

A ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA EM DISTRITOS SANITÁRIOS DO RECIFE

The analysis of the working conditions of the expanded Nucleus of Family Health and Primary Care in health districts of Recife

por: Amanda Lacerda Sales¹ e Priscilla Cordeiro Cruz de Barros²

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de analisar as condições de trabalho dos profissionais que compõem a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB da cidade do Recife. Trata-se de pesquisa de campo, que utiliza enquanto fundamento metodológico a teoria marxista, em uma abordagem qualitativa e descritiva. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e, para organização e análise dos dados, tomou-se como base a proposta dialética. Conclui-se que as condições mínimas para a realização do processo de trabalho se apresentam como desafios para a realização das ações preconizadas para o NASF-AB, colocando em risco o trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

Palavras-chave: Política de saúde. Atenção primária. Trabalho em saúde. Condições de trabalho.

ABSTRACT

This article aims to analyze the working conditions of the professionals who make up the team Expanded Family Health and Primary Care Center – NASF-AB of the city Recife. This is field research using Marxist theory as a methodological basis in a qualitative and descriptive approach. Semi-structured interviews were conducted for data collection for the organization and analysis of the data the dialectical proposal was based. It is concluded that the minimum conditions for the implementation of the work process are challenges for the implementation of the actions recommended for NASF-AB, putting multiprofessional and interdisciplinary work at risk.

Keywords: Health policy. Primary care. Health work. Working conditions.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por finalidade analisar as condições de trabalho dos profissionais que estão inseridos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB da cidade do Recife, considerando o aparato legal, as diretrizes e as recomendações para implementação estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a fim de identificar a posição dos profissionais acerca do tema.

A escolha do tema surgiu a partir das vivências enquanto residente em Serviço Social do Programa Saúde da Família-SESAU Recife, no Núcleo de Apoio às Equipes de Saúde da Família - NASF-AB do Recife, especificamente do Distrito VI, composto por duas equipes NASF-AB de modalidade I, no qual a residente está inserida, e o NASF - AB 6.2.

Dessa forma, observaram-se algumas limitações no cotidiano dos profissionais da equipe que determinam o processo de trabalho, assim como em sua condição de trabalho, tais como: a falta de insumos para realização de atividades, a restrição de transporte para o deslocamento dos profissionais, o número de equipes de Saúde da Família acompanhadas pelo NASF-AB, a estrutura física inadequada, entre outros.

Os estudos relacionados ao processo de trabalho em saúde abordam questões das condições

¹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Residente do Programa Multiprofissional em Saúde da Família - Secretaria da Saúde do Recife. E-mail: amandafiguereadosales@gmail.com

² Graduação e Mestrado em Serviço Social pela UFPE. Doutoranda em Serviço Social pela UFPE. E-mail: priscilla_cordeiro@yahoo.com.br



10 | A ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ...

de trabalho provenientes das mudanças na área ocorridas em meados dos anos 70 (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 321). A essas novas configurações do trabalho, Antunes (2014, p. 50) chamou de “nova morfologia do trabalho”: a flexibilização e precarização do trabalho, o desemprego estrutural, a informatização do trabalho, entre outros fenômenos que atingem o trabalhador em geral e também o trabalhador da saúde.

Esses processos no tocante a uma equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira integrada, orientada pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial e que tem, enquanto processo de trabalho: a interdisciplinaridade, a construção de um Projeto Terapêutico Singular, os atendimentos individuais e atividades coletivas, as ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família, entre outros, podem trazer impactos nos resultados esperados para o NASF-AB. Segundo Yamamoto (2000, p. 94), os processos de trabalho são determinados e organizados conforme as exigências econômicas, sociais e políticas, sob a perspectiva da atuação de fatores externos independentes da prática profissional.

Por meio dessa concepção, é necessário destacar as imposições de uma sociedade capitalista para, a partir disso, analisar como está instituído o processo de trabalho do NASF-AB e quais são as recomendações para a operacionalização prevista pelo Ministério de Saúde, sob uma perspectiva de destacar a realidade dos profissionais que atuam no NASF-AB do Recife, assim como as suas condições de trabalho.

A pesquisa utilizou enquanto fundamento metodológico a teoria marxista, em uma perspectiva crítica e reflexiva, a partir da realidade na sua totalidade, utilizando uma abordagem qualitativa e descritiva, com o objetivo de compreender aspectos da realidade que não podem ser quantificados, possibilitando uma “abordagem de interpretação do mundo” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 32).

Enquanto pesquisa de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dois profissionais de categorias diferentes que compõem o NASF-AB. A amostra considera, de acordo com o Plano Municipal da Saúde (2018-2021, p. 52), que no Recife existem 20 equipes NASF-AB, todas na modalidade 2, ou seja, cada equipe tem entre 6 e 7 membros com a soma das cargas horárias semanais acumuladas no mínimo em 120 horas, conforme a normativa do Ministério da Saúde. Sendo assim, os profissionais entrevistados tinham cargas horárias semanais entre 20 e 40 horas, pertencentes às equipes NASF-AB de três distritos sanitários do município.

Os critérios de inclusão foram: profissionais que atuassem no NASF-AB do Recife por mais de um ano, considerando o tempo de vivências no serviço para apreensão das demandas cotidianas; profissionais que tivessem vínculo empregatício de natureza efetiva, em razão do grau de autonomia desses profissionais para responder às questões levantadas; e profissionais que desejassem participar voluntariamente.

