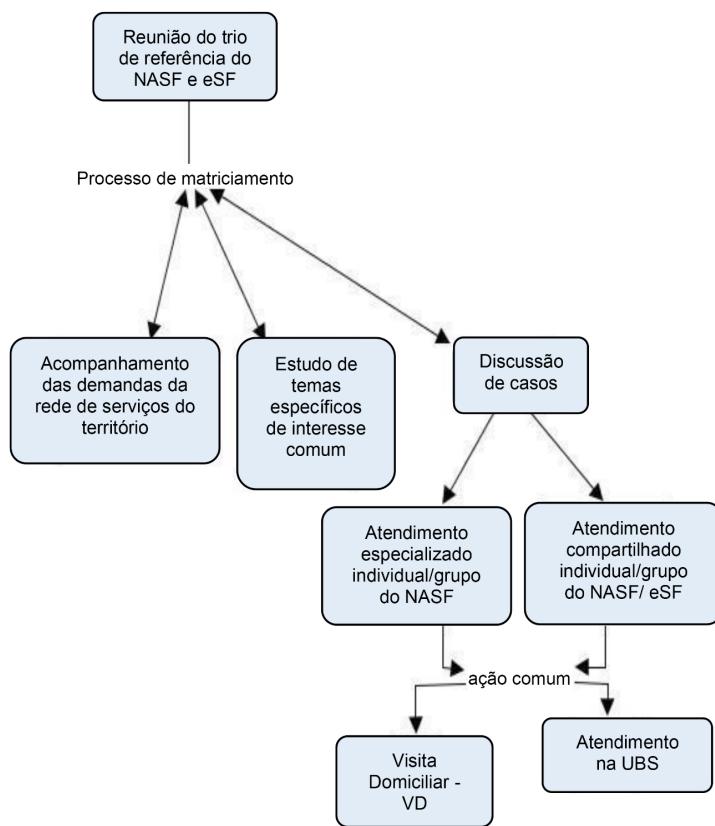


Figura 2 Representação gráfica da reunião entre eSF/NASF (trio de referência)

Com relação aos espaços coletivos, o NASF possuía representação em todas as comissões temáticas existentes nas UBS em que estava inserido. Tais comissões tinham como objetivo discutir e planejar ações relacionadas a problemáticas específicas de interesse coletivo, como a “dependência química”, o “planejamento familiar”, o “suporte a cuidadores” etc. As contribuições do NASF também se constituíam como formas de matrículamento entre eles, os demais profissionais da eSF, das UBS e de outros serviços sociais e de saúde que estivessem envolvidos. No período da coleta de dados, os profissionais do NASF Alfa, por meio de seus representantes, participavam de 12 comissões.

É importante destacar que a maioria dos profissionais do NASF participava das diversas comissões existentes. Um profissional da equipe podia estar em mais de uma comissão e também vários deles poderiam compor uma mesma comissão. Entre os pré-requisitos para participar de uma comissão destacava-se o interesse pelo tema e a disponibilidade de horário.

As equipes do NASF coordenavam ainda vários grupos (terapêuticos, temáticos, educativos, oficinas etc.) com ou sem parceria das eSFs. No entanto, a maioria deles era centralizada nos profissionais do Núcleo em decorrência: da elevada demanda de atendimentos para as eSFs; da diferença entre os modelos de gestão e de prática do trabalho entre NASF e eSF; das distintas metas de produtividade, entre outros fatores. O fato descrito anteriormente foi constatado nos depoimentos dos trabalhadores durante as entrevistas e confirmado ao longo da observação aberta de um grupo de gestantes.

As atividades dos grupos eram realizadas nas UBS ou em outros locais da comunidade (quadra esportiva da comunidade, praça, associação de moradores etc.). Em junho de 2011, o NASF Alfa participava da coordenação de 13 grupos com diferentes temáticas e objetivos (grupos de caminhada, de gestantes, reeducação alimentar, idosos, entre outros). A maioria dos grupos tinha frequência semanal e durava aproximadamente 1h, com exceção dos de caminhada e de portadores de diabetes e insulinodependentes, que ocorriam de duas a três vezes por semana.

