

**FLÁVIA PEREIRA LIMA**

**A SAÚDE DOS OPERADORES DAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE  
DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO  
MATO GROSSO DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS  
2024**

**FLÁVIA PEREIRA LIMA**

**A SAÚDE DOS OPERADORES DAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE  
DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO  
MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Prof. Dr. Márcio Luís Costa.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS  
2024**

L732s            Lima, Flávia Pereira

A saúde dos operadores das políticas públicas de saúde e a estratégia saúde da família em um município do interior do Mato Grosso do Sul/ Flávia Pereira Lima  
sob orientação do Prof. Dr. Márcio Luís Costa.-- Campo Grande, MS : 2024.

125 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS, 2024

Bibliografia: p. 111-123


1. Estratégia Saúde da Família (ESF). 2. Saúde. 3. Políticas públicas. 4. Adoecimento I. Lima, Flávia Pereira. II. Título.

CDD: 362.82

A dissertação apresentada por **FLÁVIA PEREIRA LIMA**, intitulada “**A SAÚDE DOS OPERADORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO MATO GROSSO DO SUL**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi **APROVADA**.

**Márcio Luís Costa**, como presidente da banca assinei a folha de aprovação com o consentimento de todos os membros, ainda na presença destes.

## **BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **MARCIO LUIS COSTA**  
Data: 29/08/2024 16:31:29-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**Prof. Dr. Márcio Luís Costa**  
Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida Prof.  
Dr. Jadson Justi

Campo Grande - MS, 29 de agosto de 2024.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, nosso Senhor, pelo dom da vida, a minha família que, com afinco, me apoiou e incentivou nessa trajetória, aos amigos e colegas de profissão...Meu muito obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por me fortalecer em cada um dos obstáculos superados para a realização desse sonho – o mestrado.

Agradeço imensamente ao querido orientador, Prof. Dr. Márcio Luís Costa, pelo acolhimento tão afetuoso, pois como um pai me orientou, incentivou pacientemente e encorajou diante dos medos. Obrigada, Prof. Márcio!

Gratidão a todos os meus familiares que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa jornada, em especial ao meu esposo Márcio (xará do meu querido orientador, estive bem amparada (risos)), a minha filha Gabrielly que sempre disse: “a senhora consegue, a senhora é forte” todas as vezes que bateu o desânimo.

Agradeço a Secretária de Saúde do município de Itaporã, bem como a equipe da Unidade de Saúde São Bento, que tão gentilmente aceitou a proposta da pesquisa abrindo suas portas, contribuindo para a execução deste estudo, aprendi muito com vocês.

Em tempo, agradeço aos membros da banca examinadora, professora Luciane Pinho de Almeida e prof. José Carlos Rosa Pires, pelas significativas contribuições. A todos (as) docentes do programa de mestrado, por transmitir com maestria o conhecimento, o acolhimento e afeto. As aulas foram valiosíssimas para meu crescimento pessoal e profissional. Aos colegas da turma do mestrado, à secretaria acadêmica do curso, sempre muito receptiva e, em especial, aos/às colegas do laboratório LABEC.

A todos que, de forma direta ou indireta, estiveram presentes nesta trajetória, o meu muito obrigada!

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma abordagem fundamental no sistema de saúde pública no Brasil, sendo responsável pela atenção primária e prevenção de doenças em comunidades. Os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família incluem médicos, enfermeiros, dentistas, agentes comunitários de saúde, entre outros. No entanto, a saúde desses profissionais também é um aspecto crucial a ser considerado, devido a fatores como: carga excessiva de trabalho, falta de recursos, exposição a riscos biológicos, dentre outros que serão apontados como relevantes para a saúde dos operadores da saúde pública no decorrer desta. A presente pesquisa é composta por três artigos, onde o primeiro apresenta dados provenientes de pesquisa de revisão narrativa de literatura, o segundo traz os resultados de uma pesquisa de revisão documental dos textos normativos e orientativos que estão na base da criação e implantação do Sistema Único de Saúde, enquanto o terceiro capítulo relata os resultados de uma pesquisa de estudo de caso, com dados resultantes das narrativas dos integrantes da equipe multiprofissional de uma Estratégia de Saúde da Família e das observações da pesquisadora contidas em seu diário de campo e por meio de grupo focal. O objetivo geral proposto para a pesquisa visa relacionar os aspectos que causam o adoecimento psíquico dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no contexto da atuação profissional, considerando a gestão da ambiência e a formação de vínculo com o usuário da Unidade Básica de Saúde como possíveis responsáveis, enfatizando a necessidade de atenção à saúde mental dos mesmos. A metodologia aplicada se refere a exploratória qualitativa, e caracteriza-se como de estudo caso, colocando em análise as narrativas dos participantes, tendo em vista a discussão do problema e objetivos propostos. Para instrumentar teoricamente a discussão, foi realizada uma pesquisa de análise narrativa de literatura a fim de explorar o estado da questão que discute a saúde dos operadores da política pública de saúde. Também foi realizada uma pesquisa documental, a fim de levantar

aquilo que a Política preconiza sobre a saúde de seus operadores. Considerando os resultados, ficou nítido o desgaste físico e mental que estes profissionais enfrentam no desempenho das suas funções tanto com os usuários quanto com a gestão municipal, sendo fundamental o cuidado com a saúde destes, articulando medidas de intervenção na dinâmica do trabalho, priorizando o diálogo com a equipe e entre a equipe, bem como o planejamento de possibilidades que viabilizem a qualidade de vida profissional a essas pessoas. A saúde dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família é essencial não apenas para o bem-estar deles próprios, mas também para a eficácia e sustentabilidade do sistema de saúde como um todo. A atenção a esses aspectos pode resultar em um serviço de saúde mais humano e eficiente, beneficiando tanto os profissionais quanto a comunidade atendida.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família. Saúde. Políticas Públicas. Adoecimento.



## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy (ESF) is a fundamental approach in Brazil's public health system, responsible for primary care and disease prevention in communities. The professionals who work in the ESF include doctors, nurses, dentists, community health workers, among others. However, the health of these professionals is also a crucial aspect to be considered, due to factors such as: excessive workload, lack of resources, exposure to biological risks, among others that will be pointed out as relevant to the health of public health operators in the course of this research. This research is made up of three articles, the first of which presents data from a narrative literature review, the second brings the results of a documentary review of the normative and guiding texts that underpin the creation and implementation of the SUS, while the third chapter reports the results of a case study research, with data resulting from the narratives of the members of the multi-professional team of an ESF and the observations of the researcher contained in her field diary and through a focus group. The general objective proposed for the research is to relate the aspects that cause ESF professionals to become psychologically ill in the context of their professional work, considering the management of the environment and the formation of a bond with the UBS user as possible culprits, emphasizing the need for attention to their mental health. The methodology applied is qualitative exploratory and is characterized as a case study, analyzing the participants' narratives in order to discuss the problem and the proposed objectives. In order to provide theoretical support for the discussion, a narrative analysis of the literature was carried out in order to explore the state of the issue that discusses the health of public health policy operators. Documentary research was also carried out in order to find out what the policy recommends about the health of its operators. Considering the results, the physical and mental strain that these professionals face in carrying out their duties with both users and municipal management became clear. It is essential to take

care of their health, articulating measures to intervene in work dynamics, prioritizing dialogue with the team and between the team, as well as planning possibilities that enable quality of professional life for these individuals. The health of ESF professionals is essential not only for their own well-being, but also for the effectiveness and sustainability of the health system as a whole. Attention to these aspects can result in a more humane and efficient health service, benefiting both the professionals and the community they serve.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health. Public policies. Illness.

## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
LOS	Lei Orgânica da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde
PNST	Política Nacional em Saúde do Trabalhador
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## **APÊNDICE**

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## SUMÁRIO

<b>TEXTO INTRODUTÓRIO .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOB UMA REVISÃO DOCUMENTAL?.....</b>	<b>17</b>
<b>A SAÚDE DAS OPERADORAS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UMA RELAÇÃO HISTÓRICA DO ADOECIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE NA FAMÍLIA .....</b>	<b>50</b>
<b>PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: QUEM CUIDA DA SAÚDE DO CUIDADOR?.....</b>	<b>77</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>1097</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>1119</b>
<b>APÊNDICE A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética. Error! Bookmark not defined.</b>	<b>4</b>
<b>APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>1245</b>

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A psicologia é uma ciência instigante e apaixonante. A admiração pela psicologia iniciou-se há 25 anos, quando a proponente desta pesquisa deu conta de que esse era o melhor caminho para a vida profissional.

No entanto, na vida nem sempre as coisas ocorrem conforme almeja-se. Na tentativa do ingresso à Universidade, a nota de corte atingida permitiu apenas a entrada na segunda opção no vestibular, o curso de Serviço Social. Foram quatro anos desafiadores, com a formatura em 2010 e, então, o ingresso no mercado de trabalho. Não obstante, o sonho de cursar Psicologia se manteve latente.

Em 2014, a divulgação do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera fez a proponente pensar que esse era o momento, dando início, então, a essa caminhada. Foram cinco anos de muito aprendizado e crescimento na graduação, muitas amizades cultivadas e mestres eternizados no coração. Hoje, como Assistente Social na Organização de Sociedade Civil (OSC) Toca de Assis Irmãs e psicóloga clínica, especialista em Avaliação Psicológica e Neuropsicologia, ela se encontra finalizando o Mestrado em Psicologia, este último, almejado desde a graduação.