Realizou-se uma análise de conteúdo, tendo como base a “proposta dialética” (GOMES, 2001, p. 77). Dessa maneira, a primeira fase deu-se na realização da “interpretação das determinações fundamentais”, que se referem à conjuntura política, social e econômica da qual fazem parte os profissionais do NASF-AB. Em seguida, a próxima fase, de acordo com a mesma abordagem, ocorreu em três passos: na organização dos dados, onde foi feito o mapeamento dos dados coletados a partir



da transcrição dos áudios; na classificação dos dados, a partir de uma fundamentação teórica que suscitou inquietações e permitiu a elaboração de categorias específicas, como infraestrutura, rede de atenção à saúde e relações de trabalho. Por último, a análise final, articulando os dados com os referenciais teóricos da pesquisa, buscando responder às questões levantadas (GOMES, 2001, p. 78).

Todas as fases desta pesquisa seguiram os critérios éticos previstos na Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada no Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde - AECISA, de acordo com o parecer nº 028782/2019 e o Certificado de Apresentação para apreciação ética nº 10227819.5.0000.5569. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido - TCLE. A carta de anuência foi assinada pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife.

2. O TRABALHO NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Para início da discussão, trataremos do significado do trabalho no modo de produção capitalista, compreendendo as relações sociais produzidas e reproduzidas neste sistema. Por compreender a relevância para o estudo proposto elucidar em que contexto sócio histórico, político e econômico estão inseridos os profissionais do NASF-AB.

Segundo Lessa e Tonet (2011, p. 21), em análise aos estudos de Karl Marx, o trabalho é a fundamentação da sociabilidade humana. Pelo trabalho, homens/mulheres não só transformam a natureza como também transformam a si mesmos. Os autores ainda explicam que as transformações feitas por homens/mulheres divergem das transformações realizadas por outros animais, “porque a ação e seu resultado são sempre projetados na consciência antes de serem construídos na prática” (LESSA; TONET, 2011, p. 18). Isto é, referem-se à capacidade teleológica, de ideação e de projeção dos seres humanos.

Assim, o trabalho permite aos/às homens/mulheres, a construção constante de novas necessidades, de novas relações sociais, de novos conhecimentos, de novas habilidades (LESSA; TONET, 2011, p. 26). Entretanto no modo de produção capitalista o trabalho segundo Guiraldelli (2014, p. 103) assume uma dimensão alienada e fetichizada.

Na sociedade burguesa tudo tem um valor de uso e um valor de troca inclusive o trabalho, reduzindo-o em mercadoria (LESSA; TONET, 2011, p. 66). Sobre esta perspectiva,

A força de trabalho só pode aparecer como mercadoria no mercado na medida em que é colocada à venda ou é vendida pelo seu próprio possuidor, pela pessoa da qual ela é à força de trabalho. Para vendê-la como mercadoria, seu possuidor tem de poder dispor dela, portanto, ser o livre proprietário de sua capacidade de trabalho, de sua pessoa. Ele e o possuidor de dinheiro se encontram no mercado e estabelecem uma relação mútua como iguais possuidores de mercadorias, com a única diferença de que um é comprador e o outro, vendedor, sendo ambos, portanto, pessoas juridicamente iguais. A continuidade dessa relação requer que o proprietário da força de trabalho a venda por um determinado período, pois, se ele vende inteiramente, de uma por todas, vende a si mesmo, transforma-se de um homem livre num escravo, de um possuidor de mercadoria numa mercadoria (MARX, 1988, p. 207).

Dessa forma, para suprir as suas necessidades o trabalhador vende sua força de trabalho



para a classe burguesa. E ao comprar essa força de trabalho o burguês garante a sua mais-valia, ou seja, garante um valor excedente produzido pela exploração do trabalho, pois o valor de salário oferecido ao trabalhador é inferior ao que ele produziu (LESSA; TONET, 2011, p. 64). É neste processo que identificamos a exploração da classe burguesa sobre a classe trabalhadora, na qual se sustenta o modo de produção capitalista. Contudo, todo esse processo acaba não sendo percebido pelos trabalhadores, que estão imersos nos seus cotidianos profissionais, o trabalhador submisso ao capital torna-se alienado dificultando o reconhecimento do trabalho na produção da saúde. Segundo Lessa e Tonet (2011, p. 96) “a essência da alienação da sociedade capitalista é que ela trata como mercadoria o que é humano; e, como mercadoria é coisa e não gente, a desumanidade desse tratamento não poderia ser maior”.

A partir desta análise histórica seguimos a discussão destacando os processos recentes de mudanças na forma de produção e reprodução das relações capitalistas, que determinam as novas condições de trabalho.

Segundo Alencar e Granemann (2009, p. 162) a partir da crise do capital na década de 1970 nos países centrais, e em meados da década de 1980, em países do sul, o capital vem se reorganizando economicamente e politicamente em busca de respostas para a superação dessa crise, na qual é necessária para o capital se reestruturar e para sua manutenção do processo de reprodução social (MOTA; AMARAL, 1998, p. 5).

Esse novo movimento de reordenamento interfere nas formas de processo de produção e conseqüentemente no mundo do trabalho. Mota e Amaral (1998, p. 5) destacam essas mudanças em duas categorias: “reestruturação dos capitais”, onde se intensifica o movimento de globalização no mercado financeiro e industrial; “transformações no processo de trabalho”, onde há um movimento de reordenamento no processo de produção e na consumação da mais-valia.