Vale ressaltar que, em decorrência da maior adesão da população, os grupos eram desenvolvidos, prioritariamente, no período da tarde, o que dificultava a participação dos profissionais do Núcleo, que trabalhavam apenas no período da manhã.

Como mencionado, outra tarefa importante dos NASFs, referia-se à articulação com a rede de serviços de saúde, educação, cultura e esportes, por exemplo,

que também ocorria por meio de representação em reuniões, contatos telefônicos e visitas. A equipe do NASF encaminhava, acompanhava, discutia os casos, entre outras tarefas. No período da coleta de dados, o NASF Alfa fazia a articulação com 22 equipamentos e/ou instituições, tais como: Conselho Tutelar, CAPS Adulito, Ambulatório de especialidades, entre outros. Vale salientar que a rede de serviços de referência do território, especificamente a de saúde (incluindo todos os níveis de atenção), era insuficiente para responder à demanda existente na época. Como consequência disso, havia um aumento do número de atendimentos especializados e individuais realizados por profissionais do Núcleo, o que sobrecarregava suas agendas, apesar dos documentos norteadores do NASF não apontarem essa prática como prioritária. Tais afirmações foram coletadas a partir da análise das agendas e de relatos de alguns profissionais do Núcleo.

Esses distintos arranjos organizacionais, tais como os trios de referência, comissões, representações, entre outros, adotados pelas equipes estudadas, constituíam-se como estratégias operatórias com o objetivo de otimizar e potencializar o tempo, facilitar o contato e a comunicação entre os diversos profissionais, a marcação de atendimentos e organização das agendas de todos os envolvidos nos processos, além de assegurar que o trabalho previsto se concretizasse.

A relação NASF e eSF

Os NASFs, por constituírem-se como um núcleo de apoio, dependiam da parceria estabelecida com as eSFs para que o trabalho previsto ocorresse. Tal fato colocava em evidência a importância da qualidade das relações entre esses profissionais. No entanto, havia diferenças entre as duas equipes que poderiam dificultar esse processo, tais como: as respectivas composições; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações; a dinâmica prevista para o desenvolvimento do trabalho, como o tempo destinado para atividades partilhadas, entre outras⁷.

Do ponto de vista dos NASFs estudados, havia uma expectativa inicial por parte das eSFs de que pudessem responder à demanda por atendimento especializado ambulatorial, devido à escassez de profissionais e de serviços na região nos diversos níveis de atenção à saúde. Esses problemas eram anteriores à implantação dos Núcleos e extrapolavam as possibilidades de resolução dessas equipes.

⁷ Como a pesquisa foi realizada no NASF, e não nas eSFs, todas as informações analisadas são advindas dos documentos norteadores e de documentos específicos dos NASFs estudados, das reuniões, das entrevistas com trabalhadores do NASF e das observações do trabalho que, por vezes, incluíam trabalhadores das eSFs.

Constatou-se que algumas categorias profissionais tinham suas agendas comprometidas com um número elevado de atendimentos especializados, tais como os psicólogos e os terapeutas ocupacionais. Verificou-se, por exemplo, na agenda de um dos profissionais que, exceto os horários fixos de reunião entre NASF e entre NASF e eSF, os demais estavam comprometidos com atendimentos individuais especializados de casos como de paralisia cerebral, deficiência intelectual, acidente vascular encefálico e traumatismo crânioencefálico. Como alguns desses casos eram também atendidos por outros serviços da rede de saúde, cabia aos profissionais do NASF, além do atendimento clínico, as visitas domiciliares para orientação sobre o desenvolvimento de atividades básicas de vida diária no domicílio, tais como tomar banho, pentear os cabelos etc.

Tais situações, de acordo com os profissionais dos Núcleos, ocorriam não só pela ineficácia do sistema de saúde, mas também devido à falta de entendimento do papel do Núcleo por parte de algumas eSFs e de profissionais do próprio NASF. Vale lembrar que a maior parte dos atendimentos especializados não era realizada de forma compartilhada.