Neste processo de formação profissional e pessoal, tanto na graduação como na pós-graduação, as questões relacionadas à saúde sempre estiveram presentes, de uma ou de outra forma. Foi desafiador ter que refletir de forma mais sistemática sobre a relação saúde/doença e cuidado/cuidador, uma discussão que remete a questões sujeitas a muitos atravessamentos de ordem familiar, cultural, social, sistêmico, entre outros.

Não é de hoje que tal temática tem causado inquietude à proponente, pois desde o seu estágio obrigatório em Psicologia, realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), essa

questão se mostrou relevante, agravando-se sensivelmente com a pandemia COVID-19, segundo a sua percepção.

Naquele período, ao observar, participar e refletir sobre as ações relacionadas à atenção dos usuários em uma UBS, ela também passou a indagar sobre a saúde dos operadores da política pública: como estaria a saúde desses profissionais? Quem cuida do cuidador?

Esses questionamentos inquietantes de antanho foram o pontapé inicial para a proposição de uma pesquisa que pretendeu discutir a pergunta que interroga pela saúde do servidor público sobre quem recai a responsabilidade pela acolhida, atenção e cuidado dos usuários do SUS que, por sua vez, buscam a Estratégia Saúde da Família (ESF) para cuidar de sua própria saúde e de seus familiares. Inicialmente a hipótese sugere o adoecimento psíquico dos operadores das políticas públicas de saúde que compõe a Estratégia Saúde da Família.

- O objetivo geral proposto para a pesquisa foi o seguinte:

Relacionar e discutir os aspectos que causam o adoecimento psíquico dos profissionais da ESF, no contexto da atuação laboral, com o propósito de enfatizar a necessidade de atenção à saúde mental dos mesmos.

- Para alcançá-lo, foram propostos os seguintes objetivos específicos:
  - Realizar uma revisão narrativa de literatura de maneira a levantar o estado da questão que interroga pela saúde do operador das políticas públicas de saúde.
  - Realizar uma revisão documental de forma a levantar o que está preconizado na Política Pública de Saúde sobre a saúde de seus operadores.
  - Escutar os operadores de uma ESF para determinar como eles vivem, sentem e compreendem a questão da própria saúde no contexto laboral da atenção em saúde.
  - Realizar a discussão do depoimento dos operadores da política à luz daquilo que preconiza a literatura e os textos da política, apontando, quando oportuno,

indicações para a aprimoramento do cuidado da saúde dos integrantes da equipe multiprofissional da ESF.

A pesquisa de estudo de caso foi realizada em uma unidade de atenção da Estratégia da Saúde da Família de um município localizado a 233 km da cidade de Campo Grande, capital do estado do Mato Grosso do Sul.

Inicialmente foi solicitada a devida autorização da Secretaria Municipal de Saúde, que também mediou o envio do convite de participação aos integrantes da equipe multiprofissional da Estratégia da Saúde da Família (ESF), constituída por 19 profissionais (10 agentes comunitários de saúde, 1 médica, 1 enfermeira, 2 téc. de enfermagem, 2 recepcionistas, 1 dentista, 1 aux. de dentista, 1 serviços gerais).

A pesquisa se caracteriza como de estudo caso, colocando em análise as narrativas dos participantes em vista à discussão do problema e objetivos propostos. Para instrumentar teoricamente a discussão, foi realizada uma pesquisa de análise narrativa de literatura a fim de explorar o estado da questão que discute a saúde dos operadores da política pública de saúde. Também foi realizada uma pesquisa documental, a fim de levantar aquilo que a Política preconiza sobre a saúde de seus operadores.

Apesar do método narrativo permitir a pesquisadora a liberdade na busca de bases, pensa-se que não houve privilégio de nenhuma base de dados na busca dos materiais consultados, justificando que a pesquisadora acredita que iria limitar a busca em base de dados X ou Y iria desvalorizar o presente tema.

O enquadramento do presente estudo se justifica pela relevância em pontuar no primeiro artigo, o que se estabelece nas políticas públicas de saúde na Atenção Básica bem como a relação documental de outros estudos sobre a saúde dos profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família. O segundo artigo permeia pela mesma caracterização metodológica, sendo pontuado os resultados encontrados nas Estratégia de Saúde da Família em outros estados



brasileiros, como comparativo do quadro de saúde da equipe que compõe a ESF. Já no terceiro e último artigo a metodologia aplicada refere-se com a análise do quadro atual da saúde dos profissionais da ESF em relevância do âmbito laboral.

Se tratou de uma pesquisa de enfoque qualitativo, que se valeu do instrumento da entrevista individual e do grupo focal para levantar as experiências que os operadores da política na ESF vivem em relação à sua própria saúde no seu local de trabalho. Tanto as entrevistas como o grupo focal foram gravados em áudio e posteriormente transcritos para a análise e discussão, fazendo, para isso, uso dos recursos da análise de conteúdo, tal como a propõem Bardin (1977).

Importa também ressaltar que a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, com o CAAE nº 65487122.10000.5162 Na sua execução, foram respeitados todos os aspectos éticos inerentes aos deveres da pesquisadora e direitos dos participantes, conforme determina a resolução número 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde – CNS.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi redigido com todas as informações sobre os procedimentos de coleta e de tratamento de dados, bem como da publicação científica de seus resultados. O modelo do TCLE se encontra no anexo III na presente dissertação.

Ao finalizar a coleta de dados e depois de realizada uma pré-análise dos mesmos, a pesquisadora, com a supervisão do orientador, ofereceu, em duas ocasiões, aos operadores da política naquela ESF, palestra sobre as questões relacionadas à saúde do trabalhador nas políticas públicas, de forma a colocar em discussão, entre os principais interessados no tema, alguns dos achados iniciais da pesquisa. Pretende-se ainda após o encerramento oficial do estudo, realizar um encontro (palestra ou reunião) como devolutiva aos participantes e a todas

as pessoas que tiverem interesse na temática, a fim de contribuir com os conhecimentos produzidos pela pesquisa.

A presente dissertação foi organizada na forma de artigos, de autoria da pesquisadora e do orientador, conforme a regulação vigente no Programa de Pós-graduação em Psicologia da UCDB, que prevê o mínimo de três artigos para uma Dissertação de Mestrado.

O primeiro artigo, com o título: **A política da saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde sob uma revisão documental**, apresenta os resultados de uma pesquisa de revisão documental dos textos normativos e orientativos que estão na base da criação e implantação do SUS para verificar o que se encontra preconizado na política sobre a saúde de seus próprios operadores. De forma geral, se encontrou que os documentos descrevem a trajetória do SUS desde a sua criação e como se dá a sua organização, bem como relaciona a saúde dos operadores das políticas públicas na ESF e sua qualidade de vida no trabalho.

O segundo artigo, com o título: **A saúde das operadoras das políticas públicas de saúde no Brasil: uma relação histórica do adoecimento na Estratégia Saúde da Família**, apresenta os resultados de uma pesquisa de revisão narrativa de literatura onde se mostra e se discute, ainda que parcialmente, o tratamento dado ao tema da saúde do operador da política no SUS. De forma geral, foi possível verificar que as publicações revisadas apontam para a fragilidade em que se encontra a saúde dos profissionais que compõe a ESF, considerando os diferentes estados e datas em que os dados foram apresentados, tornando-se nítidas as divergências laborais que são fatores colaborativos para o adoecimento da equipe ESF, onde podemos citar o desgaste físico e emocional em relação a demanda territorial e ambiental.

O terceiro e último artigo, com o título: **Profissionais da Estratégia de Saúde da Família: quem cuida da saúde do cuidador?**, relata os resultados de uma pesquisa de estudo de caso, com dados provenientes das narrativas dos integrantes da equipe multiprofissional de uma ESF e das observações da pesquisadora contidas em seu diário de campo. O texto discute

fundamentalmente a compreensão que os operadores da política têm de suas atividades laborais, de suas condições de trabalho, da gestão da política da ambiência laboral, bem como a compreensão da forma como elas incidem sobre seu estado de saúde, permitindo vislumbrar algumas medidas de prevenção em saúde viáveis para aquelas pessoas naquele contexto laboral.

A pesquisa tem por primazia a contribuição social e científica para o desenvolvimento de novas estratégias, recursos e propostas direcionadas a atender a saúde dos profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde, bem como gerar encontros e debates onde os próprios profissionais construam em consonância as políticas públicas de saúde e seus gestores um processo de cuidados, isto é, diretrizes que assegurem o bem estar dos profissionais no que tange o âmbito laboal.

**A POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SOB UMA REVISÃO DOCUMENTAL**

---

O Sistema Único de Saúde nasceu com a perspectiva de alterar a situação em que viviam os brasileiros, especialmente para aqueles que não contribuíam com a previdência social e não tinham direito de serem atendidos em sua rede de hospitais. Tem como função a prevenção e a promoção de saúde, um importante elemento na transformação do modelo de atenção à saúde proposta pelo SUS. É entendida como um mecanismo para fortalecer e implantar uma política transversal, intersetorial e integrada, que possibilite o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário e outros setores do governo (Ministério da Saúde, 2006).

Antes do século XX, a assistência à saúde repousava sobre conhecimentos bastante limitados. As informações vinham por meio de observação e estas eram usadas, no máximo, para evitar doenças. A cura era um resultado eventual (Gonzalo, 2016). O conceito de saúde pública a partir do século XX foi sendo construído e aperfeiçoado, e pode ser resumido na definição ditada por Charles Edward Amory Winslow, citado por Gonzalo:

Saúde pública é a arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, por meio de esforços organizados do estado para saneamento do meio ambiente, o controle de doenças infecciosas, a educação dos indivíduos em princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da maquinaria social de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção de sua saúde. (Gonzalo, 2016, p. 4).