As novas exigências do capital têm impactos para a classe trabalhadora, como as novas formas de estabelecimento dos vínculos empregatícios, na jornada de trabalho, contratos temporários, condições de trabalho caracterizadas enquanto desmonte dos avanços de direitos trabalhistas já conquistados pelos trabalhadores.

No Brasil, segundo Antunes (2014, p. 39), as novas formas de organização de produção, baseadas no taylorismo³ – fordismo e os ideais neoliberais⁴, tomam força a partir da década de 1990. O mercado e as indústrias brasileiras precisavam adaptar-se às novas imposições já estabelecidas mundialmente buscando alcançar os níveis da competitividade internacional. Com isso, as conseqüências para os trabalhadores brasileiros são: “a ampliação da flexibilização do trabalho, da informalidade e da precarização da classe trabalhadora” (Idem, 2014, p. 40).

As mudanças do mundo do trabalho atingem o setor saúde, em meados da década de 1960,

³ Estratégia de método de produção desenvolvido por Frederick Taylor, em 1911, com o objetivo de dar ênfase na eficiência operacional da produção, buscando extrair o melhor rendimento da mão de obra contratada, economizando ao máximo do esforço produtivo.

⁴ O neoliberalismo é um conjunto de ideias políticas e econômicas herdadas por economistas do pensamento liberal clássico, que defende a não participação do Estado na economia, havendo uma total liberdade do mercado, para assim garantir o crescimento econômico e o desenvolvimento de um país.

onde se inicia o processo de crescimento da medicina privatista, que significou “alterações técnicas e físicas no tocante da prestação dos serviços, implicando um redirecionamento do perfil e do volume da força de trabalho requisitados” (SOUZA, 2010, p. 337). Na década de 1990, este processo é intensificado a partir das novas exigências do mercado mundial, a partir dos ideais neoliberais, em defesa do “modelo médico assistencial privatista” (Idem, 2010, p. 338). A saúde, neste modelo, passa ser uma mercadoria e está submissa às relações capitalistas, ao qual valoriza a compra e venda de medicamentos, equipamentos e procedimentos que dão rentabilidade e lucratividade econômica em detrimento da produção do cuidado. Desse modo, o trabalho em saúde, constituindo enquanto trabalho vivo, “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (FRANCO; MERHY, 2008, p. 282), torna-se desvalorizado.

Segundo Souza (2010, p. 342), a desvalorização da força de trabalho na saúde pode ser evidenciada em vários aspectos: na intensificação da jornada de trabalho pela adoção de vários vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, precárias condições de trabalho, as diferentes modalidades de contratação e nas condições objetivas e subjetivas da realização do trabalho, dentre outras. Diante dessa realidade, partiremos para o próximo ponto com o objetivo de analisar o processo de trabalho dos profissionais da saúde e especificamente do NASF – AB.

2.1 PROCESSO DE TRABALHO DO NASF-AB

A partir da compreensão da concepção de trabalho e suas configurações na sociedade capitalista trataremos a seguir do processo de trabalho como a prática cotidiana do trabalho humano (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p. 321). Marx (1988, p. 328) afirma que o processo de trabalho é constituído por três componentes: o trabalho propriamente dito, o objeto do trabalho e por último os meios, que são os instrumentos utilizados para a transformação do objeto.

De acordo com Iamamoto (2000, p. 60) os três componentes estão implicados em qualquer processo de trabalho: “uma matéria - prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito e objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho propriamente dito” (Idem, 2000, p. 60). Para, além disso, a autora destaca que os elementos constitutivos do processo de trabalho existem a partir de determinadas condições e de relações sociais, desse modo, o processo de trabalho assume “significados sócio-histórico particulares” (IAMAMOTO, 2000, p. 94).

No setor saúde o processo de trabalho, segundo Peduzzi e Schraiber (2008, p. 322), começa a ser discutido a partir da década de 1980, voltado para o processo de trabalho do médico e posteriormente ampliado para as demais profissões da saúde. Segundo Gonçalves (1992, p. 31) o processo de trabalho em saúde é composto por: objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, que não podem ser analisados separadamente.

Dessa forma, segundo o autor acima citado, o objeto do trabalho na saúde, na qual irá ser transformado, corresponde às necessidades humanas de saúde; a finalidade corresponde ao objetivo que deverá ser alcançado a partir de todo processo de trabalho; os agentes correspondem aos profissionais de saúde, que realizam a transformação do objeto com finalidades previamente idealizadas.



14 | A ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA ...

Os instrumentos são os meios de produção, na qual os agentes precisam para alcançar as suas finalidades. Portanto, podem ser materiais e não materiais. Sendo os instrumentos materiais: os medicamentos, os equipamentos, o material de consumo e entre outros; e os instrumentos não materiais são os saberes, a natureza intelectual do trabalho, ou seja, são os saberes dos agentes/profissionais da saúde.

Dessa forma, o processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS devem estar em consonância com os termos preconizados nos aparatos legais. Neste âmbito, o processo de trabalho na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB deve primar por:

Ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (art. 2º, 2017).