Outra questão que obteve destaque relaciona-se às ferramentas tecnológicas que eram utilizadas pelo NASF. A maioria delas, como o apoio matricial, a clínica ampliada, o PTS e o PST, era nova e ainda pouco conhecida pela maioria dos profissionais das eSFs, e mesmo por alguns profissionais do Núcleo. Observou-se, a partir das reuniões entre trios de referência do NASF e das eSFs e das entrevistas individuais e de grupo realizadas com profissionais do Núcleo, que havia, por parte de determinados profissionais das eSFs, resistência em aceitá-las e usá-las. As eSFs ditas “mais resistentes” não autorizaram a equipe de pesquisa a observar nenhuma das reuniões com os NASFs. Assim, tais informações foram acessadas a partir dos depoimentos dos NASFs.

A produtividade

A análise do documento norteador publicado pelo Ministério da Saúde enfatiza a qualidade das ações em detrimento da quantidade, ou seja, não especifica metas quantitativas de produção. Porém, são elencados alguns indicadores e metas de responsabilidade para os profissionais do NASF, tais como: foco na qualidade da atenção à equipe de referência, no caso as eSFs, a partir da incorporação de conhecimentos e diminuição de pedidos de consultas “desnecessárias” aos profissionais do NASF; capacidade de reconhecer e de utilizar critérios de risco e de prioridade adequados aos encaminhamentos; número máximo de usuários de tratamento prolongado; adesão, internação e capacidade de compartilhamento do cuidado por parte das eSFs.

No que se refere às agendas de trabalho dos profissionais, de acordo com as diretrizes ministeriais, estas devem contemplar: atividades pedagógicas (participação em reuniões das eSFs; 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 com as eSFs, entre outras. Soma-se a isso a importância de se considerar as diversidades de contextos existentes e a capacidade dos profissionais do NASF em articular e trabalhar em conjunto com as eSFs, além da dificuldade de mensuração dos efeitos que cada intervenção causa na população.

Já para as eSFs, segundo relato dos trabalhadores do NASF, existe uma métrica para avaliação da produção, por exemplo, no caso dos médicos que devem realizar, aproximadamente, 400 consultas mensais. Nesse sentido, as diferenças de parâmetros de produtividade interferiam no ritmo, no tempo para compartilhamento e na resolução dos casos e nas relações de trabalho entre equipes.

Outro ponto importante refere-se aos instrumentos que eram utilizados para apontar a produtividade e que não possibilitavam demonstrar todas as tarefas realizadas pelas equipes dos NASFs pelo fato de serem semelhantes aos utilizados em outros serviços de saúde da atenção primária, mas que realizavam tarefas muitos diferentes das previstas para o Núcleo. Quando um profissional do NASF assinalava no registro de produção que fez uma VD, por exemplo, muitas das condutas e das intervenções realizadas no domicílio eram omitidas por não corresponderem a nenhum dos itens elencados no formulário.

A análise dos dados de produção do NASF Alfa (período de julho de 2010 a junho de 2011) indicou que, nos primeiros meses de implantação do Núcleo, a maior parte da jornada de trabalho dos profissionais foi utilizada para planejamentos das ações, ou seja, foram desenvolvidas inúmeras reuniões e trabalhos administrativos. Posteriormente, a equipe passou a realizar uma maior diversidade de tarefas com a incorporação de consultas, visitas domiciliares, grupos, oficinas, além de continuar participando das reuniões necessárias ao planejamento e ao desenvolvimento do trabalho.

Os profissionais dos NASFs, em parceria com a respectiva coordenação, têm pensado e discutido formas de apresentar os dados de sua produção para demonstrar o trabalho real, bem como para avaliar o impacto de suas ações e, dessa forma, para evidenciar indicadores que sejam mais fidedignos ao trabalho realizado.

Características das Condições de Trabalho

Existiam algumas carências do ponto de vista material e físico que interferiam na realização do trabalho previsto para o NASF: ausência e inadequação de locais, nas UBS e na comunidade, para realizar os atendimentos (individual e em grupo), as reuniões e as demais tarefas; ausência de cadeiras, armários e demais recursos necessários para a realização de atendimentos, reuniões etc.; escassez de meios de transporte oficiais necessários ao deslocamento dos trabalhadores para realizar as respectivas tarefas nos diversos equipamentos de saúde e sociais.