Todos os constructos das políticas públicas de saúde partiram dos determinantes sociais da saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionados às condições de vida e trabalho de uma pessoa. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego. Eles permitiram que a prática da saúde cada vez

mais se estruturasse como função fundamental do Estado moderno, tanto no campo da prevenção, da promoção e da recuperação, entendendo prevenção como conjunto de medidas ou preparação antecipada de (algo) que visa prevenir (um mal); promoção ato que venha a elevar o status de um produto, indivíduo ou situação e recuperação por sua vez pode ser definida como readquirir o que foi perdido (Dicionário online de português).

Essas transformações foram decisivas para a construção de dois modelos predominantes de atenção à saúde: o modelo da seguridade social e o modelo do serviço nacional de saúde. A seguridade social é definida na Constituição Federal (1988), no artigo 194, caput, como um “(...) conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (...)”.

No final do século XX, os sistemas de atenção à saúde passaram por reformas tendo como base a agenda liberal de 1990, fixando-se em medidas no campo macroeconômico desses sistemas, como a descentralização, a introdução de mecanismos de mercado e os novos modelos de financiamento (Fernandes, 2003). Essas reformas, mesmo tendo consumido energia e recursos dos gestores da saúde, vieram a fracassar, pois não conseguiram agregar valores para as pessoas que se utilizavam dos sistemas de atenção à saúde.

Já no início do século XXI, a proposta é de mudar radicalmente o sentido das reformas sanitárias para um alinhamento aos objetivos dos sistemas de atenção à saúde, que são: alcançar um nível ótimo de saúde, garantia da proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, acolhimento humanizado dos cidadãos, oferta de serviços efetivos com base em evidências científicas, oferta de serviços seguros para os profissionais de saúde e para os cidadãos, eficiência dos serviços de saúde e serviços centrados nas necessidades, expectativas e valores dos cidadãos (Gonzalo, 2016).

A organização do serviço de saúde na Atenção Básica, segundo o Ministério da Saúde (2010), segue os princípios da regionalização e hierarquização, delimitando uma base territorial

formada por agregações sucessivas, como a área de atuação dos agentes de saúde, da equipe de saúde da família e a área de abrangência de postos de saúde. Não se trata só de um espaço político-operativo do sistema de saúde, o território onde se verifica a interação população-serviços no nível local caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde predefinidos.

Os municípios exercem um poder de decisão sobre a política de saúde no processo de descentralização, nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida das populações.

A OMS descreve os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, tornando assim os sistemas de atenção à saúde uma resposta social, organizada deliberadamente para atender as necessidades, as demandas e representações das populações, em um certo tempo e em uma determinada sociedade (Gonzalo, 2016).

Esse sistema, na prática social, pode apresentar-se em formas organizacionais diferentes, sendo elas os sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde. Os sistemas fragmentados são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns com os outros, tendo como consequência a incapacidade de prestar uma atenção contínua à população (Ministério da Saúde, 2011).

O Ministério da Saúde (2009) enfatiza que as redes de atenção à saúde são constituídas por três elementos, sendo eles: a população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A estrutura de uma rede de atenção à saúde só pode ser formada por meio de uma população registrada. Os sistemas de saúde organizados em rede exigem a construção e o conhecimento da população, território e espaço, articulando de forma singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente

da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A Constituição Federal (1988) criou o marco constitucional dos direitos sociais que levou, entre outros avanços, a criação do SUS, cujo princípio e doutrina afirma que a universalidade, a equidade, a integridade e o acesso ao usuário deve ser universal, garantindo atenção à saúde para todo e qualquer cidadão (Ministério da Saúde, 2009). O Programa Saúde da Família (PSF) teve sua incorporação, inicialmente, na região nordeste, onde a equipe de profissionais que o compunha visava trabalhar com base na reorientação do modelo assistencial biomédico, centrado na doença e no cuidado médico individualizado.

Os princípios do SUS são: a universalidade, nela o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde com garantia ao cuidado; a integridade, um conjunto de ações e serviços de saúde preventivos e curativos tanto individual quanto coletivo e, por último, a equidade, que assegura ações e serviços de todos os níveis de atenção, devendo garantir a todo cidadão o atendimento conforme suas necessidades, sem privilégios e sem barreiras (Ministério da Saúde, 2009).

Dentre as inúmeras ferramentas utilizadas pelos profissionais do SUS está a interdisciplinaridade, que possibilita compreender e integrar os diferentes processos de trabalho, com a perspectiva de tratar a pessoa como um ser complexo e integral, de forma que não seja fragmentado por partes, desta forma, cada profissional, ainda que responsável por uma ação específica à medida de sua especialização, opera sempre no conjunto interdisciplinar da interprofissionalidade (Campos, 2000). Segundo o autor, trabalhar com a concepção do processo saúde-doença e com a complexidade das pessoas e de suas relações sociais e pessoais demanda um conjunto de cuidados que envolvem, de forma interdisciplinar, todos os trabalhadores das redes de atenção, de vigilância e de promoção da saúde, todos fundamentais e indispensáveis.



Segundo Feurewerker (2011), a relação trabalhador-usuário proporciona aos profissionais envolvidos a oportunidade de identificar na acolhida, na atenção e no cuidado, o momento vivido pelo usuário e quais questões pessoais estão influenciando suas atitudes em seu processo de adoecimento. A promoção da saúde deve abranger todos sem distinção, e a colaboração da equipe é fundamental para que se tenha êxito nos atendimentos e no desempenho do trabalho. Uma boa comunicação pode assegurar um bom resultado nessa relação mutua, já que, quando não há compreensão por parte do usuário, o atendimento torna-se desgastante para ambas as partes.

A atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, pois é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, do vínculo, da integridade, da atenção, da humanização, da equidade, da participação social, da continuidade do cuidado. Considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Ministério da Saúde, 2011).

O reconhecimento das peculiaridades do fazer em saúde e da potencialidade do trabalho da equipe na viabilização do bem-estar do usuário torna-se o principal norteador da humanização do trabalho em saúde, sem este, o profissional desenvolveria um trabalho mecanizado, engessado em critérios de pré-julgamentos (Ministério da Saúde, 2006). Isso automaticamente deixaria de alcançar o objetivo do Ministério da Saúde no Plano Nacional de Humanização que preconiza:

(...) Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo de tais sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (...) (Ministério da Saúde, 2005).

A humanização, portanto, busca reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou

tecnicismo das relações, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre as pessoas que constituem os sistemas de saúde, tomando trabalhadores, gestores e usuários como atores de todo esse processo.

A Política Nacional de Humanização aborda em uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Tendo como objetivo, a primazia na atenção e gestão da saúde, para contribuir com a mudança das relações de trabalho, no espaço destinado ao atendimento e manutenção da saúde. De acordo com a Cartilha Humaniza SUS, a ambiência na saúde refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar em harmonia com um projeto de saúde, voltado para uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (Ministério da Saúde, 2009).

De acordo com Teixeira (2003), uma das apostas da Política Nacional de Humanização é a ideia de que é possível construir uma zona em comum entre os distintos interesses dos gestores, usuários e trabalhadores. Para que ocorra a construção, é preciso criar um espaço coletivo, onde é possível realizar encontro de pessoas. Neste espaço pode ser realizado o próprio ato de atendimento no serviço de saúde, bem como a realização de grupo ou oficina de planejamento. São nesses espaços que se pode construir corresponsabilidades e aumentar o grau de autonomia de cada um.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a Política Nacional de Humanização é centrada no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados, é ela que planeja e executa, garantindo o compartilhamento do poder, coavaliação, codecisão e coanálise. Compreende-se que esta atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e valorização dos trabalhadores. Neste processo de reflexão, visualizamos os sujeitos sociais como atores concretos e engajados em práticas locais, pois ao serem mobilizados, eles são capazes de, coletivamente, transformarem realidades à medida que transforma a si próprios neste mesmo processo.

O Humaniza SUS aposta que é possível construir vínculos entre os diversos profissionais nas equipes e usuários, produzindo graus crescentes de autonomia e corresponsabilidade, ele surge atrelado ao compromisso de uma efetivação real do Sistema Único de Saúde, pois é no âmbito da atenção básica que temos experiências expressivas de aumento do acesso aos serviços de saúde e de uma melhor qualidade do cuidado com os operadores e usuários.

### **Fundamentos e diretrizes da atenção básica**

A atenção básica está ancorada em cinco pilares que lhe confere consistência, eficácia, eficiência e efetividade nas ações de atenção e cuidado em saúde, refletindo na saúde e bem-estar tanto de operadores como de usuários da política, conforme segue:

I – Possuir um território adstrito, com jurisdição sobre o mesmo, de maneira a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;

III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a

perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos à profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar em si um potencial terapêutico;

IV – Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, desta forma integrando as ações programáticas e demanda espontânea; além de articular as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, realizar tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias, ampliando a autonomia dos usuários e coletividades. O trabalho deve acontecer de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. As ações entre os profissionais devem ser compartilhadas, mantendo um processo interdisciplinar, no qual, progressivamente, os núcleos de competências profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, para desta forma ampliar a capacidade da atenção e do cuidado.

V – Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade, principalmente na construção do cuidado frente a saúde das pessoas e da coletividade do território em relação ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde na organização e orientação dos serviços de saúde. Quanto à ESF e outras estratégias de organização da atenção básica, devem seguir as diretrizes da atenção básica do SUS.