A PNAB é a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde – RAS, coordenadora e ordenadora do cuidado. Em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família - PSF como estratégia de reorganização da Atenção Básica, buscando ser mais resolutiva e equânime, sob a ótica do trabalho em equipe e multiprofissional para que a partir do planejamento de ações atuem em consonância com os problemas e necessidades de saúde dos indivíduos de um determinado território.

De acordo com a PNAB, a equipe multiprofissional do PSF, pode ser composta por: médico/a, enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem e agente comunitário/a. E/ou por uma equipe de saúde bucal composta por: um/a médico cirurgião dentista e um/a auxiliar em saúde bucal ou técnico/a em saúde bucal. Portanto, nas relações de trabalho as equipes da estratégia saúde da família deve primar pelo trabalho multidisciplinar e interdisciplinar contrapondo - se a lógica tradicional do cuidado em saúde fragmentado, sem interação entre os profissionais e usuários, neste âmbito, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar “pode possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado”, proporcionando o conhecimento tanto dos profissionais sobre o seu trabalho quanto para os usuários aos quais necessitam dele (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010, p. 776).

Em 2017 é aprovada a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, que estabelece uma revisão das diretrizes para a PNAB e sinaliza mudanças de flexibilização da atenção básica, reduz o número de profissionais por equipes, podendo ser composta apenas por médico e enfermeiro, formando uma nova modalidade, a equipe de atenção básica, que terão recursos e devem assumir responsabilidades iguais das equipes de saúde da família, induzindo os gestores municipais a aderirem às equipes de “custo mais baixo”, afetando o funcionamento das equipes e sobrecarregando o trabalho dos profissionais; a flexibilização dos agentes comunitários de saúde e restrição de sua atuação nas equipes de atenção básica; a carga horária dos profissionais médicos; redução das equipes de saúde bucal e dentre outras mudanças. Essa “nova” configuração destaca uma lógica econômica, de redução de gastos, que denota um retrocesso aos princípios originários da PNAB e do SUS, fragilizando o cuidado longitudinal e o acesso universal à saúde (BATALHA; LAVOR, 2017, p. 12).



Somente as equipes de saúde da família não bastavam para atender todos os problemas de saúde da população. E para a ampliação resolutiva dos atendimentos na Atenção Básica e “definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos” foi preciso uma expansão do formato das equipes, ações matriciais e articulação dos profissionais de diferentes especialidades que possam dar apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2010, p. 15). Em 2008 o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASFs pela portaria nº 154, de 24 de janeiro e em 2009 é publicado o Caderno de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF, com conteúdo e diretrizes para os trabalhadores e gestores. Com a “nova” PNAB, o NASF, passar a ser nomeado enquanto Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF - AB, eliminando a posição de apoio, anunciando uma nova concepção de trabalho (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 2018, p. 44).

Segundo Campos e Cunha (2011, p. 965), essa equipe tem sempre uma composição interdisciplinar, como forma organizacional de gestão do trabalho em saúde, tendo o objetivo de ampliação para a clínica ampliada e de integração entre diferentes especialidades. Nesta perspectiva, de acordo com a portaria o NASF - AB (BRASIL, 2017) é composto por uma equipe multiprofissional, com as seguintes categoriais profissionais: Assistente Social; profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Terapeuta Ocupacional; Psicólogo; Nutricionista; Médico Veterinário; Médico Geriatria e entre outros. Na qual, todos devem atuar de forma integrada e apoiando as demais equipes de saúde, orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial, ou seja, um trabalho em saúde estrategicamente organizado a partir da integração com a equipe de Saúde da Família e/ou Atenção Básica (BRASIL, 2009, p. 17). A PNAB aprovada em 2017, não altera sua composição e não regulamenta a carga horária da equipe, abrindo precedente para contratos de trabalhos precários e vínculos empregatícios frágeis desta equipe responsável por construir vínculo com a Atenção Básica no território.

Enquanto princípios e diretrizes do NASF que devem orientar as ações da equipe são: a integralidade, território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização, promoção da saúde. (BRASIL, 2009, p. 18). Além disso, tem enquanto ferramentas tecnológicas, no seu processo de trabalho: o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular - PTS, o Projeto Saúde do Território - PST e a Pactuação do Apoio.

2. 2 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS ACERCA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NASF-AB

A discussão com os profissionais é iniciada a partir do roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas pertinentes a compreensão dos profissionais sobre a equipe NASF - AB com o propósito de levá-los a uma prévia reflexão crítica sobre suas percepções do equipamento tomando como base as prerrogativas do Ministério da Saúde. Em seguida, para a apropriação do processo de trabalho dos profissionais no NASF-AB, foi questionado: sobre as atividades cotidianas realizadas, sobre o planejamento delas, sobre a periodicidade que ocorrem, sobre o registro e por fim sobre



quais são os instrumentos utilizados. Além disso, como a gestão/ coordenação do NASF-AB se insere nesse processo em relação ao acompanhamento dessas atividades, numa perspectiva de apoio aos profissionais.

Por último, foram feitas as perguntas centrais para responder o objetivo da pesquisa: Qual a sua compreensão sobre as condições de trabalho da equipe NASF-AB? E quais os principais desafios que se apresentam para o NASF-AB? Com a finalidade de inteirar-se sobre a realidade cotidiana dos trabalhadores que compõem a equipe NASF-AB considerando as circunstâncias determinantes para realizarem suas atividades, apontando os entraves diários.

O perfil dos profissionais entrevistados é de trabalhadores que participaram do processo de implementação do NASF- AB em Recife, transitando em espaços de gestão e da assistência. Mostram-se também, trabalhadores da saúde empenhados pela busca de uma formação contínua, possuem formação para além da graduação como: residência, mestrado e doutorado, para além do exercício de supervisão de alunos de graduação, de preceptoria e de tutoria para profissionais residentes. São profissionais que em suas falas expressam o reconhecimento do NASF-AB enquanto parte da Atenção Básica, que tem o objetivo de ser o apoio das equipes Saúde da família, por intermédio do apoio matricial enquanto metodologia de trabalho, assim como previsto nos aparatos legais e nos documentos teóricos.

A pergunta sobre as condições de trabalho, presente na discussão, foi pensada para apreender como os profissionais visualizam a sua condição de trabalhadores da saúde na Atenção Básica. Diante disso, foram unânimes as condições de infraestrutura como principal barreira de realização do processo de trabalho, como a deficiência de espaço insuficiente para abarcar toda a equipe NASF-AB e dentre outras:

- Área Física:

“A gente hoje tem um canto de apoio, mas a gente passou um bom tempo sem. E querendo ou não, ele não é montado enquanto canto de apoio né? É um birô cedido de tal lugar, é um armário cedido de um outro lugar, são prateleiras que são a gente que faz com caixas. Então assim, de certa forma funciona. Mas, não é a ambiência adequada pro trabalho, então apesar, da sala do ponto de apoio não ser preferencialmente ser utilizada para atendimento, mas ela também é atendimento. E acaba não sendo um ambiente tão saudável, nem pro trabalhador e nem pro usuário (Profissional 2)”.

“As atividades, a agente não têm sala para atender, isso aqui é um consultório médico, eu estou aqui hoje porque essa equipe está sem médico, mas, em geral a gente tem uma dificuldade grande de marcar atendimento na unidade, porque todas as salas costumam ficar ocupadas né?” (Profissional 4).

“Com relação ao espaço físico, as condições do espaço físico, a questão de estrutura mesmo é muito ruim. Como agora mesmo, a sala completamente mofada né? Isso dificulta nosso trabalho, porque a gente fica dependendo de uma sala disponível?” (Profissional 6).

Dessa forma, os autores Glanz e Olschowsky (2017, p. 8), trazem a discussão da ambiência na atenção à saúde como um espaço físico de interação entre sujeitos, que garanta privacidade ao profissional e ao usuário, de conforto em relação aos elementos do ambiente (luz, cor, cheiro) e o



espaço como ferramenta do processo de trabalho, possibilitando uma organização e planejamento, sem esse ambiente garantido a qualidade da assistência pode deixar a desejar e refletindo também na saúde desses profissionais, que precisam excessivamente pensar, criar e reinventar estratégias para suprir a falta desse ambiente e torná-lo um pouco mais adequado.

Além disso, segundo as diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde, para a equipe NASF-AB realizar suas atividades de ações técnico-pedagógicas, socio sanitárias e clínico-assistenciais são fundamentais conter: área física, equipamentos e materiais adequados (BRASIL, 2009: 35). As insuficiências desses instrumentos dificultam os atendimentos individuais aos usuários, há também um prejuízo significativo de autonomia do profissional sobre sua agenda e no processo de trabalho, por exemplo - “a gente tem que entrar na disputa dos próprios profissionais da equipe de referência para ver que horário e que dia que a gente consegue atender, isso vai começar a prejudicar bastante a nossa agenda” (Profissional 1). Um espaço de trabalho que deveria ser de acolhimento, de atendimento terapêutico e de produção de saúde torna-se um espaço de disputa.

Outro profissional ressalta como isso pode fragilizar as relações com os usuários “enquanto a gente tá esperando, em consequência, o usuário também está esperando” (Profissional 6). Santos e Miranda (2016: 354) destacam o vínculo entre os profissionais e os usuários como importante para o cuidado em saúde, partindo do pressuposto de que o usuário sentirá confiança no profissional que atenderá suas necessidades, a partir de uma escuta qualificada, de acolhimento e de trocas que poderão contribuir para uma responsabilização conjunta para a resolutividade dos problemas, neste âmbito, o vínculo representa confiança, humanização e respeito entre profissionais e usuários, consideravelmente comprometido com as premissas da PNAB.

Ainda dentro da categoria condições de trabalho, surge enquanto subcategoria o acesso dos profissionais aos equipamentos e materiais para realização das atividades coletivas e de educação em saúde, que permeiam nos espaços intrasetorial e intersetorial, como as atividades relacionadas ao Programa Saúde da Escola, ao Programa Academia da Saúde, aos grupos terapêuticos e entre outros. Esses espaços coletivos contribuem para a transformação social, firma a democratização das informações e estimula a busca por solução dos problemas coletivamente, fortalecendo a luta política da defesa dos interesses, tanto dos profissionais quanto dos usuários dos serviços de saúde (VASCONCELOS, 2009, p. 27).

De acordo com as diretrizes ministeriais essas atividades correspondem, à dimensão técnica – pedagógica do NASF -AB, que incluem também as ações de apoio educativo com e para as equipes. Por outro lado, os profissionais destacam que não possuem esse apoio para essas ações:

- Equipamentos e Materiais adequados:

“Se pensar também dentro da infraestrutura de material a gente precisaria de vários materiais, da nutrição a gente precisaria pelo menos de uma balança e um estadiômetro portátil e a gente não tem isso né? E outros equipamentos para trabalhar educação nutricional, por exemplo, que a gente não tem, e tem que se virar” (Profissional 1).

“A gente já criou uns materiais, da gente mesmo, o NASF criou, vamos supor... vamos falar de saúde mental a gente criou um material...” (Profissional 6).



“Ah! Tem que fazer atividade educativa, mas não chega material para a gente fazer” (Profissional 4).

“Eu queria trabalhar algum conteúdo mais de audiovisual, então eu que levava a TV, o meu computador, levava algumas coisas de casa. As consequências de ter todo esse trabalho, é do risco né? Porque alguém vê você com uma TV entrando e saindo, é uma exposição que você fica pode ficar sem televisão, então acaba que a gente não fazendo ou às vezes desiste de fazer naquele formato e ter que adequar as outras possibilidades por conta disso” (Profissional 6).

Esta realidade relatada pelos profissionais coloca as atividades de educação em saúde em situação de inoperância sem um esforço individual e/ou coletivo das equipes, pois, torna-se inexecutável qualquer trabalho pedagógico sem insumos e recursos lúdicos e didáticos para a materialização do trabalho. Tornando vulnerável, por exemplo, o desenvolvimento das atividades matriciais entre as equipes que fortalecem a educação permanente em saúde. Os autores, Júnior e Moreira (2018, p. 2), destacam que o apoio matricial enquanto ferramenta de trabalho, “está pautado na interprofissionalidade, trabalho em redes, atuação em território definido, compartilhamento de saberes, deliberação conjunta e cogestão”. Além de criar espaços de discussão, troca de saberes e de reflexão para a prática. Possibilitando o desenvolvimento de habilidades dos profissionais, o acesso de novas informações, construção de novas estratégias de intervenção e fortalecimento do trabalho interdisciplinar.

Enquanto atividades de promoção e prevenção da saúde proporcionam a emancipação dos usuários em relação a sua coparticipação do cuidado à saúde, fortalecem o vínculo entre profissionais da saúde e usuários, é um espaço de troca e construção de saberes (FRIEDRICH et al., 2018, p. 377). A ausência dos recursos para a realização das atividades mencionadas, fomenta o modelo curativo e biomédico.

O transporte para locomoção da equipe NASF-AB aparece nos discursos de todos os profissionais. Sabe-se que dentre os princípios e diretrizes do NASF-AB preconizadas pelo Ministério da Saúde inclui o processo de territorialização, ao qual se entende território onde se processa a vida social, como algo vivo e dinâmico, que engloba a população e as instituições parceiras. Para conhecimento e criação do vínculo com a população assistida é necessário à imersão tanto dos profissionais das ESF quanto dos profissionais das equipes NASF-AB, sendo o foco do processo de trabalho de ambas. Para isso, a exigência do transporte para a equipe NASF-AB é prevista no Caderno de Atenção Básica nº 39, como uma das condições para a implementação do NASF-AB (BRASIL, 2014, p. 35). Entretanto, a partir das falas dos profissionais, é perceptível como é fracionado a disponibilidade do transporte ou a inexistência dele para os profissionais do NASF- AB Recife.

- Transporte:

“A gente tem o problema do carro, que é um problema gritante, porque a gente tem em tese 10 turnos de trabalho, quem é 40 horas e a gente só tem dois turnos na semana para ter carro. Você tem 6 unidades de saúde para circular, dois turnos não são suficientes.” (Profissional 2).

“A gente não tem carro, pra fazer visita, é tudo por conta própria e aí a dificuldade é imensa.



Quando eu cheguei, a gente tinha, mas aí ao longo disso foi se perdendo, foi cortado. Um desafio é estar trabalhando sem carro né? Continuar fazendo as visitas, como a gente fazia antes, sem o carro, que era bem importante” (Profissional 3).

“Por exemplo, eu preciso me deslocar entre uma unidade e outra, de manhã estou em uma e a tarde estou em outra, eu preciso utilizar o meu transporte pra tá de um lugar pra outro” (Profissional 4).

É notório a necessidade dos profissionais que precisam se redobrar para alcançar a resolutividade do serviço e manter a produtividade estabelecida, inclusive utilizando de seus recursos próprios, a fim de reparar as falhas das condições de realização do seu trabalho.

Em consequência disso destacaram também o processo de fragilização do vínculo e do processo de trabalho entre as equipes de saúde da família e equipe NASF-AB: “então, vai deixar de lado muitas unidades de saúde, vai acabar priorizando as próximas ao local de apoio, pelo o que eu vejo é o que acontece na nossa equipe” (Profissional 2). Isto causa um desconforto entre as equipes, causando um sentimento de “conflito de priorização”, além de fragilizar a continuidade do cuidado, tornando uma atenção em saúde fragmentada e limita o acesso à saúde integral dos usuários.

Quando questionados sobre os demais desafios enfrentados pela equipe NASF-AB, dentre eles foram levantadas as barreiras para o encaminhamento dos usuários para os serviços da rede especializada com o objetivo ampliar a forma do cuidado, prevenção de outros agravos e uma resolutividade.

“Então, só que eu tenho um usuário, por exemplo, não é só um. Que tá na fase crítica de sua recuperação, que é uma fase de lesão recente, que a gente pode investir que tem uma condição de recuperação, só que daqui que ele consiga uma vaga, ele já vai estar todo atrofiado. Ele já vai tá com uma dificuldade imensa muito maior do que ele começou” (Profissional 4).

Sobre isso Campos e Cunha (2011, p. 968) destacam enquanto problemas estruturais desde a implementação do NASF - AB a escassez de serviços especializados, que induzem um equívoco no entendimento sobre a perspectiva do trabalho do NASF - AB transformando-o em serviço substituto. E este reconhecimento é posto também pelos profissionais:

“Acho que um desafio também com as equipes de saúde seria conseguir efetivar essa noção do trabalho do NASF enquanto apoio, a resolutividade do NASF está no suporte de orientação não é suporte de assistência que aí muitas equipes entendem que é assistência ainda” (Profissional 1).

“Um grande desafio para o NASF é tentar encontrar uma forma de consolidar da existência dele próprio, eu acho que NASF tem uma utilidade muito grande para o trabalho da atenção primária. Mas, ele precisa do meu ponto de vista, não é nem provar, é tentar vencer essas barreiras da relação das equipes NASF com as equipes saúde da família porque nem sempre as equipes saúde da família tem grandes interesses para trabalhar com o NASF e isso também é uma questão que eu acho que precisaria ser melhor articulada” (Profissional 5).

Neste âmbito, não há dúvidas de que a rede de atenção à saúde é a melhor estratégia para a organização do conjunto de serviços da saúde, contudo a integração da rede não é suficiente para



superar o modelo biomédico (SOUZA, et. al., 2019, p. 2787). Isto é visto quando analisamos as mudanças trazidas pela “nova” PNAB 2017, já aqui citada, podemos perceber esse movimento de desconstrução do sentido do NASF, a própria mudança da nomenclatura já traz um novo sentido do trabalho do NASF, de apoio para ampliado, numa perspectiva de cobrir além das equipes de saúde da família, mas também as equipes das unidades básica tradicionais, reforçando a visão equivocada de que a equipe NASF realiza atendimentos ambulatoriais (MELO, MENDONÇA, OLIVEIRA, ANDRADE, 201, p. 45). Neste âmbito, possibilita um esvaziamento das premissas da Atenção Básica e consequentemente da fundamentação do trabalho do NASF, enquanto um equipamento estratégico para as ações de saúde.

Campos e Cunha (2011, p. 962) também discutem alguns entraves na organização do trabalho no SUS e na Atenção Primária de Saúde como “uma racionalidade gerencial hegemônica” que tende fortalecer uma organização do trabalho que contribui para que os profissionais reduzam seu objeto de trabalho a procedimentos, doenças, concretizados em uma atenção fragmentada, por partes do corpo. Essa lógica no SUS, reforma a lógica privatista, reatualizam os ideais da sociedade burguesa, que justificam as parcerias público-privada para gerenciamento da saúde, como: as Organizações Sociais da Saúde - OSS, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH. Ao qual exigem do profissional de saúde uma atenção em saúde assistencial, curativa e individualista (SOARES, 2010, p. 17). Reflexão esta, que é ressaltada pela profissional 2:

“E aí o NASF é sempre questionado desse lugar, qual impacto que vocês causam? então isso também é um desafio, porque a ideia do NASF é ajudar a atenção básica reorganizar o modelo de saúde. Mas aí ele continua sendo cobrado diante do modelo biomédico: qual o impacto que vocês causam? Quantas pessoas vocês melhoram, vocês curam? Então, não é muito na perspectiva de produzir saúde, de produzir vida. E aí, como é que eu provo o impacto de uma coisa que meu processo de trabalho, tenta ser numa produção diferente né? De cuidado” (Profissional 2).

Esse questionamento parte de uma reprodução do pensamento do modelo biomédico que ainda persistente no SUS, que compromete com a integralidade da atenção à saúde, pois prioriza o diagnóstico e o tratamento de doenças em detrimento da prevenção de riscos e promoção da saúde (SOUZA, et al. 2019, p. 2785). A consequência disto é um direcionamento para uma responsabilidade pontual e quantitativa oriundo também dos vínculos empregatícios em formato de contratos, valorizando número de consultas e procedimentos por período trabalhado (CAMPOS; CUNHA, 201, p. 962). Logo, pode-se ver como realidade cotidiana dos profissionais, interferindo nas relações de trabalho.

“Mas, como a gente trabalha em equipe e tem dois vínculos diferentes, então dá pra perceber que apesar da condição de dia a dia ser semelhante, existem questões outras que são diferentes. Às vezes a gente quer barganhar, lutar, reivindicar alguma situação e percebe que o colega que é concursado, tem mais segurança para fazer isso do que o colega que é contratado, por medo dessa fragilidade desse vínculo” (Profissional 2).

Trata-se, como afirma Campos (1989), de uma das consequências do poder do capital sobre o trabalho numa tentativa de fragmentar e por fim destruir qualquer tipo de pensamento



de solidariedade social entre os trabalhadores, segundo o autor apesar das duras pressões, dos salários baixos, das doenças causadas pelo trabalho, existe um mal maior que é o da demissão. Entretanto, apesar ainda da existência da diversidade na natureza dos vínculos empregatícios no Recife, de acordo com o Plano Municipal de Saúde (2010, p. 46) o quadro de profissionais estatutários corresponde ao maior percentual dos servidores.

Portanto, Campos (1989) destaca a importância da organização política para construção de estratégias de fortalecimento do movimento de reforma sanitária e da consciência solidária entre os profissionais de saúde a fim de confrontar as reformas neoliberais.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das condições de trabalho do NASF-AB dos distritos sanitários do Recife revela que as condições mínimas para a realização do processo de trabalho apresentam-se enquanto desafios para a realização das ações preconizadas para o NASF-AB, tais como: a disponibilização de infraestrutura, área física, equipamentos e materiais para atividades coletivas e individuais, o acesso fragmentado dos profissionais ao transporte, as dificuldades nos encaminhamentos na rede de atenção à saúde e os vínculos empregatícios fragilizados, impactando no fortalecimento e coesão dos profissionais de saúde.

Esse cenário pode-se agravar a partir da portaria 2.979 de 12 de Novembro de 2019, que aprova um novo financiamento para a Atenção Básica e cria o Programa Previne Brasil. Entre as mudanças estabelecidas está a revogação do piso variável, que incentiva os municípios a credenciarem o NASF-AB e outros serviços ofertados na Atenção Básica. Dessa forma, com esse novo modelo de financiamento não haverá repasse do Ministério da Saúde para os municípios. Os gestores municipais terão autonomia na aplicação do financiamento da Atenção Básica para equipes multiprofissionais no formato mais adequado às necessidades locais.

Esse novo modelo de financiamento afasta-se da lógica do cuidado territorializado, tendo em vista o sucateamento da atenção básica. Além disso, alerta-nos para uma possível extinção do NASF-AB em todo território nacional, principalmente nos municípios que tenham uma realidade orçamentária menor do que as grandes metrópoles, por exemplo. Dessa forma, tal modelo coloca em risco o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, que realiza ações educativas para promoção e prevenção da saúde, discussão de casos e construção de um planejamento do cuidado visando à integralidade, entre outras ações.

Essa “nova” modalidade da atenção em saúde nos alerta para as exigências de um projeto de Estado que vem aprovando ações de aceleração das contrarreformas e desfinanciamento das políticas sociais, as quais mercantilizam os direitos sociais, assim como a saúde.

Diante dessa conjuntura, é necessário o fortalecimento dos espaços de debates públicos, que devem contar com a participação dos profissionais de saúde, estudantes e usuários, contribuindo para a mobilização social e a atuação estratégica na defesa do SUS.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil. **Estudos Avançados**, v.28, n. 81, p. 39-53, ago. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ea/v28n81/v28n81a04.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

ALENCAR, M. M. T. de; GRANEMANN, S. Ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 161-169, jul/dez, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v12n2/05.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

BATALHA, E.; LAVOR, A. de. A nova PNAB transforma atenção básica em atenção mínima ao reduzir saúde da família e criar cesta limitada de serviços. **Revista Radis**, São Paulo, ed. 183, p.11- 15, dez, 2017. Disponível em:<https://radis.ensp.fiocruz.br/phocodownload/revista/Radis183_web.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Diretrizes, Série A, Normas e manuais técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n 27, Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, n 39, Brasília, 2014.

_____. **Decreto 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 25 out. 2018.

_____. **Resolução nº 009 de 22 de fevereiro de 2018**. Aprova o Plano Municipal de Saúde do Recife. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/plano_municipal_de_saude_2018_2021_vf.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CAMPOS, G. W. de S. **A face totalitária do neoliberalismo e o seu papel na transformação do conformismo em senso comum**, 1989. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dr_opfiles&format=&task=frontfile.download&catid=20&id=25&Itemid=1000000000000>. Acesso em: 21 dez.2018.

CFESS se posiciona contra a Extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). CRESS SC, 2020. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/2020/03/02/cfess-se-posiciona-contr-a-extincao-do-nucleo-ampliado-de-saude-da-familia-nasf/>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Revista Saúde Soc.**, São Paulo, vol.20, n.4, p. 961-970, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2018.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias a abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRIEDRICH, T. L. et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 373-385, abr. 2018.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cadernos CEFOR, 1992.

GUIRALDELLI, R. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. **Cadernos de psicologia social do trabalho**, v. 17, n. 1, p. 101-115, jun. 2014.

GLANZN, C. H.; OLSCHOWSKY, Agnes. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 5, n. 1, p. 7-14, fev. 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

JÚNIOR, J. P. B.; Moreira, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cadernos de Saúde Pública [online]**,



Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2020.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

MARX, K. **O Capital**. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. 1

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; SOUZA, G. W. de. Relações de Trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização de trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.** [online], vol. 63, n.5, p. 775-781, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriela Carrilho Lins de. *Mudanças na Política Nacional da Atenção Básica: entre retrocessos e desafios*. **Rev. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 38 - 51, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. de. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

SANTOS, R. C. de A.; MIRANDA, F. A. N. de. A importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.6, n. 3, p.350-359, jul/set. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/314386043_Importancia_do_vinculo_entre_profissional-usuario_na_estrategia_de_saude_da_familia>. Acesso em: 22 mai. 2020.

SOUZA, M. A. S. L. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos dos processos de desregulamentação. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 334-344, ago/dez. 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/7340>>. Acesso em: 22 mai. 2020.

VASCONCELOS, A. M. de. Serviço Social e Práticas Democráticas em Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Editora Cortez, 2009.