[...] já tivemos que sentar no corredor para fazer reunião (T4).

Em algumas situações de trabalho, o número de cadeiras disponíveis é insuficiente. (T2).

Diante dessa insuficiência de recursos, os profissionais, por vezes, utilizavam-se dos próprios celulares, computadores e automóveis para realizar o trabalho. Esse fato se agrava para algumas categorias profissionais, tais como terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, que necessitavam transportar diferentes tipos de materiais para a realização de seus atendimentos.

Entretanto, é importante pontuar que, de acordo com os relatos dos profissionais dos Núcleos, tais carências não existiam apenas para as equipes estudadas, mas sim para todos os profissionais envolvidos nas respectivas UBS.

Às vezes, faltam salas nas UBS para realizar reuniões, grupos, não só para o NASF; para as equipes da ESF também. (T1).

Todos esses resultados foram validados pelas equipes e representam um primeiro passo para se desenvolver um diagnóstico crítico sobre o trabalho realizado nos NASFs estudados. De acordo com a AET, foi possível fazer uma descrição das tarefas realizadas e um levantamento das principais características da organização e das condições de trabalho. Foi possível ainda, comparar as tarefas realizadas com aquelas previstas nos documentos ministeriais.

Discussão

No Brasil, o Ministério da Saúde tem formulado, desde os anos de 1990, políticas públicas que propõem novos programas, estratégias e ações no campo da saúde. Com a implantação dessas novas propostas, os processos de trabalho estão se constituindo ao mesmo tempo em que estão sendo implantados. Nesse sentido, muitos deles são pouco conhecidos pelos próprios trabalhadores inseridos no escopo dessas

propostas, assim como pelos demais trabalhadores da saúde, gestores e usuários (RIBEIRO; PIRES; BLACK, 2004; SZNELWAR et al., 2004; LANCMAN et al., 2007; MASCIA et al., 2007; ALONSO, 2009).

Estudos que visam ao conhecimento mais aprofundado sobre o trabalho realizado nesse campo são fundamentais, uma vez que as melhorias nos processos de produção poderão ter reflexos significativos na qualidade do atendimento à população, na saúde dos trabalhadores envolvidos e, por fim, na diminuição de custos para o sistema público de saúde.

O trabalho do NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da atenção primária e ainda facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais complexa e abrangente, evitando encaminhamentos a outros níveis de atenção. Trata-se de uma nova proposta de trabalho que compõe as políticas públicas e que, em decorrência disso, está em processo de implantação, de construção e de efetivação de suas práticas com as eSFs e com a população.

Em relação a esta última, é importante destacar que ela está habituada aos atendimentos focais, prioritariamente referenciados pelo modelo curativo, fragmentado em especialidades médicas e voltadas para soluções rápidas e pontuais. Nesse sentido, os usuários dos serviços de saúde também estão em processo de assimilação e de apropriação desse novo tipo de atenção oferecida. A convivência dessas diferentes lógicas é mais um dos desafios para a implantação plena do NASF.

Como mencionado, os profissionais do NASF e das eSFs devem, necessariamente, trabalhar juntos. No entanto, o processo de trabalho de ambas as equipes difere com relação à: gestão; produtividade exigida; tempo para a realização das tarefas; demanda prevista; constituição das equipes; ferramentas utilizadas, entre outros. Esses aspectos devem ser considerados ao se pensar não apenas o trabalho do NASF, mas também o das eSFs. Nesse sentido, para facilitar a implementação do NASF, seria necessária uma revisão e uma integração entre as propostas de trabalho das duas equipes, a partir de uma revisão dos respectivos documentos norteadores e, consequentemente, dos instrumentos de produtividade.

O trabalho prescrito para as equipes do NASF é amplo, engloba múltiplas tarefas de naturezas distintas e apresenta ainda pouca discriminação com relação à contribuição específica de cada categoria profissional. Diante desse cenário, torna-se possível para cada trabalhador e respectiva equipe delinearem o trabalho a partir dos desafios colocados pelo cotidiano da prática, ou seja, das demandas que surgirem das eSF e da pactuação que é feita entre as duas equipes, das necessidades da população que habita o território

de abrangência das unidades e até da formação e da experiência profissional de cada trabalhador. Assim, cada NASF poderá apresentar características diferentes, o que, por um lado, configura-se como algo positivo e esperado, mas, por outro, dificulta a criação de práticas coletivas que possam ser compartilhadas e agregadas aos vários NASFs do país. Diante desse paradoxo, Silva et al. (2012) e Lancman et al. (2012) apontam para a necessidade das equipes dos NASFs sistematizarem os processos de trabalho que já estão em curso, mesmo que de forma geral, para que esse material possa subsidiar e fomentar a realização de trocas de experiências, da criação de consensos e do aprimoramento das ações entre as várias equipes existentes no país.

Os documentos norteadores do NASF, apesar de discriminarem os objetivos dessa proposta e as ferramentas a serem utilizadas, mostraram-se frágeis diante dos desafios que esses profissionais encontram no cotidiano de trabalho. Neste estudo, um aspecto considerado central refere-se ao fato de que, apesar do NASF ter sido criado para dar apoio às eSFs e, consequentemente, prescindir da parceria dessas equipes para realização das ações previstas, existe ainda um percurso significativo a ser percorrido para concretização efetiva desse processo. Pelo fato da implantação das eSFs ter ocorrido há mais tempo, é esperado que as estratégias de ação e de processos de trabalho estejam mais consolidadas. Porém as diferenças nas atribuições e na forma de organização do trabalho entre as duas equipes podem estar favorecendo a criação de processos de trabalho conflituosos e, até mesmo, contraditórios (LANCMAN ; BARROS, 2011; SILVA et al., 2012).

Destacamos, nesse contexto, que as prioridades do trabalho proposto para o NASF e para as eSFs são distintas. Isso decorre, entre outros fatores, da diferença entre modelos de gestão e de produtividade propostos para as duas equipes. Nesse universo, por exemplo, espaços de reunião e de compartilhamento de experiências, fundamentais para o NASF não são considerados prioritários e centrais no desenvolvimento do trabalho das eSFs. As metas de produtividade, nesse caso, acabam determinando as ações cotidianas de trabalho (CUNHA; CAMPOS, 2011; LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et al., 2012). Nesse cenário, de acordo com Silva et al. (2012), um dos desafios das equipes do NASF é a articulação das suas atividades com a agenda das eSFs, considerando as metas de produtividade assistenciais e os processos de trabalho já estabelecidos.

Em detrimento do hiato que se estabelece em decorrência dessa dinâmica, o NASF, por vezes, realiza sozinho as tarefas que deveriam ser comuns a ambas as equipes ou mesmo os atendimentos especializados e individuais em uma proporção acima daquela

esperada, distanciando-se das diretrizes propostas. Assim, é fundamental que tais instrumentos de produção sejam rediscutidos e reformulados com a parceria das duas equipes.

Da forma como o trabalho estava configurado na época da pesquisa, as eSFs tinham que responder a uma demanda muito maior em relação àquela prevista para o NASF e, dessa forma, não podiam adiar determinadas atendimentos individuais, por exemplo. Isso gerava 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 que compreendia discussão, reflexão, compartilhamento contínuo e, consequentemente, uma mudança nas formas de atuação. Assim, tal circunstância exigia um rearranjo cotidiano das agendas dos profissionais das eSFs e um redimensionamento do tempo utilizado para realizar as diversas tarefas (MOLINE-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; CUNHA; CAMPOS, 2011; LANCMAN et al., 2012).

Outras diferenças, como a composição das equipes (categorias e número de profissionais), por exemplo, em alguns momentos, também dificultavam o processo relacional e a realização de tarefas em parceria. Um maior investimento na comunicação, nas relações interpessoais entre as duas equipes e no esclarecimento do papel de cada uma delas e das possíveis formas de cooperação poderia facilitar ações compartilhadas.

Existiam ainda, para os trabalhadores do NASF, limitações do ponto de vista dos recursos físicos e materiais. Essas carências são relatadas também em outros estudos realizados no setor de serviços de saúde no Brasil, inclusive com as eSFs, que relatam problemas de infraestrutura básica e de logística para a realização do trabalho dos profissionais (COSTA; LIMA; OLIVEIRA, 2000; RIBEIRO; PIRES; BLACK, 2004; SZNELWAR et al., 2004)

Diante do apontado até aqui, é evidente que os profissionais do NASF encontravam no cotidiano do seu trabalho dificuldades de distintas ordens para a operacionalização da proposta almejada pela portaria que o criou. Campos e Domitti (2007) e Lancman e Barros (2011) corroboram tal afirmação. Atuar em equipe, desempenhar ações compartilhadas, realizar atendimentos de grupo são ações que nem todos os trabalhadores que atuam na área da saúde têm experiência ou formação para realizar. O atendimento compartilhado (individual ou de grupo) é um aprendizado que demanda tempo e disponibilidade do profissional em fazê-lo. Campos e Domitti (2007) e Menezes (2011) apontam que tal processo, de alguma forma, pode expor a fragilidade individual de cada trabalhador com relação a aspectos técnicos, por exemplo, e, nesse sentido, essa “exposição” pode

constituir-se como mais um dificultador para alguns profissionais se engajarem nesse tipo de trabalho.

No caso do estudo desenvolvido, os resultados alcançados permitem que os diferentes atores sociais possam se aprofundar no conhecimento sobre a realidade da operacionalização de ações relacionadas a uma política pública específica, uma vez que, a partir do conhecimento da atividade daqueles que estão na linha de frente da implementação de tal política, foi possível evidenciar potencialidades e desafios enfrentados no cotidiano de trabalho. Dessa forma, pode-se propor não somente melhorias nos serviços estudados, mas contribuir com o incremento dessa política pública em nível regional e nacional (LANCMAN et al., 2007; MASCIA et al., 2007; SZNELWAR et al., 2008; LANCMAN; BARROS, 2011; LANCMAN et al., 2012).

Considerações finais

A ergonomia tem colaborado para o conhecimento aprofundado do trabalho, sobretudo com relação à defasagem entre o prescrito e o real, do saber fazer dos trabalhadores, dos constrangimentos a que estão expostos e das estratégias adotadas por eles para fazer o trabalho acontecer. Os resultados da AET podem ser úteis para a compreensão dos determinantes da organização do trabalho e do conteúdo das tarefas, das consequências para a saúde dos trabalhadores e, especialmente, para facilitar o processo de transformação e de melhorias no trabalho.

No caso dos NASFs estudados, os resultados obtidos a partir da pesquisa desenvolvida possibilitaram construir uma descrição mais clara sobre o trabalho dos profissionais envolvidos, o que incluiu: a identificação

das principais tarefas, como e por quem eram realizadas; as estratégias utilizadas; as principais características da organização e das condições de trabalho; as relações estabelecidas entre as equipes do NASF e as eSFs; as facilidades e as dificuldades para a realização do trabalho; a produtividade exigida e a real.

Apesar da não realização de observações sistemáticas como proposto pela AET, acreditamos que, com os resultados das etapas desenvolvidas, foi possível conhecer mais sobre a realidade enfrentada pelos profissionais do NASF. O trabalho desses profissionais e seu fazer cotidiano podem, assim, contribuir na redefinição dos documentos norteadores e, por consequência, na prescrição do trabalho. Acreditamos que esses resultados podem colaborar na reflexão e no aprimoramento tanto das práticas do NASF quanto da atenção primária e, até mesmo, das políticas públicas na área.

Contudo, é importante ressaltar a necessidade do desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática de forma a contribuir na reflexão, na reformulação e no aprimoramento não apenas das tarefas já realizadas, mas também das novas que, necessariamente, irão surgir ao longo da prática de trabalho. Entretanto, vale ressaltar que há aspectos deste trabalho que não serão passíveis de observação devido a questões de natureza ética.

Por fim, ressalte-se ainda que a introdução de mudanças no trabalho, incluindo as prescrições, o modo de organização das equipes, as condições para o desenvolvimento das atividades e mesmo os modos para avaliar tanto o que fazem os profissionais como os resultados das ações, é, antes de tudo, um compromisso que, para ser eficaz, deve ser permanente e envolver os vários atores sociais.