Dentro da Atenção Básica, a pessoa, tanto no papel de operador da política quanto de usuário da mesma, é considerado na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças

e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Ministério da Saúde, 2010).

A Política Nacional de Atenção Básica chegou a este grau de desenvolvimento e de aperfeiçoamento do cuidado em saúde graças aos esforços de toda sociedade, pois desde o organismo de Estado e de governo até as mais diversas representações da sociedade civil organizada contribuíram de forma relevante para sua construção e continuam participando de sua gestão e de seu controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (Ministério da Saúde, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), a atenção básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, bem como abrange a promoção e a proteção de saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral, impactando a situação de saúde e autonomia das pessoas, além dos determinantes condicionantes de saúde das coletividades.

A PNAB (Ministério da Saúde, 2006) caracteriza o nível de atenção básica como um conjunto de ações de saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo, pois abrange a promoção e a proteção da saúde, prevendo agravos, diagnósticos, tratamento, manutenção de saúde e a reabilitação. Essas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. O Humaniza SUS diz que cada pessoa tem direito ao acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide, responsável por intervir sobre os mecanismos de produção de doença, pois o acompanhamento ao longo do tempo facilita a criação de vínculo terapêutico.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a atenção primária, assim como todos os

serviços de saúde, devem alcançar a resolutividade com base e de acordo com a PNAB, pois se trata de uma clínica ampliada, proposta que busca integrar os diferentes saberes em uma abordagem transdisciplinar, cujo seus eixos são: compressão do processo saúde-doença, incluindo seus determinantes sociais; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticos; ampliação do objeto de trabalho, que busca evitar a fragmentação na abordagem de pessoas e coletivos; transformação dos instrumentos de trabalho, de maneira a desenvolver a escuta e a empatia e, por último, realizar o suporte para os profissionais de saúde a fim de prevenir o adoecimento.

A longitudinalidade do cuidado na PNAB é a atenção orientada às pessoas ao longo do tempo, envolvendo vínculo com os profissionais da atenção primária. De acordo com o que estabelece os princípios e diretrizes da PNAB, os atributos da APS são: atenção ao primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

De acordo com a PNAB (Ministério da Saúde, 2006), cabe à APS organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), contando com o protagonismo da equipe multiprofissional, tanto no planejamento de ações quanto na programação dos serviços em toda rede.

A política de saúde e o controle social no campo de saúde, que objetivam atender os interesses da coletividade, surgiram por meio da redemocratização do país na década de 80, se fortalecendo na VII Conferência Nacional de Saúde, e foi regulamentado como Direito Constitucional que garante a participação efetiva do SUS dos setores organizados da Sociedade. Posteriormente, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, definiu as diretrizes para organização e funcionamento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

Na perspectiva do controle social, a PNAB, conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, orienta as equipes que participem da vida da comunidade de forma a estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção

Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, por meio de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

Mesmo havendo dificuldades na implantação dos Princípios e Diretrizes estabelecidos pela PNAB, é importante que seja percebida a necessidade de mantê-lo como norteador das práticas a fim de que os avanços alcançados na Atenção Primária desde a implantação do SUS sejam não somente mantidos, mas também ampliados, apesar das recentes perspectivas de retrocessos.

Dentro desse contexto, a promoção da saúde é um elemento fundamental na mudança de modelo de atenção à saúde proposta pelo SUS. Ela é compreendida como um mecanismo para fortalecer e implantar uma política transversal, integrada e intersetorial, de maneira a possibilitar o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário. Mediante este diálogo é que se visa criar redes de compromisso e corresponsabilidade, voltadas para a qualidade de vida da população, em que todos são partícipes na proteção e no cuidado com a vida (Ministério da Saúde, 2006).

Para Feureweker (2011), há uma dificuldade por parte de alguns operadores da política e também da gestão em construir uma nova percepção sobre a atenção básica, considerando sua complexidade e sua demanda de conhecimentos e práticas diferenciadas. Isso se dá pela formação profissional, muitas vezes centrada unicamente no espaço hospitalar e no modelo da biomedicina.

Se trata de uma política que se realiza na articulação indivíduo/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outras setores, visando romper a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, além de

reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (Ministério da Saúde, 2006).

Ao se referir à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), o Ministério de Saúde propôs, em 2006, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados ao modo de viver, condições de trabalho, habitação, educação, ambiente, cultura, lazer, acesso e a bens e serviços essenciais. Suas diretrizes, para tanto, são as seguintes:

- Divulgar e informar aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS sobre iniciativas voltadas à promoção da saúde, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.
- Reconhecer, na promoção da saúde, uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde.
- Promover mudanças na cultura organizacional, com o objetivo de implementar a adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.
- Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário.
- Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas.

O Plano Nacional de Saúde (2004/2007) de acordo com a Portaria n. 2607 teve como base as definições constitucionais, a legislação e regulamentação do SUS, o que representa um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção à saúde em um cenário sócio-histórico que se torna cada vez mais complexo e exige uma reflexão e qualificação continuada das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Tendo como sustentáculo princípios e diretrizes que estão descritos em seu arcabouço legal, portanto tem regras, legitimidade, o SUS representa



uma expressão política, organizacional e jurídica, enquanto política de Estado para saúde e não de governo.

O SUS é o sistema hegemônico do país, responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos brasileiros. Alberga um conjunto de serviços ambulatoriais especializados, fazendo parte da sua competência a oferta de serviços básicos na APS, por meio, principalmente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), compondo um conjunto que reúne ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como das ações de prevenção de doenças e de agravos.

Também abrange serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica; serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, com destaque para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), além de uma rede hospitalar de média e de alta complexidade. Torna-se necessário enfatizar que o SUS conta, nessa abrangência/magnitude, com serviços próprios (públicos), além de serviços contratados ou conveniados, de caráter privado complementar (filantrópicos e lucrativos).

Nas distintas regiões em que se encontra territorialmente dividida a atenção em saúde, será possível encontrar em operação uma rede de atenção (Ministério da Saúde, 2011), cujas unidades são responsáveis por garantir aos usuários o acesso universal e igualitário ao cuidado, tal como preconiza a política ao assinalar que “(...) os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam(...)” (Ministério da Saúde, 2010).

A construção das RAS no Brasil tem como referência a Portaria nº 4.279/10 e o Decreto nº 7.508/11, contudo, será enfatizada a APS enquanto base dessa construção. A Portaria nº 4.279/10 estabelece que há três elementos que são considerados estruturais na operacionalização das RAS, sendo o primeiro, a APS, como o centro de comunicação, o segundo são os pontos de atenção secundária e terciária, e o último, os sistemas de apoio, juntamente com os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Ao se falar em soluções em saúde, deve se considerar os sistemas logísticos, assentados sobre o eixo das tecnologias de informação, para racionalizar a operacionalização dos fluxos e contrafluxos das pessoas, promovendo a integração entre a atenção primária e os demais pontos de atenção à saúde (Ministério da Saúde, 2010).

### **Promoção e prevenção de saúde de trabalhadores da atenção básica**

As políticas de vigilância, de promoção e de cuidado à saúde dos trabalhadores do SUS surgiu em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n° 8.080 de 19 de setembro de 1990. No artigo 6° da referida Lei, se afirma que é da competência do SUS coordenar a política de saúde do trabalhador, sendo responsável pelo conjunto de atividades destinadas a proteção da saúde no trabalho.

Desta forma, o SUS coordena também a recuperação e a reabilitação dos trabalhadores que estão submetidos aos riscos e agravos advindos das condições e processos de trabalho. A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador está constituída pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), que tem o papel de criar ações intersetoriais e articuladas, que visem a prevenção do adoecimento relacionado ao trabalho, tal como preconiza a Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores (PNSTT), que tem como determinante o processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, focando na promoção da saúde (Ministério da Saúde, 2010).

Portanto, é necessário que estas ações visem promover a saúde do trabalhador, sendo direcionadas aos mais diversos seguimentos, dando ênfase em algumas ocupações que necessitam de uma maior atenção devido a sua alta prevalência de adoecimento. Caso estes dos profissionais que atuam na área de saúde pública e em serviços de Atenção Básica, incluindo os agentes comunitários de saúde.

Alguns autores ressaltam que essas ações devem ocorrer de modo interdisciplinar, multiprofissional e em rede, de modo a garantir o cuidado integral dos trabalhadores, pois o desenvolvimento de ações de saúde para estes profissionais é fundamental, haja vista que são eles que atuam na porta de entrada para o SUS, desempenhando papéis de grande relevância na assistência em saúde (Carácio et al., 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH) resalta em suas diretrizes a importância de realização de ações que promovam saúde e qualidade de vida no trabalho, por meio de inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, buscando superar limites e experimentando novas formas de organização dos serviços (Ministério da Saúde, 2009). Destaca também a necessidade de uma visão ampliada de gestão, capaz de estabelecer estratégias, firmar parcerias com os demais setores, despertar a participação e estabelecer uma sistemática interação entre planos, metas, padrões, orçamento anual e plano plurianual, contemplando projetos, programas e ações que gerem desenvolvimento socioeconômico e ambiental, obedecendo aos princípios da boa governança: transparente, mensurável, coerente, longo prazo, integridade no cumprimento da lei.

Ao se falar sobre os desafios e estratégias no gerenciamento de saúde pode-se dizer que, atualmente, as UBS apresentam ampliação da complexidade das suas ações como resultado do processo da municipalização em saúde. Portanto, é preciso repensar o papel do gerente destas unidades, a fim de que se tornem parceiros nas transformações que são necessárias à implantação do modelo de atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É necessário advertir que a prática gerencial na UBS possui uma dimensão política, além de administrativa e técnica.

De acordo com Campos (1992, p. 156) “(...) o planejamento em saúde dentro de uma visão estratégica deve se constituir num processo de caráter permanente e participativo, ao mesmo tempo com uma dimensão técnica e política (...)”. Desta forma, o plano local de gestão

deve ser visto como o principal instrumento orientador da gerência dos serviços, servindo como uma referência para a supervisão e periódica avaliação das equipes e serviços de saúde.

Para Mishima (1995), o conjunto de ações desenvolvidas na atenção em saúde devem ter como objetivo permitir a estruturação física e o desenvolvimento dos trabalhadores por meio de uma alocação adequada dos recursos necessários para a prestação da assistência à comunidade. Para coordenar os serviços é também necessária a existência de um sistema de informação que identifique a estruturação da organização como um conjunto de mecanismos de divisão e de coordenação do trabalho.

A supervisão direta, para Dantas (2000), ajuda a padronizar os processos, os resultados, as qualificações e as normas de comportamentos. Portanto, para coordenar os serviços também é necessária a existência de um sistema de informação que ofereça dados sistematizados e confiáveis para sustentar o processo de tomada de decisões e o estabelecimento de propostas de intervenções, oferecendo, assim, um retorno de informações que colabora para o aumento do compromisso dos trabalhadores com a qualidade do trabalho.

Já Araújo (2009) enfatiza que no SUS os servidores estão organizados em rede onde suas práticas de saúde estão orientadas pelo trabalho de equipes multiprofissionais e multidisciplinares. O autor ressalta que, para realizar o cuidado em saúde, é necessária a interação entre os profissionais, familiares e usuários, enfatizando que a comunicação é o meio de interação entre estes. Sendo assim, a comunicação é fundamental e relevante para a construção de vínculo e efetivar o trabalho da equipe.

A gestão é uma tarefa coletiva e sistêmica, não é atribuição de uma minoria dotada de poder e/ou conhecimentos especializados. Como sistema, a gestão deve cumprir três funções básicas, a saber: administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; realizar a cogestão como forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições e, ainda, uma pedagógica e uma terapêutica; fazer com que os processos de

gestão influam construtivamente sobre a constituição das pessoas (Campos, 2000).

Todos os critérios já citados fazem referência ao que é necessário para o bom funcionamento de um espaço destinado ao atendimento de pessoas, principalmente as que se encontram em vulnerabilidade física, emocional e/ou psíquica, pelo que a atividade de gestão e humanização do ambiente deveria contar com a participação ativa de um(a) psicólogo(a). Dentro deste contexto, Sakamoto (2007, p. 14) explica:

A ação do psicólogo em seu exercício profissional é essencialmente criativa, na medida em que ele necessita se adaptar a diferentes objetivos, contextos e populações, nas suas variadas áreas de atuação... é inevitável que a criatividade está implicada na relação profissional estabelecida pelo psicólogo, em qualquer de seus contextos de atuação.

É natural no ser humano a interpretação dos arranjos cênicos ao seu redor, já que, para Arnheim (2002), citado por Sakamoto (2007, p. 50), o domínio do inconsciente nunca poderia entrar em nossa experiência sem o reflexo das coisas que nos são perceptíveis. As características do ambiente ou espaço em que se está inserido são relevantes para o desenvolvimento de potencialidades ou fragilidades, não de forma isolada, e sim colaborativa, seja para gerenciar o bem ou o mal.

A imagem é imprescindível como recurso de comunicação, também definida em termos de sua qualidade estética, auxiliando na construção da proximidade ou do afastamento entre as pessoas. O trabalho de produção de uma adequada ambiência alcança seu objetivo quando possibilita o estreitamento e a boa comunicação dos indivíduos inseridos no ambiente.

É importante ressaltar que a qualidade de vida no trabalho das equipes é influenciada por diversos fatores como: o envolvimento de cada membro do grupo com objetivos produtivos, as más condições de trabalho, a alta rotatividade, além de diversos problemas de relação interpessoal que podem, por sua vez, causar um ambiente propício ao surgimento de problemas de saúde ligados as atividades profissionais. São fatores que podem contribuir para a piora na

qualidade, na eficácia e na segurança das ações de prestação de serviços de saúde a população em geral (Carvalho et al., 2010).

Deve-se ressaltar outro fator importante que também influencia a qualidade de vida desses trabalhadores, que é justamente a sua inserção no mercado de trabalho. Observa-se que muitos destes servidores são concursados e possuem estabilidade, porém, se torna cada vez mais comum a terceirização e a privatização destes serviços, muitos de forma precária, nas formas de contratação e dos cortes de pessoal, visando economia de gastos. Além disso, as exigências formativas têm sido ampliadas, tendo em vista a amplitude do trabalho no contexto de saúde (Brehmer & Ramos, 2014).

Diante deste contexto, constata-se que são muitos os desafios para a efetivação da PNSTT para poder promover saúde a estes trabalhadores. Frente a esta complexa realidade, os profissionais da saúde são convidados a pensar em alternativas viáveis e inovadoras para viabilizar a promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica, podendo assim impulsionar melhoras no desempenho laboral (Kumar et al., 2013).

Na Saúde Pública existe uma diferença entre prevenção e promoção, nesse sentido, Brehmer e Ramos (2014) descreve que o termo prevenir tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite danos, que seja prejudicial, e impedindo que se realize; já a promoção da saúde se refere as ações sobre determinantes sociais da saúde, com função de impactar de forma favorável a qualidade de vida.

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a fim de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo assim sua incidência e prevalência na população, com o objetivo de controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante

a divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças de hábito (Leavell & Clarck, 1976).

É necessário que o profissional da saúde também esteja seguro de suas limitações e tenha de si mesmo um autoconhecimento. Desta forma, conseguirá evitar atitudes de frieza e distanciamento perante o usuário e seus colegas de trabalho, como também possíveis sentimentos de impotência, angústias e culpa (Rios, 2009).

Ao se referir aos atendimentos na atenção básica, não se pode deixar de ressaltar a importância dos agentes comunitários de saúde, os ACS, responsáveis em fazer o intercâmbio entre a comunidade e a equipe de saúde da família. O agente comunitário de saúde acumula em sua trajetória, desde a criação da função, uma história marcada pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação.

Tornando-se como ponto de referência inicial a criação do Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará, em 1987, somam-se mais de vinte anos de história. Esses operadores das políticas públicas de saúde são considerados como personagem-chave na organização assistencial, na medida em que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde e supervisionado pela equipe da enfermagem.

A vulnerabilidade desse trabalho faz com que os agentes comunitários de saúde se deparem com a miséria, a violência, a falta de perspectiva, dentre outras situações, produzindo-lhes um sentimento de frustração e inutilidade, sentindo-se impotentes e incapazes de ajudar, pois nessas condições eles também necessitam de ajuda e cuidado.

O psicólogo enquanto gestor e facilitador do processo de humanização deve contribuir para a criação e implementação de políticas públicas direcionadas à realidade social, considerando sempre a saúde como um resultado de inúmeras variáveis como idade, sexo, hereditariedade, estilo de vida e condições socioeconômicas, preconizando sempre um olhar

mais atento para os aspectos psicológicos diretamente relacionados com a vivência e subjetividade humana (Maia et al., 2011).

Portanto, refletir sobre a saúde do trabalhador no SUS significa assinalar uma área de conhecimentos na qual se propõe compreender as manifestações das condições de trabalho, não apenas relacionadas ao acidente de trabalho, mas sim do ponto de vista de uma compreensão ampliada de saúde, pois as precariedades das condições de trabalho manifestam uma violação dos direitos trabalhistas, na forma de insalubridade e insegurança do ambiente de trabalho (Minayo-Gomes & Lacaz, 2005).

Segundo Minayo-Gomez e Lacaz (2005) o uso desta expressão “saúde do trabalhador” está guiado pela compreensão mais ampla da realidade, que na acepção marxista tem como núcleo básico o processo de trabalho:

[...] A análise dos processos de trabalho é uma ação teórico-prática potente, pois permite identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde. (Minayo-Gomes & Lacaz, 2005, p. 799)

De acordo com Dejours (1994), o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho. Quando a relação entre gestão e colaborador é bloqueada, começa a surgir o sofrimento, pois a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Para Chiavenato (2000), a qualidade de vida no trabalho abrange os fatores físicos do local de trabalho e os fatores psicológicos, onde de um lado está a empresa que busca a produtividade com qualidade e, do outro lado, está o trabalhador que reivindica as questões de bem-estar e satisfação no âmbito de trabalho.

Há a necessidade de uma escolha conceitual pelo que se compreende por Qualidade de



Vida no Trabalho (QVT), de modo que as organizações possam nortear suas políticas de gestão de pessoas visando o bem-estar dos indivíduos no trabalho. Para Guimarães e Freire (2004) QVT é entendida como um instrumento que visa tornar os cargos mais produtivos e satisfatórios e aumentar os níveis de motivação e bem-estar dos seus colaboradores. De acordo com os autores, os elementos-chave deste processo apóiam-se em quatro pilares básicos:

- Resolução de conflitos.
- Reestruturação da organização do trabalho.
- Inovação nos sistemas de recompensa (financeiras e não financeiras).
- Melhoria no ambiente de trabalho (clima, cultura, ambiente, ergonomia e assistência).

Ao melhorar a satisfação do trabalhador, melhora-se a produtividade, pois quando a pessoa está satisfeita com a atividade que está realizando conseqüentemente estará com um sentimento positivo perante a sua vida e, assim, terá uma qualidade de vida satisfatória.

A preocupação com o comprometimento organizacional e a satisfação no trabalho não é recente. Na verdade, o conceito tem uma rica ancestralidade, remontando aos estudos da administração científica no início do século XX e ao desenvolvimento subsequente do fordismo nos anos de 1920, baseado em noções do racional econômico e na organização informal. (Teixeira, 2003 p. 262).

A qualidade de vida no trabalho está diretamente ligada a motivação, pois ela é responsável por afetar as atitudes pessoais e comportamentais relevantes para a produtividade individual e grupal, tais como: motivação para o trabalho, adaptabilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade e vontade de inovar ou aceitar mudanças e, principalmente, agregar valor à organização (Chiavenato, 2000).

Segundo o autor citado acima, é necessário que os gestores avaliem e reconheçam a influência exercida pelos fatores psicológicos individuais para entender a produtividade dos trabalhadores, o absenteísmo, a rotatividade e a satisfação. Será a partir do conhecimento sobre

os colaboradores que será possível intervir e influenciar, de forma direta ou indireta, na satisfação dos mesmos.

Chiavenato (2000) chama a atenção para os fatores higiênicos e os fatores motivacionais, que são independentes e responsáveis pela satisfação profissional das pessoas. A motivação no ambiente de trabalho surge pela ação do colaborador para executar com precisão e presteza as suas atividades e persistir na sua execução até conseguir o resultado previsto ou esperado, e, geralmente, a motivação envolve três componentes: o impulso, a direção e a persistência.

A motivação de uma pessoa depende da força de seus motivos, entendidos como os desejos que habitam sua interioridade. Motivos que impulsionam a busca de sonhos, objetivos e, até mesmo as condições básicas para sobreviver, o que leva a uma responsabilidade em relação à necessidade de um autoconhecimento que permita compreender suas motivações internas e externas.

Quanto aos fatores higiênicos, referem-se às condições que rodeiam o trabalhador enquanto executam suas funções: as condições físicas, ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, entre outros.

Ainda sobre os fatores motivacionais, parece interessante indicar que os conteúdos do cargo e as tarefas estabelecidas são fatores que proporcionam um efeito duradouro de satisfação e de aumento de produtividade em níveis de excelência desse trabalhador (Fernandes, 2003).

O Ministério da Saúde, a partir da portaria nº 1339 de 18 de novembro de 1999, instituiu a lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, e incluiu a Sensação de Estar Acabado, “Síndrome do Esgotamento Profissional” (Z73.0), nos transtornos mentais e do comportamento relacionado com o trabalho, tendo como agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional o Ritmo de trabalho penoso (CID10 Z56.3) e Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (CID10 Z56.6).

A exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, diminuição de empatia; aumento da suscetibilidade para doenças, cefaléia, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes muitas vezes desagradável e não desejada (Trigo et al, 2007, p. 225).

Ainda segundo Trigo et al. (2007) a satisfação no trabalho é a atitude geral de um indivíduo em relação ao seu trabalho, envolvendo as relações de poder; o ambiente; a organização do trabalho; as políticas e programas de gestão da sua história e os desejos dos colaboradores no sentido singular e coletivo. Ainda segundo Guimarães et al. (2004 p. 57) “(..) A situação saudável de trabalho seria a que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso com o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho (...)”.

No entanto, o misto de satisfação e insatisfação em relação ao trabalho pode gerar consequências na vida pessoal e profissional do indivíduo. De acordo com Carvalho et al. (2010), a insatisfação no trabalho conduz ao estresse, sendo que este pode estar presente em todos os contextos de trabalho, em maior ou menor grau, em todos os níveis hierárquicos de uma organização. Seu caráter destrutivo reflete-se em nível individual e organizacional e representa elevados custos para as sociedades.

A investigação acerca da satisfação e saúde pode fornecer dados relevantes para concepção, implementação e avaliação de medidas preventivas e corretivas no ambiente psicossocial no trabalho, visando a promoção da saúde nas pessoas (Martinez & Paraguay, 2003), visto que a satisfação está diretamente ligada a fatores da vida pessoal e profissional que levam em consideração o ambiente e o comportamento do mesmo.

Esses problemas podem ser gerados por jornadas longas ou atividades cansativas;

preocupação em relação ao aumento de salários ou promoções; medo de ser demitido; mudanças imprevistas; falta de estímulo e apoio das pessoas que o cercam (que inclui supervisores, líderes e colegas); orientação ou gerenciamento inadequado de seus superiores; constrangimentos organizacionais; crescente pressão da competição; condições ambientais insalubres ou de alta periculosidade; acúmulo de exigências; fortes e constantes demandas de reciclagem e adaptação; cansaço físico e emocional; flexibilização de horários de trabalho semanal; interrupções temporárias; transferência involuntária; mudança de função ou profissão; readaptação profissional; desemprego temporal; medo de fracassar; conflitos diários no trabalho; rituais e procedimentos desnecessários (Guimarães & Freire, 2004).

Segundo Malvezzi (2010), o psicólogo na organização tem por finalidade a ideia de conhecer o lado psíquico do indivíduo, tornando-o consciente de suas ações para uma melhor qualidade de vida, considerando que o clima organizacional influencia direta e indiretamente no comportamento dos colaboradores, na motivação, na produtividade e também na satisfação das pessoas envolvidas na organização.

O psicólogo tem um dever e compromisso ético com a saúde mental dentro das organizações, desenvolvendo atividades para lidar com o sofrimento mental e psíquico relacionado ao trabalho, transformando-o em um sofrimento criativo. Além disso, atua na redução de conflitos, ampliando as estratégias de domínio dos gestores e reduzindo a consciência crítica do trabalhador em prol da transformação.

O psicólogo tem, de certa forma, uma maior possibilidade de intervenção na organização, dentro dos interesses dos gestores, como o foco nos fatores de saúde mental dos colaboradores. O psicólogo é como um consultor de RH, um profissional que busca compreender o sentido do trabalho na vida do colaborador, que pode planejar sua ação voltada para as mudanças positivas dentro da organização e na vida de cada trabalhador (Guizardi & Cavalcanti, 2010).

O atendimento realizado por psicólogos na atenção básica se destina a todos os usuários da unidade básica, bem como a população adstrita do território, ou seja, toda a comunidade na qual tem um papel mais ativo. Não se trata somente de atender a demanda da unidade de saúde, mas também de ir ao encontro da comunidade, visando um trabalho educativo de promoção em saúde, realizada em conjunto com a equipe da unidade, por meio de projetos, caminhadas, grupos, festas, entre outros, de maneira que envolva os residentes (Maia et al., 2010).

### **Considerações Finais**

O trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão, que envolve toda a equipe. Inúmeras pessoas transitando e conversando, sons agudos, intermitentes e variados, queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho constituem o cotidiano da maioria desses profissionais e, em particular, a do enfermeiro. As pessoas que cuidam, sejam elas profissionais ou familiares, acabam por sofrer um grande desgaste emocional, porém passam a ideia de que cuidam também de si mesmas (Fernandes, 2003). Ocorre que, cuidar e ser cuidado envolve relação interpessoal, que também é sempre desgastante.

O cuidado, por sua própria natureza, possui dois significados que se inter-relacionam, por ser uma atitude de atenção e solicitude para com o outro, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, pois o cuidador se sente envolvido afetivamente e ligado ao outro. Essa é uma necessidade também do profissional que cuida.

A revisão identificou que a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida são constructos multidimensionais, que abrangem aspectos físicos, psicológicos, sociais e organizacionais. Demonstrou também que, um ambiente de trabalho saudável e satisfatório contribui para o bem-estar físico e mental dos profissionais, bem como para a sua produtividade e satisfação.

## Referências

- Araújo, T. C. C. F. de. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 61(2):1-13.
- Brehmer, L. C. F., & Ramos, F. R. S. (2014). Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1):228-37. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.
- Campos, G. W. de S. (1992). *A saúde pública e a defesa da vida*. Editora Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. Editora Hucitec.
- Carácio, F. C. C., Conterno, L. de O., Oliveira, M. A. de C., Heiras de Oliveira, A. C., Marin, M. J. S., & Braccialli, L. A. D. (2014). A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7):2133-2142. <https://repositorio.usp.br/item/002494762>.
- Carvalho, L. S. F., Matos, R. C. S., Souza, N. V. D. O., & Ferreira, R. E. D. S. (2010). Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de Enfermagem. *Cienc. Cuid. Saude*, 9(1), 60-66.
- Chiavenato, I. (2000). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas*

*organizações*. (6ª ed.). Editora Campus S.A.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). *Diário Oficial da União* (1988, 05 de outubro).

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Dantas, T. C. C. (2000). *A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Universidade Federal da Bahia.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011, 28 junho). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. *Diário Oficial da União* (2011, 29 junho). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Editora Atlas.

Fernandes, E. C. (2003). *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Casa da Qualidade.

Feuerwerker, L. C. M. (2011). A cadeia do cuidado em saúde. In J. J. Martins & S. Rego (Orgs.), *Educação médica: gestão, cuidado e avaliação* (pp. 99-113). ABEM e

Editora Hucitec.

Gonzalo, V. N., & Malik, A.M. (2016). *Gestão em Saúde*. Guanabara Koogan Ltda.

Guimarães, L. A. M., & Freire, H. B. (2004). *Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde*. (Vol. 2). Casa do Psicólogo.

Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. L. (2010). O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*, 20(4).

<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.

Kumar, R., Ahmed J., Shaikh, BT, Hafeez, R., & Hafeez, A. (2013). Satisfação no trabalho entre profissionais de saúde pública que trabalham no setor público: um estudo transversal do Paquistão. *Hum Recursos Saúde.*, 11(2). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-2>.

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. *Diário Oficial da União* (1990, 20 setembro).

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#)

Leavell, S. & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill.

Maia, A. O. N., Tondin, C. F., Ciliberti, M. E., & Barros, M. N. dos S. (2011). *Como a*



*Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. CREPOP.*

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/07/conasems\\_crepop\\_v41.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/07/conasems_crepop_v41.pdf)

Malvezzi, S. (2010). *A profissionalização do Psicólogo: Uma história da promoção humana*. Artmed.

Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno psicologia sociedade e trabalho*, 6(1):59-78.

Recuperado em 26 de abril de 2024, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172003000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200005&lng=pt&tlng=pt).

Minayo Gomez, C., & Lacaz, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>.

Ministério da Saúde. (2005). *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf).

Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. (4ª ed.).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf).

Ministerio da Saúde. (2006). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. (1ª ed.).

<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/server/api/core/bitstreams/9106fe83-7027-42b7-86ed-8d5776df236c/content>.

Ministério da Saúde. (2009). *O Humaniza SUS na Atenção Básica*.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)

Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2ª. ed.).

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf).

Ministerio da Saúde. (2010). *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e*

*Trabalhadores do SUS*. (4ª ed.).

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf).

Ministerio da Saúde. (2011). *Acolhimento à Demanda Espontânea*. (1ª ed.). Cadernos de Atenção Básica (28).

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf).

Ministério da Saúde. (2012). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política*

*Nacional de Educação em Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde*.

Editora do Ministério da Saúde.

Mishima, S. M. (1995). *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em*

*Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*. [Tese de Doutorado em enfermagem], Universidade de São Paulo.

Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. (1999, 18 novembro). Lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Diário Oficial da União* (1999, 19 novembro). Recuperado em 26 de abril de 2024, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 setembro). 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, 22 setembro). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. (2004, 10 dezembro). Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União* (2004, 13 dezembro). <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/legislacao-indigenista/seguridade-social/portaria-n-2-60-de-10-12-2004.pdf>

Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. (2013, 19 novembro). Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União* (2013, 20 novembro). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, 30 dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* (2017, 3 outubro). Recuperado em 26 de abril de 2024, de

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Rios, I. C. (2009). *Caminhos da Humanização na Saúde*. Áurea Editora.

Sakamoto, C. K. (2007). *Um olhar criativo sobre a prática em psicologia: posições teóricas e técnicas*. Editora Mackenzie.

Teixeira, C.F. (2003). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(65):257-277.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica* 34(5):223-233.

**A SAÚDE DOS OPERADORES DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE  
SAÚDE NO BRASIL: UMA RELAÇÃO HISTÓRICA DO  
ADOCIMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

A Atenção Básica ou Primária em Saúde (APS) é conhecida como a porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços na rede de saúde, dos mais simples aos mais complexos.

No Brasil, existem diversos programas governamentais relacionados à APS, dentre eles está o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente redefinido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que está inserida na Unidade Básica de Saúde (UBS). A referida estratégia está constituída por uma equipe multiprofissional, cujo trabalho é levar às comunidades os serviços que são ofertados na UBS, tais como: consultas, exames, vacinas, curativos e outros procedimentos (Ministério da Saúde, 2011).

Este estudo objetiva revisar documentos e publicações científicas sobre o estado da questão que interroga pela saúde dos operadores das políticas públicas de saúde que compõe a PSF, pelo que, será mencionado por vezes a APS, já que a ESF é uma estratégia da atenção primária que se encontra em operação no espaço físico da UBS.

Por se tratar da saúde do operador da política, e considerando que este está inserido na equipe multiprofissional, serão inevitáveis as referências à atuação dos servidores nessa equipe da ESF.

Ainda se considera relevante mencionar que esta pesquisa se apoia em duas fontes: a documental e a científica. Documental, pois se faz necessário levantar e discutir o que a política preconiza sobre a saúde do servidor que atua na ESF. A segunda fonte refere-se às pesquisas científicas publicadas que discutem, a partir da realidade laboral do servidor, o estado da saúde do operador das políticas públicas de saúde.

A literatura mostra que o tema da saúde, tanto de usuários como de operadores das políticas públicas de saúde, vem se tornando relevante para a ciência, sobretudo a partir dos avanços produzidos pela consagração constitucional dos direitos sociais, entre eles, o direito à atenção em saúde. Além disso, se mostra como um tema de atualidade já que os meios de

comunicação e outras agências de formação da opinião pública vem se manifestando abertamente sobre questões relacionadas à atenção em saúde da população, com ênfase nas mais vulneráveis, bem como sobre a qualidade da atenção dispensada pelos operadores a esses usuários.

No final do século XX, os sistemas de atenção à saúde passaram por reformas tendo como base a agenda liberal de 1990, fixando-se em medidas no campo macroeconômico desses sistemas, como a descentralização, a introdução de mecanismos de mercado, os novos arranjos organizativos e os novos modelos de financiamento. Essas reformas, mesmo tendo consumido energia e recursos dos gestores da saúde, vieram a fracassar, pois não conseguiram agregar valores para as pessoas que se utilizavam dos sistemas de atenção da época (Gonzalo, 2016).

Ainda segundo Gonzalo (2016), no início do século XXI, a proposta foi mudar radicalmente o sentido das reformas sanitárias para um alinhamento aos objetivos dos sistemas de atenção à saúde, que são: alcançar um nível ótimo de saúde, garantia da proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos, acolhimento humanizado dos cidadãos, oferta de serviços efetivos com base em evidências científicas, oferta de serviços seguros para os profissionais de saúde e para os cidadãos, eficiência dos serviços de saúde e serviços centrados nas necessidades, expectativas e valores dos cidadãos. Essas transformações foram decisivas para a construção de dois modelos predominantes de atenção à saúde: o modelo da seguridade social e o modelo do serviço nacional de saúde (Gonzalo, 2016).

Os sistemas de atenção à saúde social podem apresentar-se em formas organizacionais diferentes, sendo elas os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde. Os sistemas fragmentados são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outros, tendo como consequência a incapacidade de prestar uma atenção contínua à população (Ministério da Saúde, 2011).

Considera-se importante mencionar aqui que, a Constituição Federal de 1988,

atualmente vigente, instituiu o SUS como o princípio e a doutrina da universalidade, da equidade e da integralidade para garantir acesso ao usuário de modo universal, bem como a atenção em saúde para todo e qualquer cidadão (Brasil, 2016).

Quando estabelecida inicialmente, a equipe de profissionais que compunha o PSF visava trabalhar com base na reorientação do modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado para uma concepção mais coletiva e ampliada da atenção em saúde (Marques, 2009).

O reconhecimento das peculiaridades do fazer em saúde, na viabilização do bem-estar do usuário pela potencialização do trabalho da equipe de saúde, torna-se o principal norteador da humanização do trabalho em saúde, sem este, o profissional desenvolve um trabalho mecanizado e engessado por critérios de pré-julgamentos (Ministério da Saúde, 2006).

Uma tal mecanização e engessamento deixaria de alcançar o objetivo do Ministério da Saúde no Plano Nacional de Humanização (PNQ), também conhecido como Humaniza SUS, que preconiza:

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (Ministério da Saúde, 2010, p. 3).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico, que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando de forma singular as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em



determinado tempo e em determinada sociedade (Mendes, 2007).

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) define os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de atividades cujo o propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, tornando assim os sistemas de atenção à saúde uma resposta social, organizada deliberadamente para atender as necessidades, as demandas e representações das populações em um certo tempo e em uma determinada sociedade (Gonzalo, 2016).

As UBSs são consideradas a porta de entrada do SUS, por estarem inseridas nas comunidades, mantendo uma proximidade com o usuário na relação de prevenção do adoecimento e promoção de saúde, que, além do atendimento geral, dispõe também do acompanhamento primordial definidos em grupos gestantes, hipertensos, neonatal (Ministério da Saúde, 2010).

Para o SUS, a concepção de território é utilizada para descrever espaço vivo e em permanente construção, a demanda desse território constituirá o cenário de atuação dos profissionais que compõem a ESF que será referida a seguir.

O PSF preconiza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, de modo que essa prática aconteça no seu domicílio (Ministério da Saúde, 2006). Em 1994, o PSF passou a ser definido como ESF, como parte da política de reorientação das redes integradas de atenção à saúde no Brasil e como eixo estrutural da reorganização e qualificação da atenção básica de acordo com o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Sua proposta de cuidado envolve indivíduos e famílias em uma ação continuada de intervenção, comunicação e formação, promovendo a criação de vínculo entre usuários e equipes de saúde da ESF, considerando o contato constante do usuário com a equipe de saúde uma característica relevante que se dá pelo fato de os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) serem residentes no território de trabalho (Guizardi & Cavalcante, 2010).

Segundo Andrade et al. (2011), o planejamento das ações de saúde deve ser compreendido, apreendido, analisado e visualizado espacialmente pelos profissionais e gestores dos distintos pontos de atenção, considerando as características do território, pois este se manifesta com maior evidência na determinação do processo saúde-doença, presente na situação de saúde da população.

O território compreendido por cada região e suas características demográficas traz consigo os costumes das pessoas que ali residem, as características que permitem descrever essas pessoas, como uma região onde, por exemplo, os residentes são majoritariamente idosos, ou imigrantes.

### **A ESF como organização de trabalho**

Neste contexto de alta complexidade territorial, social, estratégica, técnica e multiprofissional, opera o servidor público responsável pela atenção em saúde na ESF. Somado a isso, também se encontram as condições sócio-ocupacionais do serviço público, muitas vezes noticiadas como desfavoráveis. Este panorama de múltiplos atravessamentos sugere a necessidade de uma discussão das questões de saúde desses operadores da política.

Para a realização desse estudo se fez uso dos documentos das Políticas Públicas de Saúde, bem como de pesquisas realizadas em alguns Estados do Brasil, tais como: Fortaleza/CE, Ceará-Mirim/RN, Teixeiras/MG, Santa Maria/RS, Botucatu/SP. Isso se deu com o objetivo de apresentar um quadro aproximado do estado questão da saúde dos profissionais que compõem a ESF.

O trabalho apresentado por Medeiros et al. (2016) descreve as características dos operadores das políticas públicas de saúde na Atenção Básica do município de Botucatu (SP). Os autores ressaltam que estes se encontravam submetidos a altas demandas psicológicas e a

fatores estressantes elevados no ambiente de trabalho, haja vista as cobranças por parte da gestão na entrega de dados e o desgaste inerente à rotina de trabalho, entre outras situações observadas no exercício profissional.

Em certa medida, pareceria ser contraditório, quando percebemos que os profissionais que atuam na promoção e prevenção de saúde de uma ESF, por diversas situações, acabam descuidando de sua própria saúde, o que pode refletir na assistência prestada ao usuário, quando os profissionais descrevem hábitos de vida e relação com o trabalho pouco saudáveis. Também admitem que seu desempenho profissional pode sofrer a influência de seu estilo de vida (Medeiros et al., 2016).

Outro estudo realizado por Medeiros et al. (2016) abordou a saúde da equipe que compõe a ESF inserida nas UBSs do Município de Santa Maria - RS. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores. Este estudo revelou que as principais características, no que se refere à saúde dos profissionais, apresentam comprometimento com as dores físicas e episódios depressivos, além disso, observa-se falta de adesão a comportamentos saudáveis em relação à alimentação, atividade física e de lazer.

A descrição dos fatores estressores gerou uma lista de apontamentos, como: a falta de recursos materiais, conflitos no trabalho, despreparo profissional, pressão externa, política partidária, falta de reconhecimento profissional, irresponsabilidade, disputa de poder, concorrência, autoritarismo, sobrecarga de trabalho, envolvimento da vida pessoal no trabalho (Medeiros et al., 2016).

Independente do cenário ou do grau de sofrimento, os profissionais da atenção básica ou primária devem estar atentos para perceber as peculiaridades de cada situação, considerando todo contexto que, direta ou indiretamente, influenciam no processo de saúde, buscando aplicar os diversos recursos e tecnologias (leves, leve-duras e duras) que auxiliem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, (re)construir a autonomia, proporcionar

bem-estar, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e o abandono (Ministério da Saúde, 2010).

A pesquisa realizada por Pinto et al. (2010) apresenta pontos que aprofundam a reflexão já que, assim como os pesquisadores já citados, teve também o objetivo de analisar as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da ESF na cidade de Ceará-Mirim, Rio Grande do Norte, em 2007.

Os pesquisadores aplicaram questionário semiestruturado com análise quali-quantitativa de dados a 190 profissionais da ESF. Dentre os resultados apresentados, o fato de os profissionais conhecerem muito bem a área geográfica onde a ESF está localizada é considerado como um aspecto positivo para a realização das atividades, em contrapartida, os aspectos negativos são numerosos, como o grande número de famílias acompanhadas por equipe; as divergências de modalidade contratual; as diferenças de salário e de carga horária diária entre os servidores, bem como a não disponibilidade de equipamentos, instrumentos e insumos.

Os profissionais da ESF consideram sua remuneração insuficiente, o que impulsiona a busca por outro vínculo empregatício de modo a complementar a renda salarial e, por fim, os contratos, que são temporários, produzem uma rotatividade que dificulta o processo de interação e vínculo (Pinto et al., 2010).

Os resultados obtidos pelos pesquisadores deixam nítidos os fatores que levam ao descontentamento ou à não satisfação na execução do trabalho diário dos profissionais da atenção básica, como os desgastes físicos, emocionais e pouca adesão a comportamentos saudáveis, além de ser relevante considerar as questões mais pessoais, como financeiras, que comprometem também o bem-estar laboral.

Pinto et al. (2010) relatam que, apesar de os trabalhadores da atenção básica exercerem em suas funções a promoção e prevenção de saúde para os usuários, por vezes, acabam descuidando de sua própria saúde, podendo refletir na qualidade da atenção prestada às pessoas

que demandam o serviço de saúde.

Já no Município de Teixeira/MG, os pesquisadores descrevem os resultados obtidos como uma equipe que “(...) dispõe de pessoas de diferentes áreas que trocam informações, desenvolvem novas ideias e resolução de problemas (...)” (Cotta et al., 2006, p. 115). A estruturação do trabalho da equipe que compõe a ESF e seu aprimoramento individual em habilidades múltiplas são decisivas para se alcançar o objetivo proposto nas políticas públicas de saúde. A visão interdisciplinar e interdependente das tarefas, a cooperação funcional no desenvolvimento do potencial criativo e de agregação dos valores existentes e reconhecidos no serviço faz com que as expectativas tornem-se reais e os resultados positivos.

Uma característica desmotivante mencionada pelos operadores da política pública de saúde na ESF é a insatisfação com o salário recebido e a forma de contratação temporária e por indicação, o que dificulta o estabelecimento de vínculo do profissional com a equipe e a população atendida (Cotta et al., 2006).

Considerando o que foi pontuado pelas pesquisas, é possível entrever que há um desgaste motivado por fatores que se dão de forma concomitante e que apontam para um sentimento de desvalorização dos servidores que compõem a equipe multiprofissional da ESF (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Parece relevante considerar que, se o trabalhador da política não se encontra bem, tanto física como emocionalmente, sua tendência será a de não conseguir manter um bom relacionamento com os demais. O estresse e o esgotamento ocupacional, ao gerar exaustão emocional, conseqüentemente trará prejuízo às relações interpessoais, comprometendo a dedicação às atividades laborais, produzindo assim, o metafórico *efeito bola de neve*. O usuário, afetado pelo servidor adoecido, tende a ser ríspido, indiferente, grosseiro, apático, enfim, a ter uma relação negativa com a equipe ESF, que por sua vez se sentirá desmotivada, e esse sentimento pode gerar um bloqueio emocional em relação ao exercício profissional na atenção

aos usuários.

Em Fortaleza – CE, a pesquisa realizada por Ellery et al. (2013) aborda características do campo de atuação da ESF e como decorre o exercício profissional. A coleta de dados se deu por entrevistas abertas e oficinas de produção de conhecimento entre as equipes da ESF e do Núcleo Assistência Saúde da Família (NASF). Na continuação, colocamos em análise algumas das conclusões chegadas a cabo no diálogo entre os operadores durante as oficinas de construção de conhecimento, começando por colocar em destaque a integração como identidade do trabalho em equipe na atenção em saúde.

(...) *Trabalho em equipe* [ênfase adicionada]- o trabalho multiprofissional se expressa na integração de saberes disciplinares e na colaboração interprofissional (...) (Ellery et al., 2013 p. 421).

A interação da equipe proporciona trocas de vivências, percepções, reflexões a respeito das atividades com os usuários e a condução dada pela gestão à política de atenção. Nesse contexto, as trocas também estimulam discussões e debates que, de certa forma, tendem a ser positivos à medida que podem trazer um novo ânimo e um sentido da apropriação da atenção como algo que agrega valor a quem cuida e a quem é cuidado, de tal forma que um plano institucional de ação se converte, em certa medida, em nosso plano de ação.

(...) *Construir um plano de ação nos territórios, em conjunto com a população, organizações sociais e demais instituições* [ênfase adicionada] – de extrema importância que ocorra a avaliação da saúde ambiental, identificando fatores de risco e vulnerabilidades da comunidade, como às doenças endêmicas, como a dengue (...) (Ellery et al., 2013 p. 423).

As pesquisas consideram de extrema relevância a avaliação do ambiente em que os usuários estão inseridos (perfil cultural da comunidade local), além de estar diretamente imbricado com o trabalho da ESF, a participação dos usuários em palestras, encontros e outros

eventos produzidos pelos operadores de saúde que, além de fortalecer o vínculo usuário/equipe, também direciona de modo mais eficaz as ações da saúde coletiva.

(...) *Desenvolver ações de educação em saúde* [ênfase adicionada]– como orientação a hábitos alimentares saudáveis; participar das campanhas de saúde, como vacinação, prevenção do câncer; orientar para o autocuidado; verificar presença de animais na residência familiar e orientar sobre vacinação animal (...) (Ellery et al., 2013 p. 424).

A equipe ESF promove campanhas educacionais mensais, de acordo com calendário anual, seja de orientação ou vacina, como janeiro branco, que representa a campanha sobre saúde mental; setembro Amarelo, que é a campanha brasileira de prevenção ao suicídio; outubro Rosa, campanha que enfatiza a saúde da mulher, ou seja, todos os meses os operadores promovem uma conversação voltada aos interesses e necessidades da comunidade, um tipo de atividade que agrega valor e maior sