

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Andreia Marinho Barbosa

**A SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DO
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**

João Pessoa
2019

Andreia Marinho Barbosa

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DO
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal da Paraíba.

Orientador:
Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves

Área de Concentração:
Saúde da Família

Linha de Pesquisa:
Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

João Pessoa

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catálogo e Classificação

B238s Barbosa, Andreia Marinho.

A SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DO
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA /
Andreia Marinho Barbosa. - João Pessoa, 2019.
104 f. : il.

Orientação: Robson da Fonseca Neves.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Vigilância em Saúde do
Trabalhador. 3. Profissional de Saúde. 4. Pesquisa
Qualitativa. 5. Discurso. I. Neves, Robson da Fonseca.
II. Título.

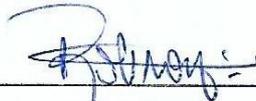
UFPB/BC

Andreia Marinho Barbosa

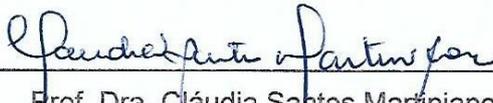
A SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DO
NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família, Universidade Federal da Paraíba.

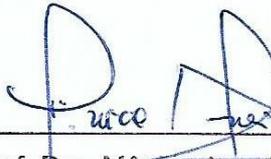
Banca Examinadora:



Presidente/Orientador: Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves
Universidade Federal da Paraíba - UFPB



Prof. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



Prof. Dra. Mônica Angelim Gomes de Lima
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Aprovado em: 26 de setembro de 2019.
João Pessoa

*A Deus,
O Amigo de todas as horas,
dedico.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que segurou a minha mão, caminhou comigo, e fez-me enxergar que é possível ir além.

A minha família que na simplicidade da vida, deram-me motivos para confiar no impensável.

A minha turma que na presença e na ausência firmou o vínculo de amizade e companheirismo, compartilhando as esperanças nos percalços e não deixando passar as euforias de cada vitória.

Aos docentes pelos conhecimentos e vivências trocadas, deixando a cada encontro um pouquinho de si e levando um pouquinho de nós, mostrando-nos as inimagináveis formas da construção do saber.

Aos membros da banca que aceitaram colaborar com esse estudo, da avaliação a repercussão os seus vários olhares que o enriquecerão.

Ao meu orientador pelo desafio proposto, por acreditar na minha capacidade, e por conduzir cada passo com fé, calma e serenidade, tornando essa jornada instigante e harmoniosa.

Aos profissionais de saúde do Nasf-AB, em especial, aqueles que cooperaram com essa pesquisa. Nós Somos Trabalhadores! E mais, Somos Trabalhadores Diferenciados, provocados dia-a-dia a remar contra o sistema e alçar uma nova prática de saúde, modelando por esse percurso a nossa própria identidade profissional nasfiana.

A todos aqueles que de maneira direta ou indireta contribuíram com esse trabalho e fase da minha vida. O prazer dessa conquista perpassa por cada gesto e palavra de vocês que edificaram os degraus para que fosse possível concretizar mais um sonho.

Gratidão!

Trabalhador

*Está na luta, no corre-corre, no dia-a-dia
Marmita é fria mas se precisa ir trabalhar
Essa rotina em toda firma começa às sete da manhã
Patrão reclama e manda embora quem atrasar*

Trabalhador...

*Trabalhador brasileiro
Dentista, frentista, polícia, bombeiro
Trabalhador brasileiro
Tem gari por aí que é formado engenheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador...*

*E sem dinheiro vai dar um jeito
Vai pro serviço
É compromisso, vai ter problema se ele faltar
Salário é pouco não dá pra nada
Desempregado também não dá
E desse jeito a vida segue sem melhorar*

Trabalhador...

*Trabalhador brasileiro
Garçom, garçonete, jurista, pedreiro
Trabalhador brasileiro
Trabalha igual burro e não ganha dinheiro
Trabalhador brasileiro
Trabalhador...*

Seu Jorge

RESUMO

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) foi instituído com proposta de ampliar a capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do Apoio Matricial. Apesar de seu escopo de ações incluir o olhar para a Saúde do Trabalhador (ST), na prática o desenvolvimento de ações voltadas para esse campo tem sido insipiente, carecendo de investigações que tragam as concepções conferidas a ST pelo Nasf-AB e seus desdobramentos com vista à produção de cuidados na APS. Assim, esse estudo objetivou compreender o(s) discurso(s) e os significados atribuídos à ST pelos profissionais do Nasf-AB através de uma pesquisa qualitativa, com perspectiva teórico-metodológica da Análise de Discurso de origem francesa, realizada na 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba com 13 profissionais de saúde do Nasf-AB. O material empírico obtido mediante técnica de entrevista semiestruturada, foi gravado, transcrito e submetido a análise fazendo emergir para a exploração conceitos-análise. No primeiro artigo intitulado “Do ‘como é’ ao ‘como deveria ser’: discursos sobre o trabalho no Nasf-AB” insurgiu o conceito-análise “trabalho no Nasf-AB” construído por meio dos discursos sobre o trabalho em equipe, fluxo de acesso e processo de trabalho no Nasf-AB. No segundo artigo “Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador no discurso dos profissionais do Nasf-AB”, o conceito-análise averiguado foi “saúde do trabalhador” por meio dos discursos a respeito da relação trabalho-saúde-doença e do trabalhador. Conclui-se que o discurso do Nasf-AB ainda é hegemonicamente voltado ao modelo biomédico na atenção e no cuidado em saúde e, conseqüentemente, em ST, mas que esses profissionais se reconheceram enquanto trabalhadores que tecem uma identidade mediada por noções herdadas de trajetórias acadêmicas e profissionais e relações de força que incidem sobre a sua prática e conforma essa atuação predominantemente especialista e assistencial, gerando também sentimentos de insatisfação e desejo por transformação do seu cotidiano de trabalho. É preciso fornecer ao Nasf-AB ferramentas para agir em ST enquanto apoiador matricial, de modo a avançar na visibilidade e no cuidado integral aos trabalhadores no âmbito da APS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Vigilância em Saúde do Trabalhador; Profissional de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Discurso.

ABSTRACT

The Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (Nasf-AB) was constituted aiming the rising of the resolution capacity of the Primary Health Care (PHC) through Matrix Support. Although its scope of actions includes the look toward the Worker's Health (WH), in practice, the development of actions focused on this field has been incipient, requiring investigations which bring the concepts conceded to WH by Nasf-AB and its consequences with care production in PHC. Thus, the main goal of this study lies on comprehending the discourse (s) and meanings attributed to WH by NASF-AB professionals through a qualitative research with a theoretical-methodological perspective of Discourse Analysis of French origin, carried out at the 9th Health Region of Paraíba with 13 health professionals from Nasf-AB. The empirical material collected through semi-structured interview technique was recorded, transcribed and submitted to analysis and bringing about it in order to explore concepts-analysis. As a result, considering the first paper titled "From 'how it is' to 'how it should be': discourses on work at Nasf-AB", raised the concept-analysis "work at Nasf-AB" built through the discourses on teamwork, flow access as well as the work process at Nasf-AB. Regarding the second paper "Conceptions and practices on worker health in professionals discourse from Nasf-AB", the concept-analysis analyzed was "worker's health" through discourses concerning the relationship between work-health-illness and the worker. In brief, it is concluded that the Nasf-AB discourse is still hegemonically focused on the biomedical model in terms of attention and health care and, consequently, in workers' health, yet these professionals recognized themselves as workers who build an identity mediated by notions inherited from academic and professional trajectories and power relations that affect their practice and comply with this predominantly expert and assistential work, also generating feelings of dissatisfaction and desire for transformation of their daily work. Hence, Nasf-AB needs to be provided with tools to act in WH as matrix support in order to advance visibility and comprehensive care for workers within PHC.

Descritores: Primary Health Care; Occupational Health; Health Personnel; Qualitative Research; Discourse.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Municípios da 9ª Região de Saúde no estado da Paraíba, Brasil, 97 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CISAT	Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COSEMS-PB	Conselho de Secretarias Municipais da Paraíba
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EqNasf-AB	Equipes Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eR	Equipe de Referência
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
INST	Instituto Nacional de Saúde no Trabalho
MOI	Movimento Operário Italiano
MT	Medicina do Trabalho
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PST	Programas de Saúde do Trabalhador
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO	18
2.1 Referencial teórico e revisão de literatura	18
2.1.1 O campo da saúde do trabalhador	18
2.1.2 O cuidado ao trabalhador na Atenção Primária à Saúde	24
2.2 Caminho metodológico	36
2.2.1 Tipo de estudo	36
2.2.2 Contexto do estudo	37
2.2.3 Seleção dos informantes	37
2.2.4 Produção e análise de dados	38
2.2.5 Considerações éticas	40
2.3 Resultados e Discussão	41
2.3.1 Artigo 1. Do “como é” ao “como deveria ser”: discursos sobre o trabalho no Nasf-AB	41
2.3.2 Artigo 2. Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador no discurso dos profissionais do Nasf-AB	63
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	97
ANEXO A RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA	97
ANEXO B TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA	98
ANEXO C PARECER CONSUBSTANCIADO CEP	99
APÊNDICES	102
APÊNDICE A ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	102
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103

1 INTRODUÇÃO

O trabalho assume papel central na vida dos sujeitos enquanto organizador das sociedades, sendo sua presença ou ausência um importante determinante das condições de vida e da situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Em uma via dupla, o trabalho pode ter um efeito protetor sobre a saúde por permitir a inclusão social de quem trabalha, favorecendo o desenvolvimento de redes sociais de apoio. Mas, também, pode causar mal-estar, sofrimento, adoecimento e morte dos trabalhadores; arraigar iniquidades e a vulnerabilidade das pessoas e das comunidades; e produzir a deterioração do ambiente (BRASIL, 2018; LARA, 2011; SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Por muito tempo, o olhar para a saúde dos trabalhadores esteve atrelado a abordagens e a concepções hegemônicas que estabelecem articulações simples de causa e efeito (uni ou multicausais) e desconsideram a dimensão social e histórica entre o trabalho e o processo saúde-doença (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018). Nesse cenário, surge então a Saúde do Trabalhador (ST) enquanto campo teórico-metodológico de práticas e saberes integrante da Saúde Coletiva, que busca conhecer e intervir na relação trabalho-saúde-doença e percebe o trabalhador como um agente histórico de mudanças, com noções e vivências sobre a realidade do trabalho e com capacidade para transformá-la ativamente (LACAZ, 2007).

No Brasil, esse novo enfoque sobre a ST ganhou repercussão na luta do Movimento da Reforma Sanitária que culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) realizadas no país em 1986, as quais agregavam os princípios e diretrizes que seriam consagrados na Constituição Federal de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e controle social (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELOS; MACHADO, 2018).

A ST foi incorporada enquanto campo da Vigilância em Saúde na Lei Orgânica de Saúde que consolidou o SUS em 1990, conformando a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) como um conjunto de atividades que visam à

integralidade do cuidado aos usuários submetidos a riscos e agravos derivados das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Apesar de inegáveis avanços da ST no SUS, o cuidado à saúde dos trabalhadores não acompanhou o desenvolvimento da política nacional de saúde. Isso porque a aprovação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) ocorreu apenas no ano de 2012, de maneira tardia e em detrimento da força e luta contínua do movimento de trabalhadores sindicalizados que demandavam uma política pública de ST desde 1986.

A PNSTT passa então a apontar um horizonte para a ST no SUS, ponderando o trabalho enquanto um Determinante Social da Saúde (DSS) e contribuindo para efetivar ações transversais que contemplem a assistência e a recuperação dos agravos; a promoção, prevenção, e vigilância dos ambientes e processos de trabalho; a intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores; o planejamento e avaliação das práticas de saúde; e a autonomia do trabalhador (BRASIL, 2012).

Entre suas estratégias, a PNSTT reforça os cuidados ofertados aos trabalhadores no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) tendo em vista que é responsável sanitariamente por territórios adstritos onde vivem e trabalham esses usuários, representando seu primeiro contato com o SUS e privilegiando a longitudinalidade do cuidado ainda que sejam encaminhados a outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012).

Não obstante a isso, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), criado em 2008 sob a nomenclatura Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), surge como uma importante estratégia para aumentar a capacidade resolutiva do nível primário de atenção à saúde no país, por meio da inserção de profissionais especialistas¹ na APS que prestam Apoio Matricial as equipes generalistas, notadamente, as equipes de Saúde da Família (eSF) (BRASIL, 2014).

¹ Os profissionais que compõem as Equipes Nasf-AB (EqNasf-AB) devem ser definidos de acordo com as necessidades da rede local de saúde, podendo constituir o arranjo: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; especialidades médicas (ginecologista/obstetra, homeopata; pediatra; psiquiatra; geriatra; clínica médica; acupunturista; e do trabalho); médico veterinário; e profissional de saúde sanitária.

O Apoio Matricial trata-se de uma ferramenta que visa reorganizar o trabalho em saúde a partir de equipes de Referência (eR) com apoio especializado matricial, de modo a romper com a verticalização das relações entre profissionais de saúde que mantêm uma diferença de autoridade e transferência de responsabilidade advindas dos encaminhamentos. Realidade comum nos tradicionais serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, o Nasf-AB enquanto apoiador matricial das equipes de APS fornece retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica, prezando por construções singulares, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e pactos assumidos entre equipes de referência e apoio (CASTRO; CAMPOS, 2016), estabelecendo a interprofissionalidade no trabalho em saúde e concretizando a integralidade do cuidado (MATUDA *et al.*, 2015).

As ações integrais de ST desenvolvidas na APS têm por eixo as atividades laborais indutoras de riscos ou agravos à saúde, envolvendo o mapeamento dos processos produtivos do território; identificação do perfil trabalhador; notificação de agravos à saúde dos trabalhadores; análise da situação de ST; orientações e ações educativas; e articulação intra e intersetorial (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012).

No entanto, a ST no âmbito da APS ainda é um campo de atuação pouco estruturado, fragmentado e com dificuldades de incorporação em todo o Brasil, incumbindo aos municípios brasileiros de pequeno, médio ou grande porte o desafio de assistir os usuários-trabalhadores que estão em seus territórios com ações de promoção, proteção, vigilância e reabilitação da saúde.

Mesmo lidando com complexas relações trabalho-saúde-doença que se desenrolam nos territórios onde atuam, as equipes de APS apoiadas pelo Nasf-AB, ainda apresentam dificuldades em reconhecer o usuário-trabalhador no cotidiano do serviço e em desenvolver ações integrais no cuidado à sua saúde. Além disso, apresentam pouco (ou nenhum) conhecimento a respeito da determinação do trabalho sobre o processo saúde-doença (MENDES *et al.*, 2015; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016; MORI; NAGHETTINI, 2016).

Na prática, não admitir a necessidade de compreender o trabalho como determinante do adoecimento e não enxergar o usuário da APS como trabalhador

pode gerar prejuízos para o diálogo entre os atores (trabalhador, sociedade, profissionais de saúde) e setores (saúde, previdência social, trabalho, justiça) envolvidos com essa problemática, além de comprometer as tentativas de desenvolvimento de ações articuladas que deem conta do problema na sua complexidade.

Embora o Nasf-AB na teoria deva aumentar o escopo resolutivo da APS, na realidade não se fala sobre sua responsabilidade no incremento de atividades que considerem o trabalho enquanto DSS e o trabalhador enquanto usuário dos serviços de saúde (LACAZ *et al.*, 2013; COELHO; VASCONCELOS; DIAS, 2018). Se por um lado à diversidade de áreas de conhecimentos desses profissionais de saúde poder favorecer a elaboração de propostas direcionadas aos trabalhadores nos territórios da APS (SOUZA; VIRGENS, 2013), por outro, as diferentes concepções e significados que atribuem à ST podem contribuir na dificuldade de articular tais ações. Fato que compromete o cuidado integral ao usuário-trabalhador.

A ST ainda é recente enquanto política pública de saúde, por isso se debruçar em entender como os profissionais de saúde da APS, especialmente do Nasf-AB, têm significado a mesma em seus territórios mostra-se como um caminho necessário e estratégico para identificar quais percalços enfrentam e as potencialidades para sua atuação.

Em face de tais problemáticas e percursos da ST no contexto da APS, esse estudo se lança ao desafio de compreender a seguinte questão: como os profissionais de saúde do Nasf-AB têm significado a ST e desdobrado ações com vista à produção de cuidado aos trabalhadores no seu cotidiano de trabalho na APS?

A motivação para o desenvolvimento dessa pesquisa tem por base inquietação teórico-prática vivenciada pela pesquisadora. Durante a graduação conheci a ST em Projetos de Extensão em Educação Popular, nos quais aprendi que esses sujeitos têm voz, força e poder para lutar dia a dia por um processo de trabalho que favoreça sua saúde, e capacidade de conquistar espaços que lhe permitam impor tal direito. Porquanto, ao sair da posição de estudante para trabalhadora do Nasf-AB, deparo-me com uma realidade contraditória ao que experimentei e defendi na jornada acadêmica.

Então com a oportunidade de realizar um Mestrado Profissional, inclinei-me para uma pesquisa que abordasse a ST no contexto do Nasf-AB, com objetivo geral de compreender o(s) significado(s) atribuído(s) à ST pelos profissionais de saúde do Nasf-AB por meio dos seus discursos; e específicos: conhecer o contexto de produção de cuidados onde estão inseridos os profissionais do Nasf-AB; compreender os sentidos atribuídos pelos profissionais do Nasf-AB ao trabalho e ao trabalhador, bem como seus desdobramentos com vistas à produção de cuidado no território da APS; e, entender se o cuidado prestado aos usuários pelos profissionais do Nasf-AB se dá na perspectiva da ST.

Destarte, a Análise de Discurso (AD) utilizada aqui como referencial teórico-metodológico permite uma abertura eficaz para obter essas respostas, já que coloca exatamente em questão “Como este texto significa?” (ORLANDI, 2009, p. 17) apresentando os sentidos sobre a ST trazidos no discurso do Nasf-AB.

Assim, a presente dissertação está configurada da seguinte forma: introdução com apresentação da problemática, justificativa e objetivos; referencial teórico e revisão de literatura, nos quais se faz o aprofundamento da temática por meio dos subtópicos “O campo da Saúde do Trabalhador” e “O cuidado ao trabalhador na Atenção Primária à Saúde”; e, em seguida, a metodologia demonstra os passos trilhados para concretizar a pesquisa, utilizando-se a abordagem qualitativa.

Os resultados e discussões foram repartidos em dois artigos científicos. No primeiro intitulado “Do ‘como é’ ao ‘como deveria ser’: discursos sobre o trabalho no Nasf-AB” buscou-se conhecer esse contexto de produção de cuidados onde estão inseridos os profissionais de saúde do Nasf-AB. Já o segundo artigo com título “Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador no discurso dos profissionais do Nasf-AB” teve por objetivo compreender o discurso dos profissionais sobre a ST nos sentidos atribuídos ao trabalho e ao trabalhador e como desdobram as ações nesse panorama. Ambos os artigos procuraram entender o cuidado prestado aos usuários pelos profissionais do Nasf-AB, sendo o segundo mais direcionado para o usuário-trabalhador.

O trabalho termina com as considerações finais, onde são apresentadas suas contribuições para o meio acadêmico e profissional, além de apontar reflexões e outros possíveis caminhos para aprofundar a temática em futuras pesquisas.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Referencial teórico e revisão de literatura

2.1.1 O campo da Saúde do Trabalhador

Os modos de produção e consumo das sociedades são determinados pelas inter-relações trabalho, ambiente e saúde, referência para compreender as condições de vida, perfil de adoecimento e morte dos indivíduos, e poder construir alternativas que gerem qualidade de vida e saúde para a população (DIAS *et al.*, 2009).

No estilo de produção capitalista, o trabalho é determinado pelo processo de produção no qual acidentes e adoecimentos são consequências de relações sociais que veem o trabalhador como uma máquina (LARA, 2011). Dessa maneira, ao mesmo tempo em que se situa um ensejo de socialização, realização, fonte de renda e bem-estar, deriva um espaço de opressão, aflição, e adoecimento, a depender de sua organização e das relações estabelecidas (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

As “condições de trabalho decentes não se constituem em critério, na maioria das vezes, para o estabelecimento de políticas públicas que visam ao desenvolvimento” (COSTA *et al.*, 2013, p.12). Na antiguidade, no trabalho escravo ou no regime servil, inexistia a preocupação em preservar a saúde daqueles submetidos a rotinas exacerbatantes de trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Com a Revolução Industrial, no século XIX, o trabalhador passou a vender sua força de trabalho com jornadas extenuantes e em ambientes desfavoráveis à saúde (MENDES; DIAS, 1991). Entretanto, as indústrias passaram a ter prejuízos econômicos advindos dos altos índices de acidentes e adoecimentos gerados pelas más condições de vida e trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

Nesse cenário surge a Medicina do Trabalho (MT) representando a presença de um médico no interior das unidades fabris para detectar os processos danosos à saúde, bem como auxiliar na recuperação do trabalhador adoecido para

que este retornasse à linha de produção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A MT refletia, e ainda reflete, na capacidade de isolar riscos específicos e, portanto, atuar sobre suas consequências, orientada pela teoria da unicausalidade (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Assim, as práticas assistenciais de saúde de cunho biologicista dirigem-se apenas a seleção e manutenção da força de trabalho, na qual o trabalhador não passa de um objeto dessas ações centradas no ambiente de trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

No início do século XX, os adventos das duas guerras mundiais originaram mudanças nos processos produtivos, as quais também deram forma a novos problemas e necessidades de saúde no tocante ao trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Aspectos como higiene, ergonomia e segurança do trabalho foram enfocados a partir da associação de outros profissionais à equipe médica, conformando a Saúde Ocupacional (SO) (DIAS; HOEFEL, 2005).