Contribuições de autoria

Gonçalves, R. M. A.: participou de todas as etapas de elaboração do artigo desde a sua concepção, redação, análise, interpretação dos dados e conclusão. Lancman, S.: contribuiu no delineamento e na redação do artigo, bem como realizou revisão crítica do mesmo. Sznelwar, L. I.: participou da discussão e revisão crítica do artigo. Cordone, N. G.: contribuiu na coleta e análise dos dados. Barros, J. O.: contribuiu em todas as etapas de elaboração do artigo, desde o seu delineamento e redação, a correção e revisão do artigo.

Referências

ABRAHÃO, J. et al. *Introdução à ergonomia da prática à teoria*. São Paulo: Edgard Blücher, 2009.

ALONSO, C. *O trabalho e o trabalhador de uma equipe de reabilitação no Programa Saúde da Família do município de São Paulo*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

BRASIL. (1988). *Constituição*. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 81, de 05 de junho de 2014. Brasília, DF, Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.06.2014/index.shtml>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde

da Família - NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 26 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Textos Básicos de Saúde. Série B) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Equipe CNES*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp>. Acesso em: 26 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Consultas: Equipes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>. Acesso em: 15 dez. 2013.

CAMPOS, G.; DOMITTI, A. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X200700020001>.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, p. 127-130, 2000. Edição especial. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700025>.

CUNHA, T. G.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*,

São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013>.

DANIELLOU, F. *L'Ergonomie en quête de ses principes*. Marseille: Editions Octares, 1996. (Debates Epistémologiques).

_____. *A ergonomia em busca de seus princípios*. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. (Debates Epistemológicos).

DEJOURS, C. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Fiocruz, 2008. p. 125-150.

FALZON, P. *Ergonomia*. São Paulo: Edgard Blucher, 2007.

GONÇALVES, R. M. A. *Estudo das estratégias operatórias desenvolvidas pelos agentes de fiscalização da Zona Azul na relação com os usuários do serviço – subsídios para o aprimoramento de um cotidiano de trabalho*. 2009. 157 f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

GUERIN, F. et al. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

HUBAULT, F. Do que a ergonomia pode fazer a análise? In: DANIELLOU, F. (Org.). *A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: Edgard Blucher, 2004. p. 105-140.

LANCMAN, S. et al. O trabalhar no Programa saúde da família: um estudo em psicodinâmica do trabalho. In: VIANA, A. L. A. (Coord.). *Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2007. p. 207-228. (Cadernos de Atenção Básica. Estudos Avaliativos, v. 3).

_____. *O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores*. São Paulo: CNPq, 2012. Relatório final.

LANCMAN, S.; BARROS, J. O. Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Terapia Ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 22-29, 2011.

MASCIA, F. L. et al. O trabalho no Programa Saúde da Família sob a ótica da ergonomia. In: VIANA, A. L. A. (Coord.). *Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF*. São Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, 2007. p. 173-227. (Cadernos de Atenção Básica. Estudos Avaliativos, v. 3).

MENEZES, C. A. *Implantação do Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso*. 2011. 62 f. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)–Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias de saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, integrando e gerindo trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-141.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 108-137. (Textos Básicos de Saúde. Série B).

MOLINE-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-80342010000300024>.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLACK V. L. G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>.

SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Estratégia de Saúde da Família. *Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SILVA, M. T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C. M. C. Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, p. 36-42, 2009. Suplemento 1. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800007>.

SILVA, A. T. C. S. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidade na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2078, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100007>.

SUNDFELD, A. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1079-1097, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>.

SZNELWAR, L. I. et al. Análise do Trabalho de um serviço de limpeza hospitalar - contribuições da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho. *Production*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 45-47, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300006>.

_____. Análise ergonômica do trabalho: ação ergonômica. In: LANCMAN, S. (Org.). *Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2008. p. 129-174.

SZNELWAR, L. I. O Trabalho sob um olhar sustentável – desafios para os serviços de saúde pública: estudo de caso do Programa Saúde da Família em São Paulo, Brasil. *Laboreal*, Porto, v. 5, n. 1, p. 38-52, 2009.

ZARIFIAN, F. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de serviço – produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001, p. 67- 93.