A SO, sustentada na teoria da multicausalidade, tem o foco de suas ações atreladas ao ambiente de trabalho, cujos fatores de riscos para adoecer e morrer são avaliados por meio da clínica médica e os indicadores ambientais e biológicos de exposição-efeito (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Então, mesmo avançando na interdisciplinaridade, continua situada no ambiente e o trabalhador permanece apenas como um objeto (DIAS; HOEFEL, 2005).

Esses avanços no campo conceitual apontaram novas abordagens e práticas na relação trabalho-saúde-doença, que apesar de nomeadas ST, hegemonicamente são MT e SO. Dessa maneira, a produção de conhecimento esbarra na sua aplicação, pois os interesses econômicos sobrepõem-se a garantia de dignidade e vida no trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A partir de 1950, evidenciaram-se melhorias nas condições de vida das pessoas, sobretudo sustentadas nas novas políticas públicas voltadas para o bem-estar social e a reorganização dos movimentos sociais, especialmente, na Europa. Tal ocasião permitiu o levantamento de novas indagações sobre as condições de trabalho e exigências de mudanças que garantissem melhoria da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005).

Na década de 1970, na Itália, o movimento da Reforma Sanitária, compreendendo particularmente o Modelo Operário Italiano (MOI), envolveu trabalhadores organizados, profissionais dos serviços de saúde e das instituições de ensino em busca de mudanças que impactassem nos fatores produtores de doenças relacionadas ao trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005).

O MOI tem por premissa metodológica que para atos transformadores deve-se haver interlocução com os trabalhadores, reconhecimento do seu saber e experiência, valorizando o sujeito operário coletivo que não pode delegar suas ações (STOTZ; PINA, 2017), sendo uma referência internacional de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho (DIAS; HOEFEL, 2005; LACAZ, 2007; VILELA; MALAGOLI; MORRONE, 2010; LEÃO; CASTRO, 2013).

De igual forma no Brasil, a luta pelo direito à saúde seguiu paralelamente a dos trabalhadores por direitos que garantissem adequadas condições de trabalho. Com a Proclamação da República em 1889, o olhar sobre o desenvolvimento do país acarretou em preocupações para incluí-lo no panorama de produção e exportação internacional, onde eram necessárias ações de saúde pública que abonassem o controle de epidemias e saneamento básico, principalmente nas cidades portuárias (BAPTISTA, 2014).

Nesse contexto, as manifestações operárias começam a ganhar destaque por serem contrárias às precárias condições para realização do trabalho e a falta de políticas públicas que assegurassem o mínimo de proteção social. Isso resultou, em 1923, na proposição de Eloy Chaves da lei regulamentadora das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para algumas organizações trabalhistas, nas quais apenas parte dos trabalhadores do país passou a contar com aposentadoria, pensão e assistência à saúde (BAPTISTA, 2014).

Já em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública por Getúlio Vargas constituiu um grande progresso no campo da saúde, ainda que os intuitos não fossem diferentes do indicado na Primeira República: o controle de epidemias. Nesse mesmo período, foi instituído o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, responsável pela ST em uma lógica de assistência médica com ênfase no indivíduo. Essa separação de responsabilidades descaracterizava a atenção integral à saúde e aqueles que não possuíam vínculo empregatício formal ficavam a margem

da sociedade, dependendo dos cuidados ofertados por instituições de caridade (BAPTISTA, 2014).

Uma conquista para os trabalhadores na época ocorreu no ano de 1943 através da aprovação dos primeiros dispositivos que asseveraram a Segurança e Medicina no Trabalho: a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (BRASIL, 1943). Entretanto, o cuidado à saúde dos trabalhadores era predominantemente ofertado sob os aspectos da MT e SO. Ademais, apenas os trabalhadores registrados sob esse regime e seus dependentes contavam com assistência à saúde provida pela previdência social.

Somente na década de 1980 iniciaram-se no Brasil as ações em ST em uma conjuntura política de organização e lutas pela redemocratização do país, onde vários atores confluíram questionamentos sobre as concepções e políticas de saúde até então vigentes (MINAYO-GOMEZ, 2011).

Os avanços científicos nos campos da Medicina Preventiva, Medicina Social e da Saúde Pública durante o período 1960 e 1970, expandiram substancialmente a interpretação do processo saúde-doença e sua articulação com o mundo do trabalho. Dessa maneira, introduzem-se na Saúde Pública práticas de atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito das propostas da Reforma Sanitária Brasileira, dilatando as visões reducionistas da MT e SO e configurando-se um novo modelo com incorporação de referenciais das Ciências Sociais, especialmente o marxismo (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

O campo da ST no Brasil resultou da riqueza acumulada da Saúde Coletiva, com base no movimento da Medicina Social latino-americana e influenciado diretamente pela experiência do MOI (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Até então as demandas relativas aos trabalhadores eram vistas apenas como problemas da Previdência Social, Justiça do Trabalho e Ministério do Trabalho e Emprego (LEÃO, 2016).

A metodologia proposta pelo MOI implicou nas primeiras iniciativas de ST no país: Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) – 1979, posteriormente, Departamento Intersindical de Estudos de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT); o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho da Central Única dos Trabalhadores (INST/CUT) – 1990; a incorporação à legislação dos Mapas de

Riscos pela Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) (STOTZ; PINA, 2017); e a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) que efetivavam a participação dos trabalhadores nas ações de VISAT realizadas nas empresas, ainda que possuíssem dimensão estritamente assistencial (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Na perspectiva da saúde como direito, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) já apontava que para o acesso à saúde, o trabalho deveria ser realizado em condições dignas, com conhecimento e o controle dos trabalhadores sobre processos e ambientes de trabalho (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018). Com base nesse relatório discutiram-se as reformas do setor saúde na Constituição Federal de 1988, a qual incorpora a ST ao campo da Vigilância em Saúde atribuindo ao SUS à responsabilidade de coordenar suas ações em todo o país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A VISAT foi definida no Art. 6º da Lei nº 8.080/1990 como conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Ao longo da década de 1990, várias iniciativas foram adotadas na tentativa de materializar o campo da ST no SUS: a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST (1998); a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (1998); e a Listagem de Doenças Relacionadas ao Trabalho (1999) (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Nos anos 2000 a área técnica de ST do Ministério da Saúde formulou a proposta da criação de uma Rede de Saúde do Trabalhador, oficialmente normalizada pela Portaria nº 1.679/2002 que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018), revista e ampliada, posteriormente, pelas Portarias GM/MS nº 2.437/2005 e 2.728/2009.

Tal proposta surgiu da revisão crítica aos programas anteriores (centros de referência e PST) que não estabeleciam vínculos sólidos com a saúde, mantendo-se como serviços isolados. Assim, a RENAST possuía enquanto

propósito articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores, independentemente do seu vínculo empregatício e inserção no mercado de trabalho, garantindo também um cuidado regionalizado, hierarquizado, e organizado em três contextos: APS na ESF; Centros de Referências em Saúde do Trabalhador (CERESTS) estaduais e regionais; e assistência de média e alta complexidade (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

A distinção dos fenômenos relacionados à ST enquanto problema de Saúde Pública ainda tem sido um processo longo e contínuo perdurando mesmo diante dos progressos inegáveis de sua institucionalização no SUS (LEÃO, 2016). À medida que se avançava na inclusão deste campo, os reptos para a sua consolidação efetiva surgiam como entraves para sua viabilização, destacando-se a falta de uma cultura da ST na saúde pública; escassos recursos; insuficiente número de profissionais com capacidade técnica específica; conflitos de interesses entre aparelhos do estado; resistência do campo das vigilâncias em incorporar a relação trabalho-saúde-doença em suas práticas; demanda precisamente assistencial pela classe trabalhadora e ausência de protagonismo; carência de metodologias condizentes com a área de ST; e, falta de conhecimento e/ou compreensão sobre a ST pelos dispositivos normativos nos três níveis de governo (MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Atualmente, uma das maiores discrepâncias no âmbito da ST no SUS está na implementação da PNSTT, que apesar de requerida em 1986, foi publicada somente no ano de 2012 (LEÃO, 2016), a qual oferece as bases para a concretização das ações em ST no SUS, com estratégias que propõem a estruturação da RENAST na RAS, apontando para a importância do cuidado aos trabalhadores na esfera da APS, bem como reforça a aproximação entre esta e a Vigilância em Saúde para a garantia da integralidade da atenção (BRASIL, 2012).

A IV CNST (2014) realizada posteriormente a aprovação da PNSTT, assinala entre seus subeixos a regionalização das ações de ST, especialmente com implantação dos CERESTS regionais, contendo equipes multiprofissionais especializadas e de vínculo estável, recapitulando as novas necessidades de saúde voltadas aos trabalhadores agora no âmbito da RAS (BRASIL, 2015).

No entanto, o estudo realizado por Leão e Castro (2013) apontou diversas dificuldades da implantação da RENAST na cidade de Campos dos Goytacazes-RJ,

onde os princípios e diretrizes da PNSTT ainda carecem de solidificação institucional, até porque as atividades de cunho assistencial têm sobreposto as de vigilância. Neste caso, apenas a criação da RENAST não conforma uma mudança de padrões no desenvolvimento das ações em ST, especialmente, nos locais onde os serviços de saúde estão direcionados para a assistência médica.

Para se “fazer ST”, nos princípios fundadores do MOI, é preciso englobar trabalhadores para transformação das condições de trabalho e saúde, em um diálogo permanente entre esses, seus representantes e órgãos governamentais e não-governamentais, apontando para uma rede de ST que não seja fixa, imóvel ou estagnada (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Entretanto, a falta de comunicação entre CERESTS, poucas articulações intra e intersetoriais e a lógica assistencialista de cuidado, evidenciam ainda, uma rede mecanicista, segmentada e fragmentada. O avanço, assim, seria possível mediante a construção de estruturas condizentes com o trabalho em rede, as quais devem possibilitar também o protagonismo dos trabalhadores enquanto sujeitos de transformação (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Desse modo, a ST no SUS ainda segue como um desafio que carece de trabalhadores e gestores, a compreensão e a incorporação do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença e que demanda articulação e planejamento de ações intra e intersetoriais, além de tecnologias de cuidado que integrem assistência e vigilância em ST no SUS para se alcançar a realidade vivencial de saúde dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013).

2.1.2 O cuidado ao trabalhador na Atenção Primária à Saúde

A relevância de uma APS foi posta pela primeira vez na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na antiga União Soviética em 1978. O documento advindo desse evento, a Declaração de Alma-Ata, passou a defendê-la como sendo os cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovadas, socialmente aceitas, e de abrangência universal. Por isso, recomenda que seja parte integrante do sistema de

saúde do país como primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1978).

No Brasil, o Ministro da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, por meio da Portaria Nº 648/2006 (revogada pela Portaria Nº 2.488/2011 e posteriormente pela Portaria Nº 2.436/2017) caracterizando a APS como ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, desenvolvidas através de práticas integrais de cuidado e gestão qualificada por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

O governo brasileiro adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como proposta de reorientação de seu sistema de saúde sob perspectiva da implementação de uma APS abrangente. Com essa finalidade, o termo Atenção Básica - AB é usado em sinônimo a APS para diferenciá-la de outros modelos de atenção nos quais a APS seletiva representa os serviços de saúde direcionados aos mais pobres (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Somado a isso, o Nasf-AB aparece como uma importante estratégia de atenção para ampliar o escopo de ações de saúde no território concretizando assim a imagem-objetivo de integralidade almejada na APS (BRASIL, 2008), por meio da metodologia de trabalho Apoio Matricial proposta por Campos (1999) para reformar as organizações e o trabalho em saúde.

O Apoio Matricial visa garantir uma retaguarda especializada as equipes encarregadas pelos problemas na APS, de modo a romper com a verticalização das relações estabelecidas pelos modelos de referência e contrarreferência. Dessa maneira, o Nasf-AB assessora as equipes de APS com conhecimentos especializados sem assumir a referência do cuidado ou se caracterizando como um segundo nível de atenção para o qual o usuário possa ser encaminhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, o trabalho em saúde passa a ser reorganizado na perspectiva da interprofissionalidade (CASTRO; CAMPOS, 2016), onde o que era individual, agora deve ser planejado e executado de forma compartilhada e coletiva: atendimento compartilhado entre profissionais das equipes de referência e apoio em uma troca

de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas; atendimento clínico específico com os usuários/famílias com discussão e negociação *a priori* com os profissionais da eR; e ações comuns no território desenvolvidas de forma articulada com a eR (BARROS *et al.*, 2015; MATUDA *et al.*, 2015; CASTRO; CAMPOS, 2016).

O trabalho entre equipes de referência e apoio está diretamente relacionado e interfere em suas dinâmicas, que terão que delinear suas práticas com base na formação, experiências, integração, características do território e da população adstrita e as condições de trabalho disponíveis (LANCMAN *et al.*, 2013; BARROS *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2015; MACEDO *et al.*, 2016; SANTOS; UCHÔA-FIGUEIREDO; LIMA, 2017).

Uma atuação interprofissional possibilita a divisão do trabalho com vista à melhoria do serviço prestado, com execução de ações próprias da área de conhecimento, bem como as ações comuns a todos de maneira integrada, concretizando a gestão compartilhada dos processos de cuidado (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018).

Nascimento *et al.* (2018) procurou tipificar EqNasf-AB de três municípios da região metropolitana do Recife-PE de modo a refletir sobre o Apoio Matricial enquanto metodologia de trabalho preconizada pelo Ministério da Saúde. Diante da análise foram definidas três configurações de EqNasf-AB:

- Nasf assistencial-curativista – com distanciamento intenso da metodologia apoiador matricial e representando apenas um acesso a equipe de especialistas que atuam na APS;

- Nasf semimatricial – que desenvolvem ações de cunho técnico-pedagógico e clínico-assistencial, mas priorizam atividades individuais sobre as conjuntas, atuando dessa forma enquanto equipe multiprofissional parcialmente integrada com as eR;

- Nasf matricial – que se aproxima do desenho ideal de apoiador matricial proposto, com equipe multiprofissional que atua de maneira integrada com suas eR.

A última PNAB estabelecida em 2017 representou retrocessos no âmbito da APS (SOUZA; MEDINA, 2018), sendo que para o Nasf-AB, o termo modificado - de NASF para Nasf-AB - simbolizou algo para além da mudança de nomenclatura, uma vez que retirando a palavra “Apoio” pôs em xeque sua metodologia de trabalho,

além de ampliar sua responsabilidade para as chamadas equipes de AB tradicionais, quando antes eram apenas eSF e equipes de AB para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e Consultório na Rua) (MELO *et al.*, 2018).

Ademais, essa nova versão da PNAB aumentou a responsabilidade sanitária das equipes de APS, que passam a assumir o encargo do “território de referência” e não apenas população adstrita, incluindo assim as famílias que residem, populações itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc), e os trabalhadores que exercem atividades laborais nesse local (BRASIL, 2017). Nesse sentido, alguns aspectos da PNSTT passam a ser efetivados, pois sob critério apenas de adscrição domiciliar, a ESF não permitia o acesso aos serviços dos trabalhadores que trabalham no território sem residir (DIAS; SILVA, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

A implementação da ST no âmbito do SUS ainda é objeto de discussão, principalmente por seu primeiro passo ser na APS enquanto porta de entrada do sistema (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Considerando sua proposta, as equipes de APS apoiadas pelo Nasf-AB devem estar preparadas para incluir em sua rotina o trabalho enquanto elemento fundamental da vida e um dos determinantes do processo saúde-doença (DIAS, 2013).

Algumas características são tidas como facilitadoras para que tais equipes desenvolvam ações de ST em seus territórios, a saber: organização territorial; formação de vínculo; atuação integral e longitudinal; equipe multiprofissional; e presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que media a relação equipe-comunidade (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012). Deveras, representam os atributos essenciais da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (SILVA *et al.*, 2014).

Entre as ações de ST que as equipes podem desenvolver nessa esfera destacam-se: o diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores, inclusive os mais vulneráveis; o mapeamento dos processos produtivos no território; o reconhecimento do usuário trabalhador e estabelecimento da relação entre o trabalho e a condição de saúde-doença; a notificação de agravos da saúde do trabalhador no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); emissão de laudo; orientações e ações educativas; e articulação intra e intersectorial (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; SILVA *et al.*, 2014; AMORIM *et al.*, 2017). Para realizar tais

ações devem receber apoio matricial e institucional (SILVA *et al.*, 2014; AMORIM *et al.*, 2017).

Dias e Silva (2013) consideram que antes mesmo da implantação do trabalho de uma equipe de APS em dado território, deve ser realizado o diagnóstico local de situação, o qual contemple as questões de saúde do trabalhador, como: atividades produtivas desenvolvidas e quem são os trabalhadores que residem/trabalham neste território. Dados sobre idade, sexo, escolaridade, ocupação, identificação dos chefes de família desempregados, situação de vulnerabilidade social e possíveis doenças ou agravos que podem ter relação com o trabalho, são informações valiosas para o conhecimento do perfil de usuários-trabalhadores cadastrados pelas equipes. Além disso, o diagnóstico situacional do território deve ser atualizado periodicamente (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

A identificação dos processos produtivos permite entender os fatores de risco e perigos para o trabalhador associados ao ambiente de trabalho, e o seu mapeamento é essencial para a equipe de APS planejar e executar as ações de saúde voltadas ao público trabalhador (DIAS; SILVA, 2013).

O reconhecimento do usuário enquanto trabalhador começa no cadastramento da família pelo ACS e continua por meio das demais ações desenvolvidas pelas equipes de APS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em demais espaços do território, como acolhimento, consulta clínica, visita domiciliar, grupos operativos, entre outros momentos de interação usuários-equipe (SILVA *et al.*, 2014).

Em sua rotina de trabalho, o ACS preenche o item “ocupação” na ficha de cadastramento familiar. Isso permite a caracterização do perfil ocupacional da população adstrita (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011). O preenchimento adequado do campo “doenças ou condições de saúde” também auxilia na identificação dos usuários-trabalhadores com possíveis agravos e doenças relacionadas ao trabalho (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013). Apesar disso, é consenso na literatura que os ACS precisam ser orientados e capacitados para desenvolver tais atividades (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013; SILVA *et al.*, 2014; COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

As informações coletadas pelo ACS devem ser consideradas no planejamento e desenvolvimento de ações pelas equipes de APS (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012). No entanto, o estudo realizado com eSF de três cidades brasileiras evidenciou que os saberes dos ACS sobre o território não são congregados às práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes (SILVA *et al.*, 2014).

Outrossim, permeiam entre os ACS dificuldades de reconhecer o trabalhador do setor informal (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011). Este impasse também foi realidade com eSF de outros estudos (BALISTA, SANTIAGO; CÔRREA-FILHO, 2011; EVANGELISTA *et al.*, 2011; MORI; NAGHETTINI, 2016). Tal fato pode estar associado à herança cultural de associar a figura do trabalhador ao vínculo formal com registro em carteira de trabalho (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011), deixando de fora os desempregados, autônomos e informais (MORI; NAGHETTINI, 2016).

Com aumento da frequência e diversidade desses trabalhadores nos territórios da APS, as equipes necessitam organizar ações de cuidado a sua saúde. Até porque esses trabalhadores estão à margem dos serviços de proteção trabalhista e previdenciária por não terem um vínculo formal, e carecem da assistência de saúde ofertada pelo SUS, principalmente pela APS, que está no território onde vivem e trabalham (SILVA *et al.*, 2014).

Cabe destacar também que as atividades laborais desses trabalhadores geralmente são executadas de maneira incipiente e improvisada, sem o conhecimento de seus riscos e medidas de proteção, incumbindo as equipes de APS reconhecê-los e auxiliá-los (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011).

Todavia, não apenas os trabalhadores informais carecem de consideração por essas equipes. Reconhecer o usuário enquanto trabalhador deve ser rotina nos serviços de saúde como ferramenta essencial para desdobrar ações para essa parcela da população (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; AMORIM *et al.*, 2017). Muito embora a literatura apresente as dificuldades das equipes de APS em reconhecerem o trabalho enquanto determinante da saúde e ver o usuário enquanto trabalhador (DIAS *et al.*, 2009; BALISTA; SANTIAGO; CÔRREA-FILHO, 2011; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; PESSOA *et al.*, 2013; MORI; NAGHETTINI, 2016; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016).

Um estudo quantitativo realizado na capital paraibana com intuito de conhecer as ações de VISAT desenvolvidas pelas eSF do município encontrou 79% das equipes informando que sempre ou quase sempre procuravam saber a ocupação do usuário e 68% referiram buscar compreender melhor as características desse trabalho. Contudo, apenas 26% mencionaram que sempre ou quase sempre perguntam ao usuário sobre o trabalho pregresso (AMORIM *et al.*, 2017).

Pessoa *et al.* (2013) buscaram identificar e analisar por meio de uma pesquisa-ação os processos relacionados ao ambiente e trabalho no território e equipes de APS. Ao convidar o grupo a “pensar” sobre o trabalho encontrou significativo desvelamento sobre este, no qual os participantes passaram a perceber o sentido do “ser trabalhador”, suas contribuições para a comunidade e os riscos que envolvem as atividades laborais, sendo capazes de elaborar um plano de ação que extrapolou a atuação do setor saúde, avançando na perspectiva da promoção da saúde.

Concernente à notificação dos agravos relacionados à ST, sua prática não é usual pelas equipes de APS (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013; LOURENÇO; LACAZ, 2013; AMORIM *et al.*, 2017). Esse fato pode estar atrelado à falta de associação do agravo com o trabalho pelos profissionais de saúde (BALISTA, SANTIAGO; CÔRREA-FILHO, 2011; SILVA *et al.*, 2014); as indefinições de responsabilidades pela notificação; o receio do trabalhador de que o documento gere problemas com o empregador (LOURENÇO; LACAZ, 2013); a exigência de notificação apenas dos casos confirmados - exceto intoxicações exógenas; a requisição de notificações realizadas por rede sentinela específica (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013); o excesso de burocracia – ficha extensa e complicada; e a negativa das empresas dos laudos e atestados emitidos pelos médicos generalistas das eSF (SANTOS; LACAZ, 2012). Além disso, os trabalhadores vítimas de agravos que precisam ser encaminhados para atendimento em outro município podem ter ou não seu agravo notificado sem que haja troca de informações entre tais localidades (LOURENÇO; LACAZ, 2013).

No estudo realizado em Chapecó-SC, os autores observaram que a notificação de agravos relacionados ao trabalho, como acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, emergiu enquanto única ação de ST rotineiramente desenvolvida pelas equipes de APS. Entretanto, ao indagar os profissionais quanto a

sua rotina de trabalho, não foi mencionada a realização dos procedimentos de notificação enquanto ação de ST, sendo a falta de conhecimento dos trabalhadores da APS a respeito da temática um impedimento e ao mesmo tempo um forte argumento para justificar a ausência do desenvolvimento dessas ações (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016).

Já Amorim *et al.* (2017) encontrou em seu estudo quase a totalidade de profissionais das equipes de APS relatando conhecer o SINAN, muito embora 13% não sabiam que as doenças relacionadas ao trabalho são de notificação compulsória. Não obstante a isso, 52% nunca ou raramente notificam os acidentes de trabalho. Esse baixo percentual foi justificado pela maior parte dessas ocorrências acontecerem nos serviços de urgência, e apenas os casos que são considerados leves ocorre à procura do usuário pelos serviços de APS. Assim, ainda há uma falta de reconhecimento da APS enquanto espaço da e para a ST.

Tal quadro de subnotificação precisa receber visibilidade por parte dos profissionais de saúde, gestores e controle social no SUS (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013; LOURENÇO; LACAZ, 2013). Nesta perspectiva, o diagnóstico dos agravos relacionados ao trabalho não somente expressa os dados inscritos nos prontuários e notificações, mas reflete na orientação das ações de prevenção a esses agravos e promoção da saúde dos trabalhadores (BASTOS-RAMOS; SANTANA; FERRITE, 2015).

As ações educativas e/ou de promoção da ST devem fazer parte do cotidiano das equipes de APS, desenvolvendo-as nos domicílios, nas UBS – especialmente nos grupos já formados ou na concretização de novos grupos - e em outros espaços do território. Sua proposta é ampliar a compreensão da relação trabalho-saúde-doença, além de elucidar e identificar os fatores de riscos para saúde que estão presentes no ambiente de trabalho; orientar sobre as medidas de prevenção e controle dos riscos; as obrigações dos empregadores; e os direitos trabalhistas. Sobretudo, devem contribuir para o empoderamento dos trabalhadores por condições dignas de vida e trabalho (DIAS; SILVA, 2013).

Apesar disso, existem poucas evidências na literatura relacionadas a práticas educativas específicas em ST na APS (SOUZA; VIRGENS, 2013). Destaca-se o estudo realizado por Dias (2013) em um município de médio porte do estado de São Paulo, que buscou apresentar a percepção de trabalhadores de saúde da APS

quanto ao desenvolvimento das ações de ST em suas UBS e encontrou a educação e promoção em ST entre às ações com menor frequência desenvolvidas pelas equipes, ficando a frente somente das atividades de prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e as de vigilância em ambientes de trabalho.

Nesse mesmo estudo, as ações de assistência ao trabalhador e a notificação de agravos foram às atividades usualmente realizadas, sugerindo que por parte dos profissionais há percepção do trabalho enquanto determinante do processo saúde-doença, mas que a execução dessas ações também depende das condições de trabalho na APS (DIAS, 2013).

Cabe salientar também o papel do ACS enquanto ator fundamental para o desenvolvimento das ações educativas em ST. Por morar na comunidade e ser um trabalhador no próprio território possui amplo conhecimento dos processos produtivos que ali estão instalados e como esses vêm impactando na saúde das pessoas (DIAS; SILVA, 2013). Estudos reforçam a atuação do ACS no fornecimento de orientações sobre os riscos e perigos relacionados ao trabalho, as possíveis medidas de proteção, e na realização dos encaminhamentos necessários (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

A atenção integral à ST não diz respeito apenas ao cotidiano de ações desenvolvidas pelas equipes de APS, mas depende ainda da articulação intra e intersetorial entre diversos saberes, práticas e responsabilidades (DIAS; SILVA, 2013), até porque a adoção de medidas de intervenção muitas vezes requer a atuação integrada com outros setores, a exemplo da Secretaria de Meio Ambiente e das Diretorias Regionais do Trabalho (DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012). Não obstante a isso, é notória a frágil articulação entre a APS e outros pontos de atenção, com deficiência no fluxo de referência e contrarreferência e falta de estruturação de uma linha de cuidado aos trabalhadores (SILVA *et al.*, 2014).

O CEREST é a instituição comumente articulada com a APS na atenção integral à ST (SANTOS; LACAZ, 2012; SILVA *et al.*, 2014; AMORIM *et al.*, 2017; COELHO, VASCONCELLOS; DIAS, 2018). No estudo de Amorim *et al.* (2017) 45% dos profissionais das equipes de APS entrevistadas assentiram com a afirmação de que “o Cerest oferece apoio e retaguarda técnica às equipes de saúde da família”, só que esse dado representou o dobro do percentual de equipes que referiram vínculo com o mesmo (22%). Isso pode refletir uma articulação APS-CEREST

mediada apenas com intuito de qualificar as equipes, sem, contudo, apoiá-las no desenvolvimento das ações (DIAS; SILVA, 2013).

A experiência do Apoio Matricial realizada no município de Amparo-SP é considerada uma das mais exitosas articulações entre APS- CEREST, contribuindo para que os profissionais das equipes repensassem a lógica do processo trabalho-saúde-doença e aprendessem *in loco* a reconhecer e atuar em ST (SANTOS; LACAZ, 2012).

Várias são as dificuldades encontradas na literatura que limitam as equipes de APS olharem para a ST em seus territórios:

- a sobrecarga de trabalho (DIAS *et al.*, 2009; SANTOS; LACAZ, 2012; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS; SILVA, 2013; SOUZA; VIRGENS, 2013; AMORIM *et al.*, 2017);

- rotatividade e a fragilidade e/ou precariedade dos vínculos nos contratos de trabalho (SANTOS; LACAZ, 2012; DIAS; SILVA, 2013; AMORIM *et al.*, 2017);

- preponderância de interesses políticos locais sobre as reais necessidades de saúde da população (AMORIM *et al.*, 2017);

- fragilidade da rede de atenção à saúde do trabalhador, para a garantia da integralidade do cuidado (COSTA *et al.*, 2013; DIAS; SILVA, 2013; LEÃO; VASCONCELLOS, 2013; SILVA *et al.*, 2014; SOUZA; VIRGENS, 2013; AMORIM *et al.*, 2017);

- falta do reconhecimento dos problemas decorrentes da relação trabalho-saúde-doença (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; SANTOS; LACAZ, 2012; MORI; NAGHETTINI, 2016; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016);

- hegemonia das ações de cunho assistencial (DIAS *et al.*, 2009; BALISTA, SANTIAGO; CÔRREA-FILHO, 2011; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS; SILVA, 2013);

- deficiência na formação e suporte técnico (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS, 2013; DIAS; SILVA, 2013; MORI; NAGHETTINI, 2016; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016);

- prescrições centralizadas e metas a serem cumpridas (DIAS *et al.*, 2009; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012);

- priorização de outros programas (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; PESSOA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2014; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016);
- financiamento (DIAS *et al.*, 2009);
- disponibilidade de recursos físicos, materiais e organizacionais (SOUZA; VIRGENS, 2013);
- falta de experiência profissional (MORI; NAGHETTINI, 2016);
- horário de funcionamento das UBS (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; SILVA *et al.*, 2014); e
- falta de participação popular (DIAS; SILVA, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

Em meio a tantos impasses, primeiramente convém destacar o próprio papel do Estado em equipar a ST no SUS, pois se por um lado preza pelo bem-estar dos trabalhadores sob sua responsabilidade, por meio de políticas, programas e serviços de saúde; por outro visa o capitalismo e o neoliberalismo com subfinanciamento do sistema e a privatização dos ofícios. Então o Estado que é encarregado por implementar a ST no SUS tendo como cenário estratégico a APS, desregulamenta-a por não fornecer meios e mecanismos para sua operacionalização.

A própria qualificação das equipes da APS seria uma forma do Estado regular a força de trabalho no SUS para o desenvolvimento de ações de ST, de modo que os profissionais de saúde pudessem “ver” e soubessem “agir” em ST nos territórios da APS (DIAS *et al.*, 2009; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS, 2013; DIAS; SILVA, 2013; LACAZ *et al.*, 2013; MORI; NAGHETTINI, 2016; COELHO VASCONCELLOS; DIAS, 2018), carecendo para tanto, também, receberem apoio técnico e pedagógico (SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; SILVA *et al.*, 2014; AMORIM *et al.*, 2017).

Contudo, essa retaguarda não deve ser realizada apenas como capacitação pontual, pois esta nem sempre produz o efeito esperado (LOURENÇO; LACAZ, 2013; COELHO VASCONCELLOS; DIAS, 2018), mas sim por meio de ações de educação permanente que podem ser um meio eficaz de qualificação para equipes de APS assumirem a VISAT em seus territórios (BALISTA; SANTIAGO;

CÔRREA-FILHO, 2011; DIAS; SILVA; ALMEIDA, 2012; DIAS, 2013; DIAS; SILVA, 2013; LOURENÇO; LACAZ, 2013; SILVA *et al.*, 2014; MORI; NAGHETTINI, 2016; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016; COELHO VASCONCELLOS; DIAS, 2018).

Incumbe também ao Nasf-AB, enquanto apoiador matricial estratégico das eSF, o papel de realizar a retaguarda clínica e pedagógica em ST (AMORIM *et al.*, 2017), posto que “a vinculação da estratégia de apoio matricial aos processos de educação permanente potencializa em muito o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades de gestão do cuidado aos usuários-trabalhadores pela APS” (DIAS; SILVA, 2013, p. 41). Porém, não se fala do papel do Nasf-AB enquanto ampliador de práticas em ST da APS que “numa omissão irreparável, deixa fora de suas atribuições às ações voltadas para a saúde dos trabalhadores” (LACAZ *et al.*, 2013, p.82).

A maioria dos enfermeiros da APS do estudo realizado por Coelho, Vasconcellos e Dias (2018) relataram que o NASF apoia no desenvolvimento das ações realizadas pelas eSF, como atendimento em grupo e individual e nas atividades de educação em saúde. No entanto, consideram que ainda é preciso incluir nessas atividades o olhar para a ST.

Espera-se que os profissionais de saúde das eSF e NASF possam expandir seu olhar para ST e seu escopo de ações voltadas aos trabalhadores nos territórios da APS, desde que desfrutem de condições e recebam qualificação para atuar (SOUZA; VIRGENS, 2013). Apesar disso, não foram encontrados até o momento estudos que se atentaram a ouvir dos profissionais do Nasf-AB sobre a execução de ações voltadas à ST, tampouco das dificuldades que enfrentam. O próprio estudo de Amorim *et al.* (2017) identificou essa limitação quando se propôs avaliar a VISAT apenas sob perspectiva dos profissionais das eSF.

Por isso a importância de realizar uma investigação sobre como os profissionais do Nasf-AB têm compreendido e abordado a ST. De modo a identificar se os significados atribuídos e as tecnologias de cuidado adotadas possibilitam o desenvolvimento de ações voltadas para a promoção, prevenção, diagnóstico e manejo da saúde de trabalhadores e trabalhadoras que estão nos territórios assistidos pelas equipes de APS.

2.2 Caminho metodológico

2.2.1 Tipo de estudo

A pesquisa qualitativa adotada nesse estudo buscou lidar com as interpretações da realidade social (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009), ressaltando a natureza socialmente construída e procurando soluções que realcem como esta experiência é criada e adquire significado para as pessoas (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015).

Turatto (2005) sistematiza as propriedades dos métodos qualitativos, sendo elas: o interesse do pesquisador voltado a buscar o significado das coisas; o ambiente natural do sujeito da pesquisa como o campo onde ocorrerá a observação; o pesquisador enquanto o próprio instrumento de pesquisa; o método tem maior força no rigor da validade (*validity*) dos dados coletados; a generalização torna-se possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos.

Com uma perspectiva teórico-metodológica de investigação/pesquisa social, adotou-se a AD de origem francesa (ORLANDI, 2009) a qual decorre de uma nova percepção da função da linguagem, que não se limita a ser um suporte do pensamento ou um instrumento de comunicação, mas capturada como interação e uma construção social (FAGUNDES; NOGUEIRA, 2008). A AD não trata da língua, mas do discurso, e esta palavra, etimologicamente, tem em si uma ideia de movimento (ORLANDI, 2009).

Na AD há uma articulação entre três regiões de conhecimento: o materialismo histórico, a linguística e a teoria do discurso. Baseado nisto, o sentido das palavras é construído historicamente e expressa posições ideológicas (MINAYO, 2014).

Dessa maneira, a AD procura compreender a língua fazendo sentido, refletindo, portanto, a maneira como a linguagem está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta através da língua, na qual a materialidade específica da ideologia é o discurso, e a deste é a língua, trabalhando na relação língua-discurso-ideologia (ORLANDI, 2009).

2.2.2 Contexto do estudo

A escolha do local da pesquisa se deu pelos propósitos do Mestrado Profissional de pensar problemas de pesquisa no cenário de atuação do profissional de saúde. Assim, o estudo foi desenvolvido com as EqNasf-AB da 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba, situada na 3ª Macrorregional de Saúde do estado e integrante região geográfica intermediária de Sousa-Cajazeiras (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DA PARAÍBA - COSEMS-PB, 2019; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2017).

O município polo dessa Região de Saúde (Cajazeiras) se encontra localizado a cerca de 485 km da capital paraibana João Pessoa, além de estar a 47,4 km de Sousa e 172 km de Patos, municípios sedes da 3ª Macrorregional que representam o Alto Sertão e Sertão, respectivamente (COSEMS-PB, 2019).

A 9ª Região de Saúde é constituída por 15 municípios cuja população estimada pelo IBGE para 2019 foi 177.393 habitantes (ANEXO A) que possuem cobertura de 74 eSF e 17 EqNasf-AB (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES, 2019).

2.2.3 Seleção dos informantes

Para acesso ao público-alvo, a pesquisa primeiramente foi apresentada a Comissão da Rede Escola da 9ª Regional de Saúde da Paraíba. Após avaliação da mesma, foi fornecido o Termo de Anuência para Pesquisa. Por conseguinte, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios constituintes da referida região foram contactadas na finalidade de apresentar e esclarecer a proposta do estudo, assim como recolher a autorização para seu desenvolvimento no cenário de trabalho do Nasf-AB.

O primeiro contato com as EqNasf-AB foi realizado via telefone com cada coordenador. De acordo com a organização municipal das EqNasf-AB, foram agendadas diferentes datas para estar conversando com os profissionais de saúde no intuito de apresentar a pesquisa e realizar o convite à cooperação. Todos os

profissionais do Nasf-AB que estiveram presentes nesse momento aceitaram colaborar com o estudo, somando-se 13 participantes.

Para ser incluso na pesquisa os profissionais deveriam estar vinculados diretamente ao Nasf-AB com no mínimo um ano em exercício, sendo excluídos aqueles que exerciam outros cargos ou funções (gerência, chefia ou confiança). O tamanho da amostra foi definido com base no critério de saturação teórica (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015) que ocorreu após a 5ª equipe no 3º município. Assim, foram entrevistados 5 profissionais do município 1 (de 1 EqNasf-AB), 5 do município 2 (de 3 EqNasf-AB) e 3 do município 3 (de 1 EqNasf-AB).

As EqNasf-AB podem ser compostas por 19 ocupações profissionais distintas, mas o gestor municipal quem define, de acordo com as necessidades de saúde locais, quais categorias irão constituir sua(as) equipe(s) (BRASIL, 2017). Considerando o cenário da pesquisa, as categorias profissionais que representaram as EqNasf-AB foram: fisioterapeuta; psicólogo; nutricionista; assistente social e fonoaudiólogo.

2.2.4 Produção e análise de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 a fevereiro de 2019 no ambiente de trabalho de cada EqNasf-AB. Os dados qualitativos foram obtidos a partir da técnica de entrevista semiestruturada (MINAYO, 2014), a qual possibilitou um conhecimento mais aprofundado das relações que se estabelecem entre os atores sociais e com isso foi possível desvelar as camadas de significados.

A entrevista seguiu um roteiro pré-estabelecido utilizado como estratégia de orientação, adaptável ao discurso de cada participante, com registro das impressões do pesquisador em diário de campo (APÊNDICE A). Cada entrevista foi gravada por meio de um gravador de voz de 4GB e posteriormente transcrita para o meio digital através do programa *Microsoft Word*®, versão 2010. Ressalta-se que o instrumento elaborado foi previamente testado por meio de um piloto realizado com profissionais do Nasf-AB de um município da mesma região de saúde, cujos achados foram descartados e não se constituíram objeto da análise.

Para manter o anonimato dos participantes, os recortes transcritos de fala foram identificados pelas iniciais de acordo com a categoria profissional: Fisioterapeuta (Fi); Fonoaudiólogo (Fo); etc. E seguidos com números cardinais conforme a ordem que foram entrevistados.

O tratamento dos dados foi norteado pelo interesse em examinar e coproduzir uma compreensão sobre a ST nos territórios da APS na perspectiva dos profissionais do Nasf-AB. Assim, os dados gerados foram analisados através da AD teorizada por Eny Orlandi (2009) e metodologicamente proposta por Sérgio Freire (2014) através de duas etapas: Fase 1 - análise; e, Fase 2 - a escrita da análise.

Por meio do processo de enunciação, os sentidos ideológicos (Formação Ideológica) se organizam através de discursos (Formação Discursiva). Assim, as formações discursivas determinam o que será dito ou não (Processo Discursivo). Ao tomar essa decisão, o sujeito escolhe como textualizar, deixando de fora outras possibilidades que não cabem no discurso (Objeto Discursivo). O sujeito esquece as outras maneiras de dizer (Esquecimento 2 da ordem de enunciação) e esquece o próprio processo ideológico que o levou a produção daquele sentido (Esquecimento 1 - ideológico), produzindo um texto (Superfície Linguística) o qual tem a ilusão ser seu e cujos sentidos originam-se ali (SOUZA, 2014)

Na primeira fase foi realizada uma leitura flutuante do material de modo a formular as primeiras hipóteses. Em seguida, uma leitura analítica com a realização de três perguntas heurísticas: “1) Qual é o conceito-análise presente no texto? 2) Como o texto constrói o conceito-análise? 3) A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?” (SOUZA, 2014, p.21).

Neste estudo, optou-se por não tomar nenhum conceito-análise *a priori*, pois se trata de uma temática recente cujos contornos são pouco delimitados. Assim, a decisão metodológica de deixar em aberto o que surgiu do campo, pareceu uma opção estrategicamente mais acertada.

A segunda pergunta foi realizada até que o sentido no texto estava teoricamente saturado. Por meio das marcas textuais foi possível identificar as entradas no discurso pela língua e os textos que ficaram de fora (SOUZA, 2014). Considerou-se como marcas textuais as paráfrases (o que se mantém), a polissemia

(deslocamento), a metáfora (transferência), a relação do dizer e não dizer (silêncio) e as condições de produção que representam o contexto de elaboração dos discursos (ORLANDI, 2009).

Por fim, a terceira pergunta encontrou o sentido construído no texto dentro de algum discurso – a relação entre o já dito (interdiscurso/memória discursiva) e o que está sendo dito (intradiscurso) (SOUZA, 2014). Assim, atingiu-se a constituição do processo discursivo responsável pelos efeitos de sentidos produzidos neste material simbólico, bem como a constituição dos sujeitos em suas posições ideológicas (ORLANDI, 2009).

Em segunda fase, realizou-se a escrita da análise com estruturação do texto caracterizando o cenário onde ocorreu a análise, em condições de produção dadas, a subjetividade do analista e a descrição do *corpus* analisado. Além disso, com explicitação dos dispositivos teóricos e analíticos (pressupostos da AD e os recortes delimitados para o objeto do pesquisador, respectivamente); o relato da análise (descrição e interpretação do texto a partir de suas marcas textuais, explicitando o funcionamento do discurso); e o retorno à análise (considerações finais) (SOUZA, 2014).

2.2.5 Considerações éticas

A participação voluntária na pesquisa foi garantida após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), atendendo-se às Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que estabelecem as Diretrizes e Normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto foi submetido à avaliação da Plataforma Brasil e do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP designado por esta, e foi aprovado conforme parecer consubstanciado do CEP nº 2.677.650.

Medidas de proteção da identidade dos participantes foram adotadas com finalidade de diminuir os riscos advindos do não anonimato, assim como todo material coletado foi utilizado exclusivamente para fins de pesquisa.

2.3 Resultados e Discussão

2.3.1 Artigo 1. Do “como é” ao “como deveria ser”: discursos sobre o trabalho no Nasf-AB

Resumo

As diferentes configurações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) influenciam na maneira como organiza seu trabalho e oferta cuidados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, o estudo visa conhecer o trabalho no Nasf-AB por meio do discurso de seus profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva teórico-metodológica da Análise de Discurso, desenvolvida em três municípios da nona Região de Saúde do estado da Paraíba com 13 profissionais de saúde do Nasf-AB de distintas categorias. Do discurso emergiram sentidos que mostram o trabalho no Nasf-AB hegemonicamente desenvolvido de modo fragmentado, assistencialista, e verticalizado, sendo também porta aberta e regulador de fluxos para a rede. A gestão produz ingerência sobre o trabalho no Nasf-AB, suscitando nos profissionais insatisfações sobre “como é” por possuírem conhecimentos de “como deveria ser” o seu trabalho. Conclui-se que os profissionais do Nasf-AB ainda não conseguiram efetivar seu papel de apoiador matricial e que continuam reproduzindo práticas de cuidado do modelo de atenção à saúde voltadas, prioritariamente, para a cura, a clínica e a especialidade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Profissional da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Discurso.

Abstract

The different settings of the Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (Nasf-AB) influence the way he organize her work as well as the way he offer care in the context of Primary Health Care (PHC). Therefore, this paper aims to comprehend the work at Nasf-AB taking into account the discourse of its professionals. It is a qualitative research based on the discourse analysis through a theoretical-methodological perspective developed in three municipalities from the ninth Health Region of Paraíba state, with 13 health professionals of different categories from Nasf-AB. It was possible to observe that from the discourse arisen some points that show the work in Nasf-AB developed in a way extremely fragmented, assistentialist, and verticalized, being also open door and flow regulator to the network. Management produces interference with the work at Nasf-AB, raising though dissatisfaction among professionals on “how it is” for the fact that they own the knowledge of “how” their work “should be”. In summary, it is concluded that Nasf-AB professionals have not yet been able to fulfill their role as matrix support and that

they continue to reproduce care practices of the health care model focused primarily on healing, clinic and specialty.

Descriptors: Primary Health Care; Health Personnel; Health Policy; Qualitative Research; Discourse.

Resumen

Las diferentes configuraciones del Núcleo Extendido de Salud Familiar y Atención Primaria (Nasf-AB) influyen en la forma en que organiza su trabajo y ofrece cuidados en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). En este sentido, el estudio tiene como objetivo conocer la manera de trabajar del Nasf-AB a través del discurso de sus profesionales. Esta es una investigación cualitativa realizada mediante una propuesta teórico y metodológica del método de análisis del discurso, desarrollada en tres ciudades de la novena región de salud de la provincia de Paraíba, teniendo un total de 13 profesionales del Nasf-AB de distintas categorías. Del discurso surgieron significados que muestran el trabajo en el Nasf-AB desarrollado especialmente de manera fragmentada, asistencialista y vertical, siendo también considerado como puerta abierta y regulador del flujo de la red de salud. Por otro lado, la gerencia produce interferencia en el trabajo del Nasf-AB, generando insatisfacción entre los profesionales acerca de “como es” porque tienen conocimiento de “cómo debería ser” su trabajo. Se concluye que los profesionales del Nasf-AB aún no han podido cumplir su función de apoyo matricial y continua como reproductor de las prácticas del modelo médico centrado, principalmente, en la curación, la clínica y la especialidad.

Descritores: Atención Primaria de Salud; Personal de Salud; Políticas Públicas de Salud; Investigación Cualitativa; Discurso.

Introdução

A Declaração de Alma-Ata se constituiu uma referência histórico-conceitual em 1978, ao definir a Atenção Primária à Saúde (APS) como os cuidados essenciais de saúde ofertados próximos aos locais onde os indivíduos vivem e trabalham, representando seu primeiro contato com o sistema de saúde dos países¹.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006, atualizada em 2011 e 2017, instituiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto via principal para o estabelecimento e efetivação da APS por meio da oferta de ações de saúde com foco na integralidade e gestão do cuidado, prestadas por uma equipe multiprofissional a uma população adstrita em território delimitado sob sua responsabilidade sanitária. Dessa maneira, a APS por meio da ESF representa o primeiro nível de atenção e a porta de entrada prioritária dos usuários

na Rede de Atenção à Saúde (RAS), ordenando os fluxos para os demais níveis e assumindo a coordenação do cuidado dos casos encaminhados. Para tanto, necessitam de alta capacidade resolutiva e boa articulação com demais pontos da rede².

Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), denominado em sua criação de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), surge como uma importante estratégia de atenção para ampliar e qualificar o escopo de ações de saúde das equipes de APS, especialmente as equipes de Saúde da Família (eSF), por meio da inserção de diferentes categorias profissionais na APS².

O trabalho no Nasf-AB pauta-se no referencial teórico-metodológico do Apoio Matricial de Campos³ que visa reorganizar o trabalho em saúde a partir de equipes de Referências (eR) com apoio especializado matricial. Assim, o Nasf-AB enquanto apoiador matricial das equipes de APS assessora-as com conhecimentos especializados, ofertando retaguarda clínico-assistencial e técnico-pedagógica⁴.

A utilização do termo “matricial” aponta para a mudança de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, de modo a romper com a verticalização das relações que mantém uma diferença de autoridade e transferência de responsabilidade entre aquele que encaminha e quem o recebe, característico dos tradicionais serviços de saúde. Desta forma, a ideia de “matriz” é manter uma relação horizontal entre profissionais de referência e apoiadores com base em processos dialógicos⁴.

O Apoio Matricial como ferramenta para organizar o trabalho em saúde preza por construções singulares, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e pactos assumidos entre equipes de referência e apoio⁵, possibilitando a troca de conhecimentos na perspectiva da interdisciplinaridade e estabelecendo uma nova lógica de trabalho entre equipes que aponta para a interprofissionalidade, a fim de concretizar a integralidade do cuidado e romper com as relações tradicionais verticalizadas⁶.

Entretanto, nem sempre o processo de trabalho no Nasf-AB está organizado de acordo com a lógica do Apoio Matricial, até porque os documentos ministeriais que instituíram a proposta em 2008 deixaram a interpretação sobre sua

organização e papel a critério do contexto político e especificidades da rede de saúde local, permitindo a coexistência de diferentes modelos de operacionalização⁷⁻⁹.

O estudo realizado com profissionais de saúde do Nasf-AB de três municípios da região metropolitana do Recife-PE sistematizou três tipos de configurações do Nasf-AB: Equipe Matricial que segue o preconizado nos documentos de implantação do Nasf-AB; Equipe semimatricial, com priorização do atendimento ambulatorial em detrimento de ações conjuntas; e Equipe assistencial-curativista, cujo apoio é apenas um acesso a especialistas¹⁰.

Tendo em vista que as distintas apresentações do Nasf-AB impactam na organização do seu processo de trabalho e na prestação de cuidados no contexto da APS, o estudo visa conhecer o trabalho no Nasf-AB por meio do discurso de seus profissionais.

Métodos

Este artigo é um recorte do Trabalho de Conclusão de Mestrado intitulado “A saúde do trabalhador no discurso dos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica”, apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, com polo na Universidade Federal da Paraíba.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com base na perspectiva teórico-metodológica da Análise de Discurso (AD) de origem francesa¹¹. O cenário de seu desenvolvimento foram três municípios constituintes da nona Região de Saúde do estado da Paraíba. Os participantes foram 13 profissionais de Equipes Nasf-AB (EqNasf-AB), sendo incluídos aqueles vinculados diretamente ao Nasf-AB por no mínimo um ano e excluídos aqueles que exerciam outros cargos ou funções (gerência, chefia ou confiança).

A escolha do local da pesquisa foi baseada nos propósitos do mestrado profissional de pensar problemas de pesquisa onde o profissional de saúde está

inserido. Ademais, as equipes eram abordadas até que se alcançasse o critério de saturação teórica¹², que ocorreu após a 5ª equipe/3º município.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2018 a fevereiro de 2019 no local acordado com cada entrevistado. O material empírico foi obtido mediante a técnica de entrevista semiestruturada com base em um roteiro com questões norteadoras¹³. O instrumento elaborado foi previamente testado com os profissionais do Nasf-AB de um município da mesma Região de Saúde. As entrevistas geradas nesta fase não foram incluídas no *corpus* do estudo em tela.

As entrevistas foram gravadas, transcritas para o meio digital, e posteriormente analisadas por meio da AD com aplicação de três perguntas heurísticas: Qual é o conceito-análise presente no texto? Como o texto constrói o conceito-análise? A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?¹⁴

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante do material para identificação dos primeiros pressupostos da análise. Em seguida, efetuou-se a leitura analítica do texto com aplicação da primeira pergunta heurística, definindo-se o conceito-análise *a posteriori*: trabalho no Nasf-AB. Ao deferir a segunda pergunta heurística, observou-se que as marcas textuais construíam o conceito-análise a partir de três subdivisões: 1) trabalho em equipe; 2) fluxo de acesso; e 3) processo de trabalho.

Considerou-se como marcas textuais as paráfrases (o que se mantém), a polissemia (deslocamento), a metáfora (transferência), a relação do dizer e não dizer (silêncio) e as modalizações (suavizações), destacando-se também as condições de produção que representam o contexto de elaboração do discurso¹¹. Para finalizar, fez-se a terceira pergunta heurística a fim de identificar a que discurso o conceito-análise construído pertence e os sentidos produzidos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP conforme parecer consubstanciado nº 2.677.650. Todos os procedimentos éticos que envolvem pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados. Para preservar o anonimato dos participantes, os recortes transcritos das falas foram identificados pelas iniciais de acordo com a categoria profissional e seguidos por números cardinais conforme ordem de entrevista.

Resultados e Discussão

Condições de Produção

Participaram do estudo 13 profissionais de cinco EqNasf-AB, representados nas categorias profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo, com tempo de trabalho no Nasf-AB mínimo de 1 ano e 8 meses e máximo de aproximadamente 7 anos até o momento da coleta de dados.

Do total, 7 eram mulheres (53,8%) e 6 homens (46,2%), com idade que variou entre 25 e 58 anos, em uma média de 37,8 anos e mediana de 36 anos. A maioria declarava-se de cor da pele parda e estado civil solteiro (61,5%). Em relação ao tempo de graduado, houve variação de 2 a 31 anos, sendo 9 (69,2%) formados em instituições privadas e 6 (46,2%) possuíam pós-graduação em área correlata a saúde coletiva.

O trabalho em equipe no Nasf-AB - um cuidado fragmentado

No que concerne ao trabalho em equipe desenvolvido por essas EqNasf-AB, as marcas textuais que constroem o sentido mais hegemônico nos discursos são: *“cada profissional ele trabalha” (Ps3); “cada profissional [...] vai atender a sua demanda” (As1); “nos chegam com as demandas pra cada área” (As1); “cada um com sua especialidade” (Fo1); “a gente trabalha mais individual do que como equipe” (Fo1)*. Ainda notou-se a ênfase nas enunciações de pronomes no singular: *“eu”; “sua”; “minha”; “mim”*, com grau de pessoalidade discursiva. Dessa maneira, apontam para uma equipe que atua de maneira fragmentada, cujo discurso é o da multiprofissionalidade em que o saber especializado determinará a atuação de cada profissional¹⁵.

Apesar dos discursos dos sujeitos destacarem essa individualização do trabalho dos profissionais no Nasf-AB, há modalizações que colocam em relevo momentos de articulação em equipe: *“reunião de planejamento” (As2), “PTI [Projeto Terapêutico Individual]” (Ps4), “plano clínico de ação” (Nu1); “visitas [...] [com] mais*

de um profissional” (Ps1) que estavam atreladas a condições como “geralmente”, “eventualmente”, “às vezes”, “se necessário”. Essa associação é reveladora de fragmentação do trabalho, mesmo no contexto de atividades genuinamente coletivas.

Em uma equipe multiprofissional podem existir profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuando conjuntamente sem que haja articulação dos trabalhos especializados. Nesse sentido, há dois tipos de equipe: a equipe-agrupamento na qual se visualiza a fragmentação do cuidado; e a equipe-integração, com articulação do trabalho com vista à integralidade nas ações de saúde¹⁶.

A diferença entre o trabalho multiprofissional e o interprofissional é posta nessa relação de fragmentação e integralidade. No primeiro as ações são paralelas, justapostas, e centradas em profissionais específicos; enquanto no segundo há articulação e integração entre profissionais de modo a superar uma atuação parcelada¹⁷.

Agrupar os profissionais em equipe não necessariamente se traduz em uma prática colaborativa, pois a cooperação interprofissional envolve um constante processo de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde para a tomada de decisão, permitindo uma atuação convergente com os diferentes conhecimentos e habilidades dos núcleos profissionais, usuário e comunidade⁶.

Trabalhar em equipe não pressupõe abolir as especialidades profissionais, ao contrário, possibilita a divisão do trabalho com vista à melhoria do serviço prestado, com execução de ações próprias da área de conhecimento, bem como as ações comuns a todos de maneira integrada, concretizando a gestão compartilhada dos processos de cuidado¹⁶.

Para que os profissionais de saúde estejam engajados em trabalhar em equipe sob a lógica do cuidado integral ainda é preciso estratégias que reforcem uma prática colaborativa, sobretudo nos espaços de formação acadêmica, que continuam prezando pelo predomínio do saber poder individual e hierarquizado, garantindo, posteriormente, desigualdades nas equipes e serviços de saúde¹⁷.

Os achados encontrados no estudo em tela corroboram com a literatura que aponta os profissionais do Nasf-AB organizando seu trabalho a partir da centralidade de seu núcleo profissional, fragmentando o cuidado prestado^{18,19}.

Fluxo de Acesso ao Nasf-AB

As demandas que chegam - uma porta aberta

Uma vez que “cada profissional vai atender a sua demanda” (As1), buscou-se compreender o fluxo de acesso para o Nasf-AB. As marcas textuais que apontam como as demandas chegam são: “as demandas que vêm das Unidades de Saúde” (Ps3); “os profissionais que estão lá na frente da Atenção Básica, eles fazem [...] esses encaminhamentos” (Ps3); “referenciado pela UBS [Unidade Básica de Saúde], e/e pelos outros setores também como ação social, educação na escola, são encaminhados, e tem a demanda reprimida [...] de outros municípios [...] São as pessoas que encaminham pra cá” (Ps4); “Às vezes um paciente é encaminhado diretamente pra cá” (Fi3); “a maioria dos casos que nos é encaminhado que teve consulta com o especialista” (Fi1); “vem, assim de órgãos públicos” (Ps3); “às vezes de órgão/ de empresas é... particular, escolas, por exemplo, escolas particulares” (Ps3); “a gente acaba que meio que recebendo é... pacientes diretamente no próprio serviço” (Fi3); “tem demanda livre” (Ps4); “chega de forma espontânea” (As2).

A partir da recorrência dessas marcas, considera-se que essas demandas são “referenciadas”, “encaminhadas” ou simplesmente “recebidas” pelo Nasf-AB, vindas das UBS, especialistas, outros setores, de *alguém*, e de forma livre ou espontânea. Assim, o Nasf-AB é visto como um serviço que atende usuários sem a necessidade de haver origem específica, ou seja, o discurso caracteriza o serviço como “porta aberta” na RAS.

Os documentos de institucionalização do Nasf-AB, definem que o mesmo não é um serviço porta aberta ou porta de entrada do SUS, mas atua de forma integrada a RAS a partir das demandas identificadas em parceria com as eSF, ampliando o acompanhamento longitudinal das eR e fortalecendo a coordenação do cuidado com responsabilização compartilhada entre equipes na prática dos

encaminhamentos, desconstruindo a lógica da referência e contrarreferência existente^{20,21}.

O encaminhamento diretamente para o Nasf feito por *alguém* e sem passar pela UBS também foi realidade num estudo conduzido com usuários em município de médio porte de Minas Gerais²², no qual os autores enfatizaram que o NASF não é porta de entrada e que o fluxo de acesso deve ser proveniente da unidade de saúde local para não fragmentar o cuidado ofertado. Entretanto, a própria deficiência de compreensão do que o Nasf representava e a falta de divulgação sobre suas ações, especialmente pelos profissionais das eSF, geravam equívocos sobre o acesso a esses especialistas e, conseqüentemente, nas percepções dos usuários que ambos serviços não apresentavam ligação.

A tomada de decisão - um regulador de fluxos de acesso

Em relação às decisões tomadas a partir do recebimento dessas demandas estão: *“faz esse atendimento [...] se [...] a pessoa necessita de um atendimento mais especializado [...] eu vou e encaminho” (Fo1); “atuamos também como mediadores das unidades de saúdes pra os serviços de cunho secundário e terciário [...] a gente faz esse intermédio, né!” (Fi3); “a proposta do NASF é justamente fazer essa mediação entre o serviço básico e o serviço mais especializado” (Fi3); “a gente faz esse intercâmbio pra manter o processo de trabalho fluindo” (As2); “ele [usuário] é tratado por nós do NASF, e aí vê se há necessidade [...] há um processo de encaminhamento quando é casos mais específicos, que necessitam de uma atenção mais especializada” (Fi3); “a gente faz aquele tratamento durante aquele período, ele [usuário] retorna ao especialista” (Fi1); “sempre nos meus casos eu tenho que fazer, realizar as visitas domiciliares [...] para fazer os devidos encaminhamentos [...] assistência social, [...] CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] [...] secretaria de assistência social [...] Programa Bolsa Família [...] CREAS [Centro de Referência Especializado em Assistência Social] [...] Conselho Tutelar” (As1); “se não, o NASF não resolver, a gente procura os especialistas que referenciam a gente na rede” (As2).*

Em síntese essas demandas são avaliadas pelos profissionais do Nasf-AB e a depender das necessidades são encaminhadas, ou seja, “a proposta do NASF é justamente fazer essa mediação entre o serviço básico e o serviço mais especializado” (Fi3), com recorrência no discurso a palavras de ligação: “mediação”, “intercâmbio”, “intermédio”, por isso, trata-se de um discurso que vê o Nasf-AB como “regulador” das demandas que o chegam de modo a qualificar os encaminhamentos intra e intersetoriais.

Além disso, nos discursos esses “encaminhamentos” geralmente são feitos de acordo com o núcleo profissional, que mantém o sentido construído da função reguladora do Nasf-AB assim como a fragmentação do cuidado a partir do momento que atuam enquanto equipe multiprofissional.

O Nasf-AB pode assumir o papel de articulador entre eSF e os demais serviços da rede intra e intersetorial a fim de estabelecer fluxos para garantir a integralidade do cuidado na RAS^{23,24}. No entanto, os discursos nesse estudo mostram um Nasf-AB que não recebe ou encaminha as demandas de forma pactuada com a eSF, porém, continua reproduzindo a velha tradição verticalizada da referência e contrarreferência. Além disso, o Nasf-AB aparece como um nível de atenção intermediário entre APS e Atenção Especializada, ora atuando como porta aberta recebendo demandas sem necessidade de origem, ora servindo como antessala da Atenção Especializada, realizando os primeiros cuidados especializados e regulando os fluxos para esse nível de atenção, sem negociação com a eR.

Embora exista uma preocupação dos profissionais do NASF e ESF a respeito de sua relação com diferentes serviços, por vezes, esse diálogo ainda é restrito apenas a encaminhamentos fragmentados por área, onde trocas e ações estão adstritas aos profissionais de acordo com seu núcleo de saber¹⁸, assim como encontrado nos resultados do presente estudo.

O processo de trabalho no Nasf-AB

Integração ESF e Nasf-AB – Relações verticais

Concernente ao processo de trabalho da equipe Nasf-AB, as marcas textuais revelam que: *“a gente se organiza é... através de demandas que vêm das unidades de saúde, e... através das referências que nos são repassadas, né?!”* (As1); *“a gente agenda conforme a demanda”* (Nu1); *“A gente se organiza de acordo com a demanda que chega, tá?”* (Nu1); *“quando nos é solicitado”* (As1); *“e outras demandas que a enfermeira vier a solicitar ou as... os demais componentes da equipe de Saúde da Família”* (Ps1); *“quando é chamado”* (Fo1); *“juntamente quando a equipe de Saúde da Família solicita”* (As2); *“Estratégia de Saúde da Família que vê uma determinada necessidade de intervirmos”* (Fi1); *“quando ele [médico] vê que precisa”* (Nu2); *“nós participamos”* (Fi3); *“a gente participa”* (Fi3).

Evidencia-se assim que essas marcas apontam as demandas recebidas como determinantes da organização do trabalho do Nasf-AB, muito embora, não exista negociação entre eSF e Nasf-AB na articulação desse fluxo de acesso. Conseqüentemente, o Nasf-AB é convocado pela eSF apenas quando veem a necessidade de uma intervenção específica, mediante ficha de referência e contrarreferência ou diretamente pela solicitação do profissional da eSF.

O discurso é de uma relação vertical entre as equipes, no qual o Nasf-AB não é visto como integrante da APS, mas como uma equipe que atua de maneira independente ao trabalho desenvolvido pela ESF, reduzindo-o a ação de “especialistas” que são acionados apenas quando identificada a demanda que convém ao núcleo profissional de interesse, seja esse requerimento assistencial ou educativo, seja na UBS ou em seu território.

Outrossim, são apresentadas modalizações do discurso com momentos de articulação entre eSF e Nasf-AB: *“reunião com a equipe de referência, né?”* (As2); *“fazer uma breve discussão [...] com o profissional que tá me repassando, certo?”* (As1); *“A gente vai juntamente com as Unidades”* (As2); *“Nós [Nasf-AB e eSF] encaminhamos os casos”* (As2), que com uso das interrogações “né?”, “certo?” evidenciam que há uma tentativa do enunciador em obter do receptor uma concordância sobre a mensagem que está sendo repassada, ou seja, que o receptor assinta que o Nasf-AB também desenvolve suas ações em parceria com as eSF.

O trabalho do Nasf-AB está diretamente relacionado ao da eSF, interferindo na dinâmica das duas equipes que terão que delinear suas práticas com base na formação, experiências, integração, características do território e da população adstrita e as condições de trabalho disponíveis^{21,25}.

Agregar outras categorias profissionais na APS por meio do Nasf-AB tem proporcionado benefícios relacionados à ampliação do cuidado ofertado pela ESF, mas que ainda persistem as visões de trabalho individualizado e pouco integrado entre equipes que diante de determinados casos tendem a encaminhar o usuário ao invés de buscar a equipe de apoio na co-gestão do cuidado⁶.

Embora algumas EqNasf-AB desejem um trabalho integrado com as eSF, para outras, essa relação ainda é frágil e inexistente, por motivos que vão da falta do reconhecimento do NASF enquanto apoiador matricial, a própria resistência das eSF em atuar sob essa lógica. Nessa perspectiva, o diálogo é apontado como forma de reorganizar a relação entre esses profissionais na pactuação e corresponsabilidade dos casos¹⁰.

Os resultados aqui encontrados corroboram com essas discussões, trazendo também a lógica dos encaminhamentos e a verticalização das relações entre profissionais de eR e de apoio ainda não superada, reproduzindo o cuidado fragmentado, individualizado e independente entre essas equipes na APS.

A atuação do Nasf-AB – ambulatório de especialidades

Considerando que o texto constrói as demandas determinando a organização do processo de trabalho do Nasf-AB, ainda que seja algo realizado de maneira independente da eSF, buscaram-se então as marcas que apresentassem como esse trabalho está sendo executado: *“ações dentro das unidades” (Fi1); “realização de palestras” (Fi3); “salas de esperas” (As1); “um Novembro Azul, um Outubro Rosa, alguma coisa de Setembro Amarelo” (As1); “Programa de Saúde na Escola” (Ps3); “hiperdias nas UBS” (Fi3); “atendimento na própria Unidade Básica de Saúde” (Fi3); “atendimento coletivo” (Ps3); “fazendo acompanhamento de algum caso” (Fi3); “debate sobre casos clínicos” (Fi3); “campanhas” (Fo1); “visitas domiciliares” (Fo1); “junto ao CRAS [...] com o grupo de gestantes” (Fi1); “em*

parceria com os outros serviços, né? CRAS, CREAS, a creche [...] as demais da redes de serviços a gente também atua” (Ps1).

Por meio do não-dito é possível analisar que os sujeitos apontam essas atividades como algo “não frequente” nas ênfases dadas ao “*algo rotineiro*”, “*pontual*”, “*só*” e “*algum caso*”, até porque outras marcas mostram seu trabalho voltado predominantemente para as atividades assistenciais de saúde, em uma modalidade de “ambulatório”: “*a gente acaba fazendo mais ambulatorial*” (Fi2); “*a gente é assim colocado mais nessa parte ambulatorial*” (Fi2); “*cada dia um é ambulatório*” (Nu2); “*o atendimento é realizado [...] numa modalidade de ambulatório*” (Ps1); “*Atendimento tipo ambulatorial mesmo*” (Fo1); “*a maioria das demandas que chegam na Atenção Básica, é essa demanda ambulatorial*” (Ps2).

A utilização da palavra “ambulatório” ao invés de atendimento individual específico corrobora para esse olhar especializado dos sujeitos sobre o seu trabalho, já que esse vocábulo remete a memória discursiva de um atendimento clínico realizado pelo especialista dentro do consultório, o que difere da proposta do NASF enquanto apoio especializado, mas não ambulatório de especialidades²⁶. Desse modo, o sentido construído é da atuação do Nasf-AB com foco nas atividades assistenciais sobre as demais ações de saúde, pautado no discurso do assistencialismo e distanciando-se do seu propósito de origem.

Alguns sujeitos também referem uma atuação voltada para o desenvolvimento de grupos: “*grupo de hiperdia*” (As2); “*grupos de gestantes*” (As2); “*grupos de idosos*” (As2); “*grupos da ação social*” (As2); “*grupos das demais secretarias*” (As2); “*grupo de saúde mental*” (Ps4); “*grupo de tabagismo*” (Ps4); “*grupo de dores crônicas*” (Ps4); “*grupo de obesidade*” (Ps4). No entanto, o discurso continua sendo o mesmo, como notório no fragmento textual de Ps4:

[...] a gente faz uma anamnese. Primeiro, a gente, na saúde mental, [...] o quê que a gente faz?! Pra MOTIVÁ-LOS a participar dos grupos, a gente inicialmente chama um profissional da área [médico] e aí a gente faz uma palestra, e a partir daí a gente [...] passa a desenvolver uma anamnesezinha com eles e reforça através também de visita DOMICILIARES [...] com o [...] ACS [Agente Comunitário de Saúde], que eles conhecem toda a demanda [...] de ser atendida, [...] e a gente pra reforçar, a gente ainda vai faz a visita domiciliar pra reforçar o convite, incentivar o convite. [...] (Ps4) (com exceção do termo ACS, as demais palavras em caixa alta representam as ênfases dadas pelos enunciadores).

Nesse caso, o sujeito exemplifica a organização do grupo de saúde mental, no qual as enunciações “*anamnese*”, “*anamnesezinha*” e “*atendida*” mostram a realização do grupo mais como uma consulta coletiva, e que há pouca adesão dos usuários já que é preciso “*motivar*”, “*reforçar*” e “*incentivar*” sua participação, ou seja, há um esforço dos profissionais para manter o grupo funcionando.

Quando um grupo é desenvolvido com caráter de consulta coletiva ou simples repasses de informações, uma postura ativa é colocada sobre os profissionais de saúde enquanto detentores do saber. Já o usuário assume uma postura passiva de “paciente”, que tradicionalmente reflete o modelo biomédico com uma prática centrada no atendimento e intervenções dos profissionais e não nas necessidades do usuário, o que pode dificultar sua adesão ao procedimento²⁶.

O discurso dos profissionais do Nasf-AB mostra que o papel do especialista ainda é supervalorizado em detrimento ao apoiador matricial das eR, gerando excesso de demandas assistenciais para esse núcleo assim como constatado em outros estudos^{10,25,27}.

A proposta do Nasf-AB é contrapor-se ao modelo de atenção à saúde tradicional, centrado na assistência curativa, individual, fragmentada, verticalizada e medicalizadora, avançando na corresponsabilização e cogestão do cuidado^{6,7,28,29}. No entanto, os profissionais do Nasf-AB continuam reproduzindo as práticas do modelo de atenção à saúde que se propõem superar^{6,8,24,29}. Da mesma forma, as ofertas verticais de educação em saúde nos grupos refletem uma perspectiva tradicional, ainda centrada no conteúdo e profissional de saúde, e que buscam, por vezes, apenas a mudança de comportamento dos usuários^{8,27,29}.

Insatisfações com o processo de trabalho no Nasf-AB – “o porquê é”

Os dizeres dos profissionais do Nasf-AB sinalizaram também para uma insatisfação com seu processo de trabalho: “[O processo de trabalho] *É um poucooo solto, né?!*” (Fo1); “*deixa muito a desejar*” (Fi1); “*é algo assim, meio “alheio” [...] não há uma sistematização nessa organização do processo de trabalho, é algo que dificulta muito*” (As1); “*precisava de um suporte logístico para os profissionais desenvolverem suas habilidades técnicas*” (Fi1); “*Precisava-se de um cronograma*

e... mapeamento devidamente junto as fragilidades do município de ordem de saúde” (Fi1); “Precisava de uma intersetorialidade com mais eficiência” (Fi1); “precisaríamos mais, também, [...] equipamentos para trabalhar a promoção de saúde, palestras educativas” (Fi1); “a gente não disponibiliza de um carro próprio, pra gente fazer as visitas, aí a gente tem MUITA dificuldade também, pra ir [...] pra zona rural” (As1) (ênfase do enunciador); “um período aqui a gente não tinha carro pra fazer visita, vamos dizer, eu ia de bicicleta, né?!” (Ps2); “como não tem carro [...] a atuação e o atendimento é realizado na policlínica, numa modalidade de ambulatório” (Ps1); “A minha equipe tá bastante desfalcada” (Fi2); “eu tô me sobrecarregando enquanto de repente se contrata, né?” (Ps2); “os contratados não cumprem [horário] e... a questão salarial é bem diferente” (Ps1); “muitos [contratados] não vêm para o trabalho, não vindo pra o trabalho sobrecarrega as demandas” (Ps2); “a gente tem um pouco de uma visão meio que deturbada de algumas Unidades Básicas de Saúde que acham que o serviço do NASF é um serviço mais de cunho terciário” (Fi3).

Tais descontentamentos estão voltados para falta de organização do processo de trabalho, necessidade de recursos humanos e materiais para propiciar uma melhor execução das atividades e também insuficiência de conhecimentos sobre o papel do Nasf-AB. Além disso, há elementos textuais que demonstram sentimentos ambíguos concernentes ao vínculo trabalhista sob o regime de contrato do profissional do Nasf-AB. Se por um lado, o profissional contratado pode ter mais privilégios que o concursado, por outro, esse tipo de vínculo é instável levando-o a subordinação ainda que em situação desfavoráveis, como ser demitido em dezembro e continuar trabalhando como garantia de ser recontratado em janeiro, receber o salário atrasado, ter seu trabalho focado na assistência e a sobrecarga de demandas. Como visto no fragmento textual abaixo:

[...] O que eu vejo assim a gente é cobrado bastante / a gente foge um pouquinho da competência do NASF, a gente acaba fazendo mais ambulatorial. Nem sempre tem um diálogo também com as enfermeiras, com as agentes de saúde, certo?! Então a gente é assim colocado mais nessa parte ambulatorial, até mesmo porque todos que compõem o *NASF* são contratados [...] e isso acaba, assim... é... a gente tem que acatar *né?!* [...] então a gente foge um pouquinho da competência do NASF geralmente pra suprir algumas coisas *aí* de... Ordens *né?!* [...] (Fi2) (palavra grifada alterada para não identificação).

Esse sujeito deixa evidente em sua fala que existe uma “*competência do NASF*” que parte do princípio de uma organização do processo de trabalho com integração entre eSF e Nasf-AB: “*um diálogo também com as enfermeiras, com as agentes de saúde*”, a qual é desviada para cumprir “*ordens*”, focando seu trabalho mais no atendimento ambulatorial.

Dessa maneira, o discurso expressa que existe uma relação de poder da gestão sobre os profissionais do Nasf-AB, sejam esses contratados ou não, com submissão desses a distintas condições de trabalho que fogem a sua autonomia ou desviam o seu propósito, gerando os sentimentos de insatisfação com o processo de trabalho.

Justificativas para o trabalho do Nasf-AB não ser de fato efetuado, conforme disposto nos documentos oficiais, giram em torno da relação com a gestão, eSF e usuários. A gestão por não apoiar as equipes Nasf-AB no planejamento e suporte de recursos adequados. As eSF que por terem dificuldade de reconhecer e aceitar o trabalho do Nasf-AB e demandar apoio sob lógica assistencialista e curativista. E os usuários por valorizarem o modelo de atenção à saúde centrado em procedimentos²⁹.

A tendência do Nasf-AB em reproduzir práticas assistenciais no cuidado reforça a permanência de um modelo de atenção à saúde ainda centrado na clínica e cura. Entre os elementos que levam a essa predisposição estão a falta de apoio da gestão e a manutenção de condições de trabalhos que não propiciam a reorganização das práticas no Nasf, afetando sua articulação com as eSF e fortalecendo o modelo médico-assistencial-privatista do cuidado individual em detrimento da sua principal função: apoiador matricial²⁸.

Ausência de planejamento dos municípios para efetivarem a proposta do Nasf-AB assinala que muitas vezes estão preocupados apenas com o recebimento do recurso do Ministério da Saúde sem, contudo, investir de maneira política, técnica e financeira no programa²⁸. Outrossim, a gestão municipal assume um papel de defensora do modelo de atenção à saúde médico-assistencial-privatista ao especificar a operacionalização do Nasf-AB que pretende implantar⁷.

Insuficiência de recursos materiais e estruturais para o Nasf-AB também foi vista em outros estudos^{24,25,30}. Já o vínculo empregatício estável desses profissionais foi considerado como fator positivo para atuação do Nasf-AB⁸.

A competência do Nasf-AB - “o como deveria ser”

Os sujeitos expõem as insatisfações com o processo de trabalho porque possuem um conhecimento prévio sobre o papel do Nasf-AB – a “*competência do Nasf*”, e evocam os documentos de sua institucionalização para sustentar o seu dizer: “*a cartilha do NASF*” (Ps2); o “*caderno de diretrizes*” (Fi3), o “*protocolo*” (Fi3). Assim, começam a serem construídos os sentidos do “como deveria ser” o processo de trabalho no Nasf-AB através das marcas textuais: “*um trabalho educativo mais do que atendimento ambulatorial*” (Nu1); “*um trabalho precoce mesmo, de NASF*” (Fo1); “*como equipe*” (Fo1); “*fazer uma avaliação, orientar, e depois de quinze dias ou vinte dias ver como é que tá aquele paciente*” (Fo1); “*articulação às vezes com a rede e com o serviço que é do NASF*” (Ps2); “*atendimento individual quando necessário*” (Ps2); “*atendimento compartilhado seja com os profissionais do NASF [...] ou seja com os profissionais da Unidade Básica de Saúde*” (Ps2); “*os grupos*” (Ps2); “*orientando também a equipe da Unidade Básica de Saúde [...] Como intervir, como encaminhar SE NECESSÁRIO pra um serviço especializado. Quando chamar a gente [Nasf-AB] nesse sentido*” (Ps2) (ênfase do enunciador); “*eles [profissionais da UBS] podem tá repassando pra gente através do [...] Projeto Terapêutico Singular*” (Ps2); “*planejar, organizar, realizar projetos terapêuticos singulares, né! Ver realmente como é que tá a situação, fazer um diagnóstico territorial*” (Fi3); “*o NASF ele não serve como porta de entrada pra o usuário e sim como uma... uma mediação entre setores*” (Fi3).

Por meio da metáfora, o trabalho do Nasf-AB deveria priorizar atividades de promoção/prevenção da saúde: “*trabalho precoce*”, “*orientar*”, “*preventivo*”, “*educativo*”, “*grupos*”, mas também podem realizar atividades assistenciais: “*atendimento individual*”; “*atendimento compartilhado [...] com os profissionais do NASF*”, em um trabalho integrado com as eSF: “*atendimento compartilhado [...] com os profissionais da Unidade Básica de Saúde*”, “*orientando [...] a equipe da Unidade*

Básica de Saúde”; “Projeto Terapêutico Singular”, “diagnóstico territorial” e deve auxiliar na articulação entre a APS e demais pontos da RAS: “articulação”; “mediação”.

Esse discurso de conhecimento prévio tenta modalizar os sentidos construídos sobre o trabalho no Nasf-AB hegemonicamente: “fragmentado”, “assistencialista”, “verticalizado” e “porta aberta”; ratifica o sentido de “regulador de fluxos”; e não intervém no sentido de “submisso”, já que continuam dependendo da gestão para execução do seu trabalho mesmo que conforme recomendações ministeriais.

O desafio do “vir a ser” também se mostrava no cotidiano dos profissionais de saúde do NASF do estudo realizado em São Paulo-SP, uma vez que sabiam o que não deveriam ser e estavam prontos para executar o seu papel, mas conviviam com obstáculos que impediam que isso acontecesse³⁰.

Outro estudo trouxe o discurso do Nasf apontando um “deve ser” voltado para o trabalho em equipe e clínica ampliada, corroborando com os pressupostos dos documentos oficiais de institucionalização do Nasf-AB. Apesar disso, concretizar o deve ser, em fazer acontecer, ainda mostrou-se longínquo, visto que o trabalho apresenta-se fragmentado, focado na assistência, e com desvalorização dos espaços de reuniões entre equipes de saúde para pactuação de ações²⁹.

Nesse estudo o “como deveria ser” corrobora com a literatura onde existe um hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real no Nasf-AB, em decorrência de vários desafios no cotidiano dos serviços de saúde, distanciando-o das diretrizes propostas^{24,25}. À vista disso, o trabalho prescrito para o Nasf-AB não é o estabelecido nos documentos (apoiador matricial), mas sim um trabalho ambulatorial prescrito por uma sociedade (gestão, eSF e usuários) que carece de serviços de cunho especializados. E mesmo que os discursos apontem para um “como deveria ser” o trabalho no Nasf-AB, os profissionais de saúde não expõem a questão de ser “apoiador matricial”, caracterizando um silêncio que mostra o desconhecimento teórico e prático sobre a própria metodologia de trabalho^{21,25,28}.

Inserir outros profissionais na lógica da ESF é complexo, pois os sujeitos trazem consigo histórias pessoais e profissionais que remetem a experiências individuais e de formação na construção histórica da profissão e do lugar que

ocupam no sistema produtivo e sociedade. Por isso, o Nasf-AB à medida que busca transformar as necessidades de saúde também é transformado por elas, marcado pelo conflito e possibilidades de novas práticas de saúde que reconstróem uma identidade para esses profissionais³¹.

Assim, evidencia-se nesse estudo o discurso de uma “equipe semimatricial” que prioriza o assistencialismo na sua prática ainda que desenvolva outras atividades¹⁰. Isso reflete as tradições positivistas, biocêntricas e a relação do saber-poder disciplinar que aprisiona o conhecimento em compartimentos voltados à especialidade, com processos de trabalho heterogêneos e fragmentados em campos específicos¹⁵, os quais ecoam no trabalho do Nasf-AB pela maneira limitada que executa suas tarefas sem conseguir avançar no apoio matricial e operando em uma secção de serviços especializados delegados⁷.

Considerações finais

O discurso dos profissionais de saúde do Nasf-AB hegemonicamente apontou para um trabalho em equipe desenvolvido de forma fragmentada, verticalizado na relação com as eSF, e com foco no cuidado assistencial; além de ter um fluxo de acesso que o mostra como porta aberta e regulador de demandas para a rede. Atuam dessa forma por estar, muitas vezes, submissos à gestão que determina a configuração e as condições de trabalho no Nasf-AB e, conseqüentemente, gera insatisfações sobre o processo de trabalho nesses profissionais por terem um conhecimento prévio de como deveria ser seu trabalho a partir dos documentos oficiais de sua implantação na APS.

A fragilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real no Nasf-AB, mesmo depois de 10 anos de criação, ressalta as dificuldades da reorientação do modelo de atenção à saúde no país, prezado ainda por uma cultura assistencial, fragmentada em especialidades e com diálogo vertical entre profissionais; com poucos avanços no apoio matricial enquanto reorganizador do trabalho em saúde por meio do diálogo horizontal, a decisão compartilhada, a corresponsabilização e a cogestão do cuidado na APS.

Nesse estudo apenas os profissionais do Nasf-AB foram ouvidos, por isso, outras pesquisas que proponham analisar o discurso da gestão, eSF e usuários sobre o trabalho do Nasf-AB são recomendados para melhor compreender as potencialidades e impasses da execução desse programa na APS sob outros olhares. Até porque outros fatores podem estar intervindo no trabalho do Nasf-AB como a resistência dos profissionais das equipes de apoio e referência a novas práticas de saúde tal qual o apoio matricial ou a própria gestão e população que ainda não o compreende, carecendo de estudos que se debrucem sobre essas questões.

Os achados aqui refletem tanto a singularidade dos sujeitos participantes como a dos pesquisadores. Dessa maneira, acredita-se que um caminho para aliviar o “como é” e efetivar o “como deveria ser” é a apropriação teórico-prática da “*competência do Nasf-AB*” por gestores, equipes, e comunidade, para que com isso possa solidificar o apoio matricial na APS com aumento da sua resolutividade e concretização da tão almejada integralidade do cuidado.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde; 6 a 12 de setembro de 1978; Alma-Ata, URSS; 1978. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf (acessado em 12/Mai/2012).
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 21 set.
3. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:393-403.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:399-407.
5. Castro C, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis (Rio J.)* 2016; 26:455-481.

6. Matuda CG, Pinto NR, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20:2511-21.
7. Sampaio J, Sousa CSM, Marcolino EC, Magalhães FC, Souza FF, Rocha AMO, et al. O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2012; 16:317-24.
8. Arce VAR, Teixeira CF. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). *Saúde debate* 2017; 41:228-240.
9. Sousa FOS, Albuquerque PC, Nascimento CMB, Albuquerque LC, Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. *Saúde debate* 2017; 41:1075-89.
10. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, Albuquerque LC, Gurgel IGD. Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. *Trab. educ. saúde* 2018; 16:1135-56.
11. Orlandi EP. *Análise de Discurso: princípios & procedimentos*. 8 ed. Campinas: Pontes; 2009.
12. Sousa FGM, Erdmann AL, Magalhães ALP. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: Lacerda AR, Costenaro RGS. editores. *Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá; 2015. p. 99-122.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Souza SAF. *Análise de discurso: procedimentos metodológicos*. Manaus: Instituto Census; 2014.
15. Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev. enferm. UFPE on line* 2013; 7:5944-51.
16. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:103-9.
17. Barros NFD, Spadacio C, Costa MVD. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate* 2018; 42:163-73.
18. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, Castanharo RCT, Oliveira FRL. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo

de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. Mundo saúde (Impr.) 2014; 38:129-38.

19. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis* (Rio J.) 2018; 28:e280310.

20. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 25 jan.

21. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015; 20:2847-56.

22. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Villela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde debate* 2013; 37:233-40.

23. Melo EA, Miranda L, Silva AMD, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. *Saúde debate* 2018; 42:328-40.

24. Macedo MAV, Ximenes-Guimarães JM, Coelho-Sampaio JJ, Pereira-Morais AP, Carneiro C. Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. *Rev. gerenc. políticas salud.* 2016; 15:194-211.

25. Gonçalves RMA, Lancman S, Sznalwar LA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.* 2015; 40:59-74.

26. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

27. Souza TS, Medina MG. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? *Saúde debate* 2018; 42:145-58.

28. Arce VAR, Teixeira CF. Atividades desenvolvidas por profissionais de núcleos de apoio à saúde da família: revisão da literatura. *Trab. educ. saúde* 2018; 16:1443-64.

29. Nascimento AG, Cordeiro JC. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. *Trab. educ. saúde* 2019; 17:e0019424.

30. 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; 47:968-75.

31. Arce VAR. Núcleos de Apoio a Saúde da Família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA [tese] Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2016.

2.3.2 Artigo 2. Concepções e práticas sobre a Saúde do Trabalhador no discurso dos profissionais do Nasf-AB

Resumo

Esse estudo objetiva compreender os significados atribuídos a Saúde do Trabalhador (ST) pelos profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e seus desdobramentos com vista à produção de cuidados no território de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS). A pesquisa qualitativa adotada ancora-se teórico-metodologicamente na Análise de Discurso e foi desenvolvida na 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba com 13 profissionais de saúde do Nasf-AB de distintas categorias. Do discurso emergiram sentidos que atrelam concepções e ações de ST aos conceitos hegemônicos da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, mas que, em alguma medida, reconheceu o trabalho enquanto Determinante Social da Saúde e o trabalhador como alvo de ações do Nasf-AB. Apesar disso, ainda perdura a invisibilidade do usuário-trabalhador para esses profissionais de saúde, os micropoderes que lhes demandam prioridades assistenciais e especialistas, além da inexistente retaguarda técnica para ampliar o leque de ofertas em ST. Ao se reconhecer enquanto trabalhador, os profissionais do Nasf-AB também discursaram sobre os impasses de o trabalhador cuidar e ser cuidado nesse território, ansiando por mudanças. Concluiu-se o modelo biomédico ainda norteia de maneira predominante o discurso dos profissionais do Nasf-AB em ST, direcionando suas práticas para o cuidado assistencial e fragmentado em especialidades.

Descritores: Vigilância em Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Profissional de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Discurso.

Abstract

The main goal of this paper is precisely to comprehend the meanings attributed to Worker's Health (WH) by professionals of Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (Nasf-AB) and its consequences for the production of care in the territory supported by Primary Health Care (PHC). The qualitative research applied is theoretical-methodologically based on Discourse Analysis field and it was developed in the 9th Health Region of Paraíba with 13 Nasf-AB health professionals from different categories. Therefore, from the discourse emerged meanings that chain WH conceptions and actions to the hegemonic concepts of Occupational Medicine and Occupational Health, but to some extent, recognized work as a Social Determinant of Health and the worker as a target for NASF-AB actions. Nevertheless, the invisibility of the user-worker for these health professionals, the micro-powers that demand their care priorities and specialists, as well as the lack of technical back-up to expand the range of offers in WH, still remain. Finally, recognizing as a worker, professionals from Nasf-AB also discussed about the impasses of the worker care and being cared for in this specific territory, longing for changes. In conclusion, it is clear that the predominant biomedical model still guides the discourse of

professionals from Nasf-AB in WH, heading their practices to care and fragmented in specialties.

Descriptors: Occupational Health; Primary Health Care; Health Personnel; Qualitative Research; Discourse.

Introdução

No Brasil, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) foi criada junto com o Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 90, cabendo a esse a responsabilidade pela execução de suas ações em todo o território nacional com vista à garantia da integralidade do cuidado aos usuários-trabalhadores (BRASIL, 1990). Todavia, a atenção à saúde dos trabalhadores no SUS não acompanhou o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde no país. Fato este materializado pela publicação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) ter ocorrido apenas no ano de 2012, embora requerida junto com um sistema público de saúde desde 1986 (LEÃO, 2016).

Por meio da PNSTT foram oferecidas às bases para legitimar e efetivar as ações em Saúde do Trabalhador (ST) no SUS, considerando a transversalidade do campo e o olhar para o trabalho enquanto um dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Entre suas estratégias, a PNSTT aponta para a importância do cuidado aos usuários-trabalhadores na esfera da Atenção Primária à Saúde (APS) pela proximidade desta com os territórios onde os indivíduos vivem e trabalham, representando seu primeiro contato com os serviços de saúde e permitindo um acompanhamento longitudinal, além de organizar e coordenar os fluxos ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que favorece a atenção e gestão do cuidado a população trabalhadora (BRASIL, 2012).

Somado a isso, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) foi instituído em 2008 com finalidade de ampliar a capacidade resolutiva da APS no país através do apoio técnico-pedagógico e clínico-assistencial ofertado por uma equipe de especialistas às equipes generalistas da APS (BRASIL, 2014). Assim, as equipes de APS, em especial, equipes de Saúde da Família (eSF), apoiadas pelo Nasf-AB devem estar preparadas para incluir em sua rotina o trabalho enquanto elemento fundamental da vida e como DSS (DIAS, 2013).

Apesar dessas equipes lidarem cotidianamente com complexas relações trabalho-saúde-doença e ambiente que se desenrolam nos territórios onde atuam, a 'condição de trabalhador' ainda é pouco notada entre os usuários atendidos (SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016). Além disso, observa-se pouco (ou nenhum) conhecimento sobre a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença (MORI; NAGHETTINI, 2016).

Concernente ao Nasf-AB, embora possua o objetivo de dilatar o desempenho da APS, é evidente sua omissão no desenvolvimento de ações voltadas à saúde dos trabalhadores (LACAZ *et al.*, 2013). Se por um lado a diversidade de áreas de conhecimentos das categorias profissionais que o compõem favorecerem a elaboração de propostas direcionadas aos trabalhadores nos territórios da APS, via apoio matricial ofertado às equipes (SOUZA; VIRGENS, 2013), por outro, as diferentes concepções e significados que atribuem à ST podem ser entraves na articulação e incremento dessas ações.

A maioria dos enfermeiros da APS do estudo realizado em Vitória da Conquista-BA relataram que o Nasf apoia no desenvolvimento das ações realizadas pelas eSF, mas consideram que ainda é preciso incluir nesse escopo o olhar para à ST (COELHO; VASCONCELOS; DIAS, 2018). Realidade que compromete o cuidado integral ao usuário-trabalhador e representa um grande obstáculo para a implementação da PNSTT na APS.

Espera-se que os profissionais de saúde das eSF apoiados pelo Nasf possam expandir suas visões e ações sobre o trabalho e usuário-trabalhador nos territórios da APS a medida que desfrutem de condições materiais e pedagógicas para atuar (SOUZA; VIRGENS, 2013). No entanto, não foram encontrados até o momento estudos que se atentaram a ouvir dos profissionais de saúde do Nasf-AB sobre suas percepções e práticas em ST.

Tendo em vista que a ST na APS ainda é recente enquanto política pública de saúde, conseqüentemente, suas ações também podem ser desconhecidas pelos profissionais de saúde, carecendo de atenção e desenvolvimento de estratégias eficazes que possam efetivar a integralidade do cuidado ao usuário-trabalhador no SUS, sobretudo, nos territórios da APS. Em face de tal problemática e percurso da ST, esse estudo objetiva compreender os significados atribuídos a ST pelos profissionais de saúde do Nasf-AB e seus

desdobramentos com vista à produção de cuidados no território de abrangência da APS.

Métodos

Esta pesquisa qualitativa tem por perspectiva teórico-metodológica a Análise de Discurso - AD de origem francesa que procura compreender a língua fazendo sentido, trabalhando na relação língua-discurso-ideologia (ORLANDI, 2009), sendo conduzida no cenário de três municípios da 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba, com os profissionais de saúde do Nasf-AB.

Para acesso ao público-alvo, primeiramente apresentou-se a pesquisa a Comissão da Rede Escola da 9ª Regional de Saúde da Paraíba, a qual o avaliou e forneceu o Termo de Anuência para Pesquisa. Em seguida, contactou-se as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios constituintes da região com o fim de elucidar a proposta do estudo e recolher autorização para seu desenvolvimento no cenário de trabalho do Nasf-AB.

O primeiro contato com as Equipes Nasf-AB (EqNasf-AB) foi realizado via telefone com seus respectivos coordenadores, no qual foi agendado diferentes datas para expor a pesquisa as equipes e realizar o convite a participação conforme disponibilidade dos profissionais.

Dessa maneira, participaram do estudo 13 profissionais de saúde que estavam vinculados às EqNasf-AB a mais de um ano e não exerciam cargos como gerência, chefia ou confiança. O tamanho da amostra foi definido pelo critério de saturação teórica (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2015).

Os dados empíricos foram coletados de novembro de 2018 a fevereiro de 2019 através da técnica de entrevista semiestrutura com base em questões guia (MINAYO, 2014), cujo áudio foi gravado e transcrito para o meio digital. Os recortes transcritos das falas foram identificados pelas iniciais de acordo com a categoria profissional e seguidos por números cardinais conforme ordem de entrevista.

A análise dos dados foi realizada conforme AD proposta por Souza (2014, p. 21) através de três perguntas heurísticas: “1) Qual é o conceito-análise presente no texto? 2) Como o texto constrói o conceito-análise? 3) A que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?”.

Primeiramente, conduziu-se a leitura flutuante do material com formulação das primeiras hipóteses da análise. Por conseguinte, a leitura analítica do texto foi efetuada com aplicação da primeira pergunta heurística, a qual derivou o conceito-análise *a posteriori*: Saúde do Trabalhador. Aplicando-se a segunda pergunta heurística, pode-se observar a construção do conceito-análise a partir de duas subdivisões: 1) relação trabalho-saúde-doença e 2) trabalhador.

As referidas marcas textuais consistiram em: paráfrase (o que se mantém); polissemia (deslocamento); metáfora (transferência); relação do dizer e não dizer (silêncio); e, modalizações (suavizações). Outrossim, destacou-se as condições de produção, pois representam o contexto de elaboração dos discursos (ORLANDI, 2009). Por fim, deferiu-se a terceira pergunta heurística de modo a identificar o discurso de pertencimento do conceito-análise e os sentidos produzidos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP conforme parecer consubstanciado nº 2.677.650, sendo garantida a participação voluntária dos participantes após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Elucidou-se aos participantes que medidas de proteção da identidade seriam adotadas com fim de diminuir os riscos advindos do não anonimato e o uso do material coletado seria utilizado exclusivamente para fins de pesquisa.

Resultados

Condições de Produção

Considerando que discurso não é apenas o que se diz, mas a relação com o contexto de sua elaboração produzindo sentidos, destaca-se as condições de produção do discurso em análise, as quais compreendem os sujeitos e a situação no momento em que foram materializados os dizeres. As condições de produção

podem ter sentido estrito, relacionados aos aspectos de enunciação do discurso, ou sentido amplo, fundamentando-se em aspectos sócio-históricos e ideológicos (ORLANDI, 2009).

Dessa maneira, observou-se que na produção dos discursos dos profissionais do Nasf-AB sobressaíram-se, principalmente, os pontos relativos à formação, experiência profissional e cenário influenciando na sua formulação.

Participaram do estudo 13 profissionais de saúde de cinco equipes Nasf-AB da 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba. Considerando que as EqNasf-AB são definidas de acordo com a necessidade local de saúde (BRASIL, 2017), as categorias profissionais que representaram essas equipes foram: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; e psicólogo. Sete eram do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idade mínima 25 anos e máxima de 58 anos.

Concernente ao tempo de graduado, este variou entre 2 e 31 anos, sendo 9 formados em instituições privadas. A respeito da pós-graduação, destaca-se que 6 possuíam-na em área correlata a saúde coletiva; 5 em áreas voltadas a especialidades clínicas; 3 em áreas relacionadas a gestão pública; 1 em áreas associadas ao direito; 4 em saúde mental; e 1 em docência.

Sobre o tempo de atuação no Nasf-AB, houve variação de 1 ano e 8 meses a aproximadamente 7 anos no período de coleta de dados. Porém, em experiências profissionais anteriores, foram citadas atuações nos ramos do comércio e serviços, como vendas, ensino, e setor público (assistência social, saúde mental, e vigilância em saúde); e em indústrias.

O cenário pode influenciar na maneira como os discursos são produzidos, a partir das características locorregionais dos enunciadores, ou seja, do seu território: *“comparada ao... a onde a gente trabalha no sertão paraibano” (Fi1); “na nossa realidade” (Fi1); “na nossa região” (Fi1); “eu trabalho em cidade pequena, né?” (Fi4); “aqui é município pequeno” (Nu2); “o local onde eu trabalho, uma região [...]” (Nu1).*

As expressões *“a gente trabalha”*; *“eu trabalho”*; *“nossa”* denotam a identificação desse trabalhador com o contexto de elaboração dos discursos: a 9ª Região de Saúde, localizada na região geográfica intermediária de Sousa-Cajazeiras (antiga mesorregião Sertão Paraibano) e constituída por municípios pequenos.

Nesse estudo, optamos por continuar tratando a região geográfica como Sertão Paraibano tendo em vista a memória discursiva da palavra no discurso dos profissionais do Nasf-AB, tratando-se de um cenário do bioma Caatinga, com clima semiárido, poucas precipitações, vegetação com poucas folhas e adaptadas aos períodos de secas, com associação a essa imagem de um lugar pobre e seco e de trabalhos, predominantemente, que necessitam de uso de força braçal (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2018). Então, existe uma relação de força na produção dos dizeres do Nasf-AB, pois o lugar a partir de onde falam os sujeitos é constitutivo do que ele diz (ORLANDI, 2009), que nesse estudo representa: um trabalhador do Sertão Paraibano.

A relação trabalho-saúde-doença

O trabalho como gerador de doenças e acidentes

Em busca de compreender os sentidos atribuídos ao trabalho pelos profissionais do Nasf-AB, observou-se que as marcas textuais construíam o conceito-análise dentro da tríade trabalho-saúde-doença, mostrando que:

querendo ou não, cedo ou tarde, a gente... desenvolvendo uma função e com a prática da mesma ao longo do tempo, seja ela com esforço exacerbado ou até mesmo leve, [...] ele [o trabalho] irá desenvolver algum tipo de... problemática de saúde em nós [...] [os trabalhadores] adotam... hábitos, posturas erradas, trabalham com cargas, pesos exacerbados, que desenvolvem uma série de complicações osteomusculares (Fi1);

o trabalho em si ele tem uma certa propensão a gerar alguns distúrbios [...] patologias que venham a atrapalhar o andamento e a efetividade dele (Fi3);

a questão sobrecarga de trabalho [...] Que o trabalhador ele vem enfrentando, *né?* [...] isso acaba afetando, quer queira, quer não, a saúde *né?* [...] nesse processo de adoecimento do trabalhador (As2);

no local de trabalho, a gente também percebe em relação a outras doenças [...] excesso de peso [...] distensão muscular (Nu1);

quando a pessoa está com algum comprometimento [...] vai apresentar [...] deficiência no seu ATO DE FAZER o trabalho (Ps4) (ênfase do enunciador).

Assim, o trabalho é visto como um “gerador de adoecimentos”, especialmente, as lesões cujo possível nexos está atrelado ao movimento gestual, entre outros, por ser mal executado: “*erradas*”, “*exacerbados*”, “*sobrecarga*”, “*demais*”, “*extensas*”.

Dessa maneira, os discursos estão pautados nos aspectos concernentes tanto da Medicina do Trabalho (MT) como da Saúde Ocupacional (SO), pois a relação trabalho-saúde-doença coloca em relevo o trabalho em função das suas condições de execução e como causa de adoecimentos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O discurso dos profissionais do Nasf-AB, também despontou sentidos sobre a relação trabalho-saúde-doença na perspectiva normalizadora/fiscalizadora do ambiente de trabalho, evidenciado nos fragmentos textuais:

a questão dos cuidados de materiais de trabalhadores, que às vezes acontece muito acidente, em ((determinada cidade)) mesmo aconteceu um acidente por falta do equipamento, que tava trabalhando em construção e aí bateu num fio e o homem faleceu ((pausa com barulho de suspiro)). A orientação sobre esse investimento, quer dizer, algumas é... instituições/firmas não investe nisso (Fo1);

aqui é município pequeno, faz construção, não usa é... protetor, sempre acontece acidente de trabalho [...] Como aqui não tem nada é... fiscalização, não tem nada, aí é dedo cortado, de tudo no mundo e usado de todo jeito (Nu2);

na nossa região temos muitas pessoas que dependem do trabalho, como agricultor, outros do serviços de construção civil, que não tem realmente a devida regulamentação, nem o uso de EPIs [Equipamentos de Proteção Individual], e nem tem realmente o devido acompanhamento até mesmo com suporte dos profissionais da saúde como assim deveria ter, né?! O acompanhamento de perto, né? (Fi1).

O uso das palavras *“materiais”, “equipamento”, “investimento”, “nisso”, “protetor”, “nada [...] dedo cortado”, “usado”, “EPIs”* dizem respeito ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), os quais são trazidos com entonações negativas, ou seja, destacam sua falta. Já as palavras *“fiscalização”, “regulamentação”, “acompanhamento” “suporte”* fizeram referência a uma retaguarda especializada em saúde e segurança do trabalho para garantir a fiscalização adequada nesses ambientes. Ambos os casos são postos como medidas para evitar acidentes relacionados ao ambiente de trabalho. Nota-se então que se trata de um discurso que vê o trabalho como “gerador de acidentes” e que precisa de intervenções pontuais sobre riscos à saúde mais evidentes.

A condição de onde falam é trazida nesses discursos reforçando que por se tratar de municípios de pequeno porte com certa distância da capital, os acidentes de trabalho ocorrem por uma omissão à saúde desses trabalhadores. conforme denunciam os profissionais do Nasf-AB. Pelo “não dito” é possível inferir

que esses sujeitos revelam que, possivelmente, em outros municípios de determinadas regiões isso não é tão comum porque há uma melhor retaguarda especializada fiscalizando os ambientes de trabalho.

Assim, as marcas textuais acima reforçam o trabalho como causador de adoecimento por dificuldades de controle dos riscos inerentes ao mesmo, colocando em evidência outro aspecto: a denúncia das condições de falta de fiscalização e de normalização do trabalho em municípios pequenos ou distantes de polos melhor estruturados em termos da rede de ST, apontando a falta de retaguarda técnica e de fiscalização sobre o trabalho no referido território.

O trabalho enquanto Determinante Social da Saúde

O discurso dos sujeitos também produz sentidos de reconhecimento do trabalho enquanto DSS, reforçados pelos elementos textuais presentes no discurso de Ps3:

[...] antes a gente, quando a gente falava de saúde, a gente tinha uma ideia que saúde era a ausência total de doença, né? E... através dos estudos, de informação, de acesso, há muito conhecimento, a gente ver que não é só isso! Não é só a ausência de doença que caracteriza esse quadro de saúde, né? E sim todo um contexto, né? Que a pessoa [...] está envolvida, né? Que traz essa característica completa, né? Que a gente chama de bio, de processo biopsicossocial, né? Então a saúde ela tá sim é... ligada a vários fatores, como por exemplo é... às vezes você tem um processo de [...] qualidade de vida que, que favorece um bem-estar, nessa relação do profissional com o trabalho, e às vezes há um processo de vulnerabilidade que interfere nesse processo de saúde e doença [...] (Ps3)

O sujeito recorda que hegemonicamente e historicamente a relação trabalho-saúde-doença é marcada pela memória discursiva biologistica: “antes a gente, quando a gente falava de saúde, a gente tinha uma ideia que saúde era a ausência total de doença” (ênfase dos autores), destacando o uso do advérbio de tempo “antes” e das conjugações verbais no pretérito imperfeito do modo indicativo: falava, tinha, era. Porém, aponta para uma mudança dessa concepção pelo uso de outro advérbio: “através”, com evocação da memória discursiva da Organização Mundial da Saúde (OMS) não apenas para conceituar a saúde, pois parafraseia que a saúde “*não é só isso!*”, mas depende de um “*contexto*”, de “*vários fatores*” e traz o

trabalho para compor essa relação, no qual em determinado tempo/momento o trabalho enquanto “*processo de qualidade de vida*” gera um bem-estar (saúde), já em outro momento poderá ser um “*processo de vulnerabilidade*” que interfere (doença), ou seja, é um fator condicionante e determinante da saúde, caracterizando um discurso com um conceito ampliado de saúde.

Em outro discurso também se torna possível observar o trabalho posto nessa relação:

[...] a questão do trabalho, e... e que está diretamente ligado a forma, por exemplo, a forma que você trabalha, “ou não trabalho”, vai implicar [...] no seu estado de saúde, pode até implicar algumas, algumas doenças também [...] (As1).

Quando o sujeito diz a “*forma que você trabalha, ou não trabalho*”, mostra que não é apenas o fato de trabalhar que implica no processo saúde-doença, mas também o de não trabalhar, já que outros determinantes podem interferir nesse processo advindo do fato de não ter emprego, atribuindo sentidos ao trabalho enquanto DSS, por sua presença ou ausência.

Destarte, as condições de produção formação e experiência profissional aqui expõem sentidos, uma vez que os assistentes sociais e alguns psicólogos acabaram por produzir um discurso com esse olhar mais ampliado sobre o processo saúde-doença. As demais profissões ainda mantêm o discurso com ênfase na causa-efeito dentro da perspectiva da clínica, do mecanicismo e do adoecimento.

Que trabalhador?

“Ser” trabalhador do Nasf-AB

Para compreender os sentidos atribuídos ao trabalhador pelos profissionais do Nasf-AB, convém lembrar o local de onde falam: um trabalhador dentro de um território de saúde no Sertão Paraibano. Nesse sentido, outras marcas textuais constroem como o trabalhador do Nasf-AB se enxerga nesse contexto: “*eu já tenho uma vivência muito ampla com Atenção Básica, com saúde do trabalhador, até porque também eu sou trabalhador [...]*” (Ps3); “*todos nós [...] estamos expostos a termos agravos relacionados até mesmo a nossa saúde, enquanto trabalhador*”

(Fi1); “No NASF [...] passamos por situações de estresse no trabalho, [...] e pode até desencadear algum tipo de... transtorno ou algum tipo de doença” (Ps1); “a gente vê a necessidade que nós trabalhadores ainda precisa ser assistido também, né? Que muitas vezes a gente só assiste, né?”(As2); “como é que eu cuido da saúde alheia se eu não tou cuidando da minha?” (As1); “A gente cuida da saúde dos outros mais não cuida da nossa, muitas das vezes” (Ps2); “[o Estado] Desse condições, mais condições pra o trabalhador de saúde, cuidar do trabalhador lá fora, mas também condições dos próprios cuidadores de saúde, serem cuidados” (As2).

Ao assumirem a posição de trabalhador, esses sujeitos discursam que também estão sujeitos a agravos de saúde como outros trabalhadores. Além disso, dão ênfase a palavra “*cuidar*” como centro do trabalho, seja recebido, seja ofertado. Não há como cuidar do outro, se o próprio trabalhador da saúde não está sendo cuidado.

Nesse sentido, o trabalhador do Nasf-AB reativa a questão da retaguarda técnica para os trabalhadores nessa região de saúde, com ênfase agora no seu próprio contexto de trabalho. No discurso do sujeito As2 há uma responsabilidade imposta ao Estado pelo suporte para os profissionais do Nasf-AB desenvolverem ações em ST ao mesmo tempo em que deve fornecer meios para que esse trabalhador de saúde também seja alvo de ações de ST: “o *cuidar do cuidador*” (As2). Ademais, o uso da interrogação “*né?*” em seu discurso reforça a necessidade de obter do receptor da mensagem a concordância sobre isso, ou seja, que o profissional do Nasf-AB é um trabalhador e como tal também deve ser assistido em termos de ST.

Os trabalhadores no território: sobre ver e não poder enxergar

Os sujeitos também assinalam o reconhecimento de outros trabalhadores no cuidado em saúde, através das marcas textuais: “*Nessa questão de saúde do trabalhador. [...] no comércio lá, com os professores e com os próprios funcionários da Saúde, da atenção básica.*” (Fi4); “*TEM CASOS ASSIM de próprios profissionais aqui da Secretaria de Saúde*” (As2) (ênfase do enunciador); “*uma reunião de Unidade Básica de Saúde e eles estão naquele nível de estresse! [...] E às vezes a*

unidade [eSF] ela solicita [o cuidado]” (Ps2); “Eu trabalho o perfil do estatal, o do servidor público é um trabalhador [...]” (Nu1); “agricultores, que devido o trabalho braçal ou até mesmo com muito carga, muito peso, enfim, acaba traze[ndo]/ sendo acometido de alguma patologia a nível de coluna, a nível de ombros, né?” (Fi1); “[...] esse que falou era pedreiro, aí ele dizia que tinha que subir, descer e ((suspiro)) por um lado tava se sentindo cansado por causa do cigarro, e se parasse de fumar tava com medo de ficar gordo e pra subir e descer escada?” (Nu2); “já peguei um paciente que... que é um cabeleireiro e tinha uma lesão no ombro, certo?!” (Fi2); “a gente todos os dias, a gente tá atendendo trabalhadores diversos, de diversas empresas, que vem de fora, é... pessoas que são viajantes, que trabalham é... vendendo de porta em portas, então a nossa relação com essas pessoas ela é muito ampla” (Ps3); “As demandas que me chegam, que a maioria das pessoas, infelizmente, são aquelas que “não tem trabalho” né?!” (As1).

Nos discursos são citados trabalhadores de diversos segmentos: “agricultor”, “pedreiro”, “professor”, “profissional de saúde”, “servidor público”, “comerciante”, “vendedor ambulante”, “autônomo” e o “sem trabalho”. Por esse ângulo, o trabalho é apontado como um produtor de demandas para o Nasf-AB, exemplificado com trabalhadores que representam os setores formal e informal da economia, bem como os que não possuem emprego.

Outrossim, nota-se que além de “ser” trabalhador, os profissionais do Nasf-AB consideram que atendem aos “usuários-trabalhadores”, assim como a outros “trabalhadores da saúde”. Esse último caso, diz respeito aos profissionais de saúde das próprias eSF, que também são público-alvo do trabalho do Nasf-AB e carecem de ser cuidados enquanto trabalhadores.

Entretanto, outras marcas constroem que o usuário-trabalhador ainda é invisível aos olhos dos profissionais do Nasf-AB:

[...] que venham até mim, até a minha pessoa porque teve problema no trabalho, porque o trabalho é condição pra aquela patologia, não [...] ela me relata que não gosta do trabalho, não tá satisfeita no trabalho, **mas** é lógico que não é o trabalho que é a condição pra ela ter ganhado peso, [...] **mas** que seja o trabalho a condição pra desencadear na saúde, como ocorre talvez em um ambiente insalubre é com mofo, ou seja, condições físicas, químicas, microbiológicas, nunca atendi (Nu2).

A gente, vêm com... com outro, com sintomas, assim **talvez** dentro do contexto, *né?* É um estresse, que é a depressão, entendeu? Como um rapaz que, por exemplo, perdeu o emprego, então ele queria por fim a vida dele, *né?* [...] **Mas**... de forma nenhuma chega essa demanda [...] dentro do

contexto de saúde do trabalhador, **talvez** como esteja lá, [...] não, **mas** de forma indireta, acho que... a gente termina fazendo alguma coisa eu acho, sem nem perceber que tá fazendo (Ps2).

[...] o AVC [Acidente Vascular Cerebral], quando ele é investigado realmente às vezes pode se dá um pouco relacionado à questão de estresse no ambiente de trabalho, *né?* **Mas** não é tão comum a gente perceber pra cá o AVC pelo que eu [...] coletei [...] (Fi3);

“Não é que a gente não recebe *né?! É* assim, **talvez** até a gente receba, só que [...] o profissional que faz o encaminhamento ele não consegue identificar que aquela... aquela doença está relacionada ao trabalho do paciente *né?!*” (Fi2) (ênfases dos autores).

Os sujeitos relatam que não recebem demandas de saúde do trabalhador ao mesmo tempo em que citam casos já atendidos, com uso de advérbios que enfatizam dúvidas e contradições, além das interrogações que novamente buscam uma concordância do receptor sobre a mensagem. Assim, há uma dicotomia discursiva, na qual os profissionais atendem trabalhadores, mas não conseguem identificá-lo como ST exatamente pela demanda chegar para o Nasf-AB com outras especificações: “*estresse*”, “*depressão*”, “*AVC*”, “*excesso de peso*” e não “*doença relacionada ao trabalho*” ou “*no ambiente de trabalho*”.

Estratégias para o cuidar do trabalhador: assistir sim, vigiar não

Como o discurso dos profissionais do Nasf-AB mostra-se dicotômico, marcas textuais constroem como o cuidado é ofertado a esses trabalhadores quando identificada a demanda como ST:

[...] de antemão [...] a gente identifica [...] qual a profissão que ele realmente tem, pra a gente ver se tem um correlação com o quadro que apresenta, a partir de então [...] ele vai ser orientado de antemão ao afastamento, ou redução dessas atividades, ou correção de hábitos, posturais, ou enfim, é... de forma que ele não precise abandonar esse posto, esse trabalho (Fi1);

Na saúde daquele trabalhador, na perspectiva do... do trabalhador dentro do seu instrumento de trabalho, *né?* Índice de rendimento e progressão, *né?* Dentro da... da relação dele com aquela empresa, enfim, é... o... o serviço social ali também atuando, a fisioterapia levando seus conhecimentos sobre a questão da postura, o educador físico com a responsabilidade de levar ideias [...] de exercícios, *né?* E a psicologia buscando essa relação pessoal e interpessoal, *né?* Desses processos de trabalho [...] a gente recebeu uma demanda, vindo daqui da... ((pausa)) da UPA [Unidade de Pronto Atendimento], *né?* [...] a gente foi lá na casa dessa pessoa e ele é um trabalhador e muitas vezes ele quando se sentia mal que vinha para UPA, é... acabava que refletindo no trabalho dele e a gente foi fazer essa investigação e tudo... fez todo acompanhamento, *né?* O serviço social e a psicologia [...] (Ps3);

Quando a gente fala, até mesmo com os professores a gente faz uma palestra, né? [...] Tipo... eu faço uma palestra pra desvios posturais né? [...] pessoal da atenção básica pegou mais a parte da psicologia, né? Da sobrecarga, essas coisas, ele entreviu. [...] no comércio a gente usou a panfletagem e intervindo cada profissional, né? (Fi4);

quando chega demanda, que é muito raro vir diagnosticado, que geralmente é uma doença relacionada ao trabalho, a gente vai e faz orientações em domicílio mesmo (Fi2);

Aí a gente percebe, geralmente o paciente tá com uma lesão que necessita de atendimento mais especificado ((falou rindo)), né?! Geralmente ele tá necessitando de algum aparelho que possa ser utilizado no quadro álgico dele para eliminar a dor [...] aqui no NASF a gente não tem nenhum recurso que possa diminuir ou amenizar o sofrimento desse paciente, então a gente encaminha para o centro de reabilitação (Fi3);

[...] Faço anamnese, avaliação e tratamento, CLÍNICO, e vejo se ele está sendo acompanhado por outros profissionais, se não faço o encaminhamento também! (Fo1) (ênfase do enunciador).

Através dos discursos, evidencia-se que os profissionais do Nasf-AB no cuidado ao trabalhador realizam atividades educativas; assistenciais, ambulatoriais e domiciliares, individuais ou compartilhadas; e os encaminhamentos. O processo parafrástico indica uma fragmentação no desenvolvimento dessas ações, discurso que embasa a ação de juntar diferentes núcleos profissionais em uma equipe, mas não integra suas ações.

Por haver esse foco na especialização dos profissionais de saúde do Nasf-AB, hegemonicamente, as atividades assistenciais estão sobrepostas as de promoção e prevenção da saúde, especialmente as de reabilitação. Quando se identifica uma visão mais integral sobre o trabalho, essa tem a ver com uma produção de discurso que passa pelas propriedades da formação acadêmica e experiência profissional com ênfase no social, como o discurso do sujeito Ps3:

[...] a gente foi fazer o atendimento, ela *tava* com ideação suicida, né? Então foi uma preocupação muito grande, a gente foi feito todo um... um monitoramento, [...] além do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] a gente encaminhou ela pra uns cursos que o município também oferece, curso de corte e costura, e encaminhamos pra um curso também de pintura, e hoje essa pessoa ela, hoje [...] nesse atendimento que a gente foi fazer, foi verificado que essa pessoa já *tá* com encomendas de produtos, né? [...] ela pinta, ela faz... [...] trabalhos muitos... muito bonitos né? E... e ela *tá* tendo uma recuperação, assim, muito legal, bem interessante, através [...] de todo esse acompanhamento mas, sobretudo, do seu trabalho, né? Assim, [...] da competência que essa pessoa tem, ela tem um dom, e a gente *tá* tentando potencializar esse dom e isso deixou a gente muito/extremamente feliz, satisfeito com esse trabalho, porque a gente vê quando a gente quer, quando a gente se preocupa, quando a equipe acredita no trabalho que faz, né? [...] (Ps3).

Assim, os sentidos produzidos no discurso acima são da oferta de um cuidado integral ao usuário-trabalhador que não tinha um emprego, cuja ocupação deu um novo sentido para si, impactando positivamente no seu estado de saúde-adoecimento.

Dessa maneira, embora os discursos predominantes estejam voltados para o adoecimento, a assistência e a especialidade da concepção a ação de ST, o discurso do sujeito Ps3 produz outros sentidos, destacando-se com reconhecimento do “ser” trabalhador pelo sujeito, o trabalho enquanto um DSS e ainda atua nessa perspectiva ampliada de saúde.

Os silêncios no discurso do Nasf-AB também falam muito sobre esse cuidado ofertado. Primeiramente, silenciou-se a integração Nasf-AB e eSF no desenvolvimento de ações de ST, na qual se vê um muro posto entre equipes que por meio de algumas frestas permite um intercâmbio a respeito da ST, especialmente quando se trata da demanda de saúde dos trabalhadores da própria eSF, mas não para partilhar a oferta de serviços aos usuários-trabalhadores assistidos. Segundo, são silenciados aspectos concernentes a VISAT, testificando possível ausência de conhecimento ou ação efetiva da mesma nesse território.

Discussão

Os discursos sobre a ST têm por base a relação trabalho-saúde-doença que ora se aproxima das noções da MT e da SO e ora dos DSS, com forte influência das condições de produção que forja uma identidade desse profissional do Nasf-AB para si e para os outros, mediada por três forças distintas que incidem e moldam suas práticas em termos de ST: 1) a força da demanda individual do usuário, prioritariamente, em busca de assistência clínica e reabilitadora; 2) a força da eSF que não compartilha com o Nasf-AB a oferta de cuidados aos usuários-trabalhadores mas requer desses profissionais abordagens clínicas e especializadas; e 3) a força da gestão que não fornece suficientemente meios para que ações de ST possam ser desenvolvidas. Assim, os trabalhadores do Nasf-AB conformam uma atuação predominantemente assistencial e especialista desarticulada de outras ações de promoção, prevenção, e vigilância em ST,

denunciando nesse percurso a falta de retaguarda técnica e de fiscalização para agir em ST.

Nos sentidos produzidos sobre trabalho e trabalhador os discursos pautam-se em dois Modelos de Atenção à Saúde: o Biopsicossocial e o Biomédico. Enquanto o primeiro se ocupa em identificar fatores que levam as pessoas a adoecerem, enquanto determinantes nos quais se pode intervir com promoção e prevenção da saúde; o segundo ainda compartilha da visão mecanicista do ser humano, centrado na doença/agravo com intervenções pontuais (FERTONANI *et al.*, 2015) e, no presente estudo, sobre os enfoques da MT e SO com olhar para o trabalho como gerador de acidentes e doenças e para o trabalhador como objeto de suas intervenções (DIAS; HOEFEL, 2005).

O Nasf-AB possui papel crucial na transformação das práticas de saúde na APS de modo a provocar mudanças no Modelo de Atenção à Saúde. Entretanto, superar o Modelo Biomédico ainda é um desafio posto para esses profissionais de saúde (ARCE; TEIXEIRA, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2018) e, no campo da ST, especialmente, pela falta do reconhecimento mais abrangente dos problemas decorrentes da relação trabalho-saúde-doença (MORI; NAGHETTINI, 2016; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016).

No estudo em tela, reconhecem-se avanços neste sentido, pois alguns profissionais do Nasf-AB, marcadamente psicólogos e assistentes sociais, conseguiram enxergar o trabalho como um DSS, porém ancorado em sua formação de base que, provavelmente, apresenta forte carga de discussão das questões sociais e aponta para a necessidade de outras práticas de cuidados ao trabalhador em uma perspectiva ampliada de saúde dentro de um Modelo Biopsicossocial.

Historicamente, as abordagens concernentes à relação trabalho-saúde-doença contemplam os marcos referenciais da MT, SO, e ST. Todavia, a ST rompeu com essas concepções hegemônicas que estabeleciam um vínculo causal entre doença e agente específico (MT) ou a um grupo de fatores de risco (SO) presentes no ambiente de trabalho (MENDES; DIAS, 1991). Isso porque a ST é um campo de práticas e saberes que coloca o trabalhador no centro da tríade trabalho-saúde-doença, como coparticipante de ações que visam à integralidade da sua saúde – biopsicossocial, e não apenas como objeto de intervenções pontuais e específicas – biomédica (DIAS; HOEFEL, 2005).

Concepções sobre trabalho-saúde-doença que fundamentaram as visões de enfermeiros da APS sobre ST em Mossoró-RN também estiveram ancoradas, predominantemente, na SO e MT, com centralidade na doença e com ações voltadas a reabilitação do trabalhador, as quais, de acordo com os autores, não permitem o empoderamento dos trabalhadores para melhorias das suas condições de trabalho (EVANGELISTA *et al.*, 2011).

Além disso, o entendimento sobre o trabalhador como sendo o próprio trabalhador da saúde nas falas de profissionais das eSF não propiciou reconhecer no outro um trabalhador (EVANGELISTA *et al.*, 2011; MORI; NAGHETTINI, 2016), resultados semelhantes aos achados nesse estudo.

No entanto, mesmo que os resultados aqui encontrados tenham mostrado discursos conflitantes pautados em diferentes Modelos de Atenção à Saúde e trazerem o trabalho ainda sob perspectiva primaz da MT e SO, consideramos que em seu âmago despontou sentidos da ST pelo fato dos profissionais do Nasf-AB se reconhecerem enquanto agentes desse processo, expondo noções sobre a relação trabalho-saúde-doença em seu contexto de trabalho e o cuidado que devem receber enquanto trabalhador, aspirando mudanças inda que a luta pela transformação do seu processo de trabalho seja tênue. Por isso, torna-se crucial entender melhor essa questão do sujeito e identidade, já que trazem consigo experiências acadêmicas e profissionais capazes de repercutir em suas identidades profissionais, potencializando ou limitando seu trabalho (ARCE, 2016).

Segundo Dubar (2005) a identidade é uma construção social que pode ocorrer por meio de dois processos: atribuição (quem és para o outro) ou pertencimento (quem és para si). De modo a reduzir discrepâncias entre ambas, os sujeitos vão criando estratégias de negociação e de construção conjunta da identidade. Por um lado, em uma vertente relacional, ajustam a identidade para si e a identidade para os outros, nas nuances do almejado por si as relações de força implicadas pelos outros dentro de um sistema de ação. Por outro lado, uma vertente biográfica, aponta para a subjetividade, da identidade herdada de identificações anteriores e a identidade pretendida no futuro, para assimilar a identidade para si e para os outros.

Na constituição da identidade do “trabalhador do Nasf-AB” foi possível observar as influências da própria formação e experiência profissional (vertente

biográfica), assim como contexto de trabalho (vertente relacional) que implicam no modo como os profissionais de saúde discursam sobre a ST na APS.

Sobre a formação e experiência, o discurso trouxe-as como eixo orientador das concepções atribuídas ao trabalho dentro da tríade trabalho-saúde-doença que também impactam no desenvolvimento da prática do Nasf-AB, para alguns, voltado ao cuidado fragmentado (biomédico) e para outros, ao cuidado integral (biopsicossocial), assim como constatada na literatura (DIAS, 2013; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016; COELHO; VASCONCELOS; DIAS, 2018).

A respeito do contexto de trabalho, foi possível observar no discurso dos sujeitos a noção de território, pois eles destacaram as peculiaridades do mundo do trabalho no cenário onde exercem as suas atividades laborais, apontando-o como produtor de demandas para o Nasf-AB embora não seja alvo de suas intervenções. Para Santos e Rigotto (2011) o trabalho no território de saúde por si já traduz demandas concretas baseadas nas reais necessidades de saúde da comunidade e que são capazes de redimensionar concepções e práticas das equipes da APS.

O trabalho enquanto gerador de adoecimentos e acidentes exige do Nasf-AB intervenções pontuais especializadas, predominantemente, clínico-assistenciais (DIAS *et al.*, 2009; PESSOA *et al.*, 2013), e a falta retaguarda técnica-pedagógica não permite a ampliação desse leque de opções (LOURENÇO; LACAZ, 2013; SILVA *et al.*, 2014). Com isso, os profissionais do Nasf-AB apresentam dificuldades de enxergar esses “trabalhadores” como “usuários” do serviço de saúde, sendo atendido sob diversas outras perspectivas e invisível enquanto trabalhador (PESSOA *et al.*, 2013; MENDES *et al.*, 2015; SILVA; FERRAZ; RODRIGUES-JÚNIOR, 2016).

É possível questionar até que ponto esse trabalhador permanece invisível para o Nasf-AB, já que reconhecem o trabalho como produtor de demandas, mas o trabalhador apenas como aquele com especificações diretas de agravos relacionados ao/no trabalho. Dias e Silva (2013) consideram que antes da implantação do trabalho das equipes de APS em dado território, deve ser realizada o diagnóstico local de situação e que este contemple as questões de ST, como as atividades produtivas desenvolvidas e os trabalhadores que residem/trabalham ali. Dessa maneira, as equipes podem planejar e executar as ações de saúde voltadas a população trabalhadora.

Todavia, muitos profissionais de saúde das equipes de APS desconhecem ou não participam do mapeamento dos processos produtivos de seus territórios (AMORIM *et al.*, 2017), dificultando também o reconhecimento do trabalhador e o desenvolvimento de ações de saúde integrais (DIAS; SILVA, 2013). E ainda que reconheçam a importância do trabalho para saúde, tais ações podem ser apenas pontuais ou mesmo inexistentes (SOUZA; VIRGENS, 2013) com hegemonia das assistenciais sobre as de promoção e prevenção à ST (BALISTA, SANTIAGO; CÔRREA-FILHO, 2011; SILVA; DIAS; RIBEIRO, 2011; DIAS; SILVA, 2013; BASTOS-RAMOS; SANTANA; FERRITE, 2015) como evidenciados no presente estudo.

O que sabemos sobre território não inclui ainda sua capacidade de moldar a identidade do “trabalhador do Nasf-AB”, tampouco nos debruçamos sobre o quê à camada do discurso sobre o território revela, mas se percebeu como os discursos sobre o território, no estudo em tela, despontaram denúncias importantes quanto à falta de retaguarda em vários níveis de cuidado, revelando o descaso com a saúde dos trabalhadores no Sertão Paraibano.

É preciso analisar a genealogia dessa desconsideração e nesse sentido reconhecer as forças que agem sobre a construção da identidade do “trabalhador do Nasf-AB” e que em alguma medida produzem modos de discursar sobre o próprio agir.

O poder tradicionalmente foi concebido de forma centralizada, mais especificamente pelo Estado, enquanto órgão de autoridade maior (Macro poder). Porém, para Foucault (1979), o que se percebe nas sociedades atuais é um fenômeno de descentralização desse poder para uma esfera local, exercido pelas pessoas, órgãos, sindicatos (Micro poder), as quais atendem melhor as necessidades e também podem gerar formas de opressão pelo próprio despreparo para exercer esse poder.

Nessa perspectiva, não é contraditório os silêncios encontrados nos resultados dessa pesquisa. O Nasf-AB trata-se em sua maioria de uma equipe de especialistas com formação e experiência voltada para o Modelo Biomédico (identidade herdada), cujo contexto de trabalho facilita uma atuação pautada nesse modelo.

A relação de poder estabelecida sobre o Nasf-AB nesse cenário aponta para uma gestão que incentiva e cobra ações de assistência e não oferece mecanismos e retaguarda de fiscalização e vigilância necessárias; eSF que encaminham e requerem do Nasf-AB ações assistenciais-especialistas; e, por fim, os usuários que são estimulados a buscarem no Nasf-AB o especialista que olhe para sua doença/agravo. Assim, colocam o Nasf-AB no lugar da atenção especializada inexistente em muitos municípios brasileiros (ARCE; TEIXEIRA, 2017; SOUZA; MEDINA, 2018).

Considera-se ainda a existência de um interesse por trás da produção assistencial do Nasf-AB que evidencia um mercado ditador dos meios de produção de bens e serviços que exige desses profissionais um perfil condizente com o esperado pela sociedade que valoriza os ensejos de uma prática tradicional curativa de consumo de produtos, procedimentos e serviços e resiste a novos modelos de produção de saúde.

Por isso, são silenciados pelo Nasf-AB ações que redimensionem a relação com as eSF a respeito da ST e que tragam a pauta a questão da VISAT, pois o ser “trabalhador do Nasf-AB” de município pequeno no Sertão Paraibano, impõem uma identidade para os outros de especialista apenas, pois assumir para si e para os outros uma identidade voltada para a promoção e vigilância requer uma retaguarda técnica-pedagógica que não se dispõe e um modo de fazer que contraria interesses dos micropoderes constituídos na região e que se conformam como poderes políticos em última instância.

Sobre a VISAT ainda é preciso destacar que a última Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (IV CNST) realizada em 2014 apontou para a regionalização das ações de ST, especialmente com implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) regionais para uma melhor aproximação com a realidade dos trabalhadores (BRASIL, 2015). Mas, não há CEREST na 9ª Regional de Saúde do estado da Paraíba, sendo a região coberta pelo CEREST Macrorregional localizado a mais de 150 km e responsável por cerca de 88 municípios. Então, os profissionais do Nasf-AB silenciam ao mesmo tempo em que denunciam a falta de retaguarda técnica do CEREST por ela não existir ou não conseguir dar o suporte necessário para os profissionais do Nasf-AB executarem as ações de ST em seus territórios, evidenciando as dificuldades de implementação da

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST nos municípios de pequeno porte.

Novos caminhos, porém, são apontados no presente estudo, uma vez que o discurso de identificação “ser trabalhador do Nasf-AB” conseguiu recuperar os pressupostos da ST, em um contexto de reconhecimento e desejo de transformação - cuidar e ser cuidado, mostrando que em um fio que o Nasf-AB pode contribuir na integralidade do cuidado prestado aos trabalhadores da APS (identidade pretendida), desde que desfrute de condições e recebam a qualificação para atuar (SOUZA; VIRGENS, 2013).

Considerações Finais

O discurso dos profissionais do Nasf-AB apontou para uma compreensão de ST atrelada ainda aos conceitos hegemônicos da MT e SO, na visão do trabalho dentro da relação trabalho-saúde-doença como um gerador de adoecimentos e acidentes, as quais assinalam a supremacia do tradicional modelo biomédico que valoriza o biológico, a especialidade e a reabilitação do trabalhador. Entretanto, o trabalho enquanto DSS também foi evidenciado, em uma perspectiva ampliada de saúde que revela uma reorientação de concepção trabalho-saúde-doença dentro de um modelo biopsicossocial.

Nos sentidos atribuídos ao trabalhador, houve uma identificação do trabalhador do Nasf-AB com esse “ser trabalhador”, assim como o reconhecimento de outros trabalhadores de saúde e usuários-trabalhadores como público-alvo do trabalho no Nasf-AB. Apesar disso, a invisibilidade do usuário-trabalhador está presente nos discursos por não receberem a demanda com especificações de ST, um conjunto de forças que agem para que a prioridade dada seja clínico-assistencial, e a falta de retaguarda técnica-pedagógica para ampliar sua atuação.

Destarte, as condições de produção influenciaram na produção dos discursos. A trajetória acadêmica e profissional direcionaram as percepções e práticas em ST sob as nuances dos dois modelos de atenção à saúde referidos. Já o cenário revelou uma noção território com o qual o “trabalhador do Nasf-AB” se

identifica ao mesmo tempo em que denuncia todas as dificuldades de ser trabalhador e atuar em ST dentro dele.

O discurso sobre a ST é contra hegemônico porque traz o trabalhador para o centro do processo saúde-doença como alguém capaz de decidir sobre a sua própria saúde. Ao se reconhecer nesse espaço de luta, resistência e anseio por mudanças, o trabalhador do Nasf-AB mostrou que no cotidiano vivencia a ST em busca de uma nova identidade, embora suas concepções teórico-práticas ainda estejam fundadas em uma identidade herdada de experiências anteriores e coniventes com o local onde atuam.

Aponta-se para a necessidade de novas pesquisas que avaliem a questão da identidade do profissional de saúde do Nasf-AB, uma vez que ser apoiador matricial ainda é uma estratégia recente na APS, o que pode gerar conflitos com a identidade especialista originária da profissão. Além disso, é preciso aprofundar a compreensão sobre a ascendência dos territórios de saúde na formação da identidade desses profissionais.

Não obstante a isso, essa pesquisa denuncia ao mesmo tempo em que propõe um urgente diálogo VISAT-APS na 9ª Região de Saúde do estado da Paraíba. Pois para superar as primazias da MT e SO é preciso conhecimentos sobre a VISAT e RENAST, de modo que o Nasf-AB possa reconhecer a ST, realizar a VISAT, apoiar as eSF na elaboração de propostas voltadas aos trabalhadores de seus territórios, receber o apoio do CEREST para atuar, e assim, de fato, garantir a visibilidade dos trabalhadores e efetivar a utopia da integralidade do cuidado ao usuário-trabalhador na APS.

Referências

AMORIM, L. A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 3403-3413, 2017.

ARCE, V. A. R. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA.** 2016. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 228-240, set. 2017.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 216-226, 2011.

BASTOS-RAMOS, T. P.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 641-650, 2015.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final - 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília-DF, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf> Acesso em 16 de jul. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p.583-604, 2018.

DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. L. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013

DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.69-80, 2013.

DUBAR, C. **A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EVANGELISTA, A. I. B.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V.; SARAIVA, A. K. M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 1011-1020, 2011.

FERTONANI, H. P. *et al.* O modelo assistencial: conceitos e desafios para a atenção básica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, junho de 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018. **Biomás.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/94-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-territorio/1465-ecossistemas.html?Itemid=101#caatinga>> Acesso em 01 de set. de 2018.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, 2013.

LEÃO, L. H. C. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3927-3936, 2016.

LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 44-56, 2013.

MENDES, J. M. R. *et al.* Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 194-207, 2015.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 406p.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13 (supl. 2), p. 21-32, 1997.

MORI, E. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 25-31, 2016.

NASCIMENTO, C. M. B. *et al.* Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.135-1.156, set./dez. 2018.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S. A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, n. e16, 2016.

SILVA, T. L. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 18, p. 273-288, 2014.

SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Knowledge and practices of community health agents in workers' healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, A. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Census, 2014. 57p.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013.

SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, out. 2018.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo fornece informações sobre como está sendo desenvolvido o trabalho no Nasf-AB sob o prisma de seus atores, trazendo a ST em seu discurso, ainda atrelada, as concepções da MT e SO que reforçam a supremacia do modelo biomédico no cuidado em saúde e, conseqüentemente, direciona suas práticas para uma atuação fragmentada em especialidades, com diálogo vertical entre equipes na APS e predominantemente assistencial, pouco avançando no apoio matricial enquanto reorientador do cuidado prestado na APS e estabelecendo dificuldades em enxergar o trabalhador como usuário do serviço, embora o trabalho como DSS tenha sido evidenciado.

Apesar disso, os profissionais do Nasf-AB atribuíram significado ao “ser trabalhador” que anseia por um “como deveria ser” seu trabalho e enfatizam que o seu lugar de trabalhador também necessita de cuidado e não só de ofertá-lo. Para tanto, torna-se indispensável receberem aportes teóricos e materiais para operar em ST, como e para o trabalhador.

Portanto, esse estudo propõe enquanto intervenção um diálogo horizontal entre equipes da APS, Gestão e Vigilância em Saúde, especialmente VISAT, de modo a explicar os conceitos que envolvem o Apoio Matricial e a ST com base na realidade encontrada no cenário do estudo e, assim, sejam estabelecidas táticas de cuidado apropriadas para garantir a integralidade do cuidado aos usuários, senão trabalhadores, na APS.

No entanto, reforça-se um diálogo permanente para além de capacitações pontuais, pois não basta fornecer noções técnicas para os profissionais da APS, sobretudo do Nasf-AB, agirem em ST. É preciso garantir uma retaguarda assistencial e pedagógica para que o cuidado integral na APS não seja mais uma utopia, mas valide a visibilidade do trabalho e dos trabalhadores nesse(s) território(s) de saúde.

Como profissional do Nasf-AB considero que esse estudo permitiu-me compreender melhor a realidade da ST no discurso de trabalhadores nasfianos como eu, e que para eles representou a oportunidade de exporem suas visões e inquietações de “ser trabalhador do Nasf-AB em ST”. Trabalhador que conhece a

realidade do trabalho onde está inserido. Trabalhador que pode propor diretrizes diante dos problemas encontrados. Mas, tão somente, trabalhador que precisa ser ouvido, compreendido e considerado. Por isso, espero que essa pesquisa possa ser ponto de partida para a elaboração das estratégias sugeridas ou outras elencadas pelos trabalhadores e para os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. P. O. *et al.* Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-51, out. 2013.
- AMORIM, L. A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 3403-3413, 2017.
- ARCE, V. A. R. **Núcleos de Apoio a Saúde da Família: uma análise das práticas de saúde e do processo de construção da identidade profissional no contexto de Salvador, BA.** 2016. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Atividades desenvolvidas por profissionais de núcleos de apoio à saúde da família: revisão da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1443-1464, set/dez. 2018.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 228-240, set. 2017.
- BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA FILHO, H. R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 216-226, 2011.
- BAPTISTA, T. W. F. A política de saúde no Brasil: da cidadania regulada ao direito universal e integral à saúde. *In*: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. p. 19-58.
- BARROS, J. O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2847-2856, 2015.
- BARROS, N. F. D.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. D. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 163-73, set. 2018.
- BASTOS-RAMOS, T. P.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Estratégia Saúde da Família e notificações de acidentes de trabalho, Brasil, 2007-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p.641-650, out./dez. 2015.
- BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e280310, 2018.

BRASIL. DEL 5.452/1943 (DECRETO-LEI) 01/05/1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). **DOFC**, Rio de Janeiro, 1943, p. 11937.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.78, 09 dez. 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 43, p. 38-40, 4 mar. 2008. Republicada por ter saído com incorreção no DOU n. 18, p. 47-49, 25 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 7577, 12 novembro de 2009. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final - 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília-DF, 2015. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf> Acesso em 16 de jul. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, n. 183, p. 68-76, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 136 p

- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. 2019 (Dados referentes a dezembro/2018). Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/> > Acesso em: 29 ago. 2019.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
- CASTRO, C.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2016.
- COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de Agentes Comunitários de Saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 2, p.583-604, maio/ago. 2018.
- CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DA PARAÍBA - COSEMS-PB. **Mapa Dinâmico das Regiões**. 2018. Disponível em: <<http://cosemspb.org/cir/>>. Acesso em 04 de abr. de 2018.
- COSTA, D. *et al.* Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 127, p.11-30, 2013.
- DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. L. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.
- DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, 2013.
- DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da Vigilância em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, p.15-24, 2012.
- DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p.69-80, 2013.
- DUBAR, C. **A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EVANGELISTA, A. I. B. *et al.* A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, p. 1011-1020, 2011.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. A Análise de Discurso e Produção do Conhecimento sobre os Direitos Sociais. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 185- 197, jul./dez. 2008.

FERRO, L. F. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

FERTONANI, H. P. *et al.* O modelo assistencial: conceitos e desafios para a atenção básica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, v. 4, 1979.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Divisão Regional do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

IBGE. **Cidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 29 ago. 2019a.

IBGE. **Biomás**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019b. Disponível em: <<https://cnae.ibge.gov.br/en/component/content/94-7a12/7a12-vamos-conhecer-o-brasil/nosso-territorio/1465-ecossistemas.html?Itemid=101#caatinga>> Acesso em 01 de set. de 2018.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, jan./mar. 2013.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, 2013.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun. 2011.

LEÃO, L. H. C. Trabalho escravo contemporâneo como um problema de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3927-3936, 2016.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 769-778, 2013.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. D. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Nas trilhas das cadeias produtivas: reflexões sobre uma política integradora de vigilância em saúde, trabalho e ambiente. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 107-121, 2013.

LOURENÇO, E. A. S.; LACAZ, F. A. C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 44-56, 2013.

MACEDO, M. A. V. M. *et al.* Análise do processo de trabalho no núcleo de apoio à saúde da família em município do nordeste brasileiro. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), v. 15, n. 30, p. 194-211, jan./jun. 2016.

MATUDA, C. G. *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 2511-2521, 2015.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. esp., p.328-40, set. 2018.

MENDES, J. M. R. *et al.* Saúde do trabalhador: desafios na efetivação do direito à saúde. **Argumentum**, Vitória-ES, v. 7, n. 2, p. 194-207, jul./dez. 2015.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 406p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO-GOMEZ, C. Campo da Saúde do Trabalhador: trajetória, configuração e transformações. *In*: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. (Org). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.23-34.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13 p. 21-32, 1997. Supl. 2.

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.

MORI, E. C.; NAGHETTINI, A. V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe, p. 25-31, 2016.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019424, 2019.

NASCIMENTO, C. M. B. *et al.* Configurações do processo de trabalho em núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado integral. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.135-1.156, set./dez. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2018.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso**: princípios & procedimentos. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

SAMPAIO, J. *et al.* O NASF como dispositivo da gestão: limites e possibilidades. **Rev. bras. ciênc. saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p.317-324, 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e Territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2011.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, 2012.

- SANTOS, R. A. B. G.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. D. R.; LIMA, L. C. Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p.694-706, jul./set. 2017
- SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S. A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 41, n. e16, 2016.
- SILVA, T. L. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273-288, 2014.
- SILVA, T. L.; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. O. Knowledge and practices of community health agents in workers' healthcare. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 859-870, jul./set. 2011
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MAGALHÃES, A. L. P. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. *In*: LACERDA, A. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 99-122.
- SOUSA, F. O. S. *et al.* O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da atenção básica: limites e possibilidades. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1075-1089, out/dez. 2017.
- SOUZA, F. L. D *et al.* Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr/jun. 2013.
- SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Census, 2014. 57p.
- SOUZA, T. S.; MEDINA, M. G. Nasf: fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 145-158, out. 2018.
- SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, 2013.
- STOTZ, E. N.; PINA, J. A. Experiência operária e ciência na luta pela saúde e a emancipação social. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 42, p. 1-11, 2017.
- TURATTO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 507-14, jun. 2005.
- VILELA, R. A. G.; MALAGOLI, M. E.; MORRONE, L. C. Gerenciamento participativo em saúde do trabalhador: uma experiência na atividade de controle de vetores. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 969-980, 2010.

ANEXO A
RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS DA 9ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA
PARAÍBA

Quadro 1. Municípios da 9ª Região de Saúde no estado da Paraíba, Brasil, 2018.

Municípios	População Estimada
Bernardino Batista	3.501
Bom Jesus	2.561
Bonito de Santa Fé	11.917
Cachoeira dos Índios	10.244
Cajazeiras	61.993
Carrapateira	2.659
Joca Claudino	2.636
Monte Horebe	4.816
Poço Dantas	3.888
Poço de José de Moura	4.307
Santa Helena	5.889
São João do Rio do Peixe	18.034
São José de Piranhas	20.251
Triunfo	9.455
Uiraúna	15.242
Total	177.393

Fonte: IBGE (2019).

ANEXO B

TERMO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
9ª REGIONAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “A SAÚDE DO TRABALHADOR NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DO CONTEXTO AO SIGNIFICADO PARA TRABALHADORES” a ser desenvolvida pelo (a) discente pesquisador (a) **Andreia Marinho Barbosa**, sob orientação do (a) docente, **Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves** está autorizada para ser realizada junto ao 9º Regional de Saúde da Paraíba.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/2012 e a 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este serviço estadual de saúde está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados.

Outrossim, informamos que para dar início à coleta de dados em qualquer Serviço da Rede Estadual de Saúde da Paraíba fica condicionada a apresentação do referido Projeto e da Certidão de Aprovação do mesmo por um Comitê de Ética em Pesquisa junto ao serviço solicitado, além das demais pactuações que se façam necessárias.

Informamos ainda que o comitê de ética, emissor da referida certidão deve estar credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

Carajivas, 10 de Agosto de 2018.

Sem mais,
Atenciosamente,

Responsável
Henrique Holanda de Araújo
Gerente Administrativo
9ª GRS - Mat: 182.746-4



REDE ESCOLA SUS - PB



ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde do trabalhador no território da Atenção Primária à Saúde: do contexto ao significado para trabalhadores.

Pesquisador: ROBSON DA FONSECA NEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87110318.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.677.650

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado com proposta de pesquisa qualitativa com perspectiva teórico-metodológica de investigação/pesquisa social, a qual será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na primeira e nona região de saúde do estado da Paraíba, constituintes das mesorregiões da mata (litoral) e sertão paraibano, respectivamente.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o contexto do trabalho e analisar o(s) significado(s) atribuído(s) à saúde do trabalhador entre os trabalhadores na APS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode trazer riscos para os participantes caso não sejam observadas as recomendações de anonimato na entrevista. Por isso, serão adotadas medidas de proteção da identidade dos participantes, uso do material coletado exclusivamente para fins de pesquisa e adoção de codinomes para evitar a identificação dos informantes.

Benefícios: apresentar elementos para se discutir os potenciais e as barreiras de implantação das ações de saúde do trabalhador na APS.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.677.650

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e documentos exigidos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105436.pdf	11/05/2018 22:08:35		Aceito
Outros	ANUENCIAS.pdf	11/05/2018 22:02:59	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/05/2018 22:01:17	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/05/2018 21:58:17	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	06/04/2018 16:06:50	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Outros	departamento.pdf	06/04/2018 16:06:02	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/04/2018 16:01:10	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.677.650

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Maio de 2018

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO CEP: 58.051-900
UF: PB Município: JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ocs.ufpb.br

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1) IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Cor da pele:

Escolaridade:

Curso:

Instituição de ensino/Localidade:

Cargo/Função:

Há quanto tempo trabalha neste local?

Há quanto tempo exerce o/a cargo/função?

Tem alguma Especialização/Pós-Graduação? Qual?

O que já fez em termos de formação em saúde do trabalhador?

Faz parte de algum sindicato, conselho, associação etc? Qual?

2) PERGUNTAS

1. Você percebe alguma relação entre saúde-doença-trabalho? Se sim, descreva para mim como você vê essa relação.
2. Conte-me, como funciona a sua equipe? (quais são os profissionais que nela trabalham, como está organizado o processo de trabalho e onde atuam).
3. Agora, conte-me que demandas de saúde chegam para você?
4. Descreva para mim o fluxo de atendimento de cada uma dessas demandas que você relatou (como chegam e o que você faz). Dê-me exemplos.
5. Que conhecimentos, documentos, instrumentos ou ferramentas que você usa para atender a um usuário-trabalhador ou uma demanda relacionada ao trabalho?
6. Posso ver algum instrumento que você utiliza no seu cotidiano para atender essas demandas?
7. Em termos de saúde do trabalhador, conte-me, durante sua formação você teve algum contato? (disciplina, projeto, pesquisa, estágio, etc). Como foi essa experiência?
8. E após sua formação, você teve algum outro contato? (pós-graduação, capacitação, atuação profissional, etc). Descreva para mim essa experiência.
9. Para você o que tem dificultado a sua prática nesse campo e o que facilitaria?
10. Há algo que gostaria de acrescentar sobre a saúde do trabalhador?

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
RESOLUÇÃO 466/12 – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Eu, **Andreia Marinho Barbosa**, pesquisador (a) da Universidade Federal da Paraíba, convido você a participar da pesquisa “**A SAÚDE DO TRABALHADOR NO DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA**”, cujo objetivo é compreender o(s) significado(s) atribuído(s) à saúde do trabalhador pelos profissionais do Nasf-AB.

A finalidade deste trabalho é contribuir na obtenção de dados para subsidiar a discussão das potencialidades e barreiras de implantação das ações de saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde.

Para alcance do proposto, solicito sua colaboração em participar de uma entrevista individual no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF) que está vinculado, com duração máxima de uma hora. Seguirei um roteiro com perguntas que conduzam ao objetivo sendo que à medida que conversamos poderei realizar outras para o esclarecimento de sua fala. Solicito sua autorização para gravar nossa conversa a fim de obter na íntegra seu relato, e também para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Enfatizo que os dados obtidos nessas entrevistas serão usados exclusivamente para fins de pesquisa e por ocasião da publicação dos resultados sua identidade será mantida em sigilo absoluto. A participação na pesquisa não implica em nenhum benefício material e nem oferece riscos à saúde ou a integridade moral, mas apresenta risco mínimo de desconforto durante essa entrevista.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Agradeço a sua colaboração e solicito que, **se de acordo**, rubrique essa primeira página e assine no espaço reservado na página seguinte. Você receberá uma via deste documento e a outra ficará arquivada.

Eu _____,
declaro que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo. Declaro ainda meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento

DATA ____/____/____

Participante

Pesquisador

Contatos

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves.

Departamento de Fisioterapia - UFPB. Fone: (83) 998581112

Andreia Marinho Barbosa

Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família – UFPB.

Fone: (83) 999651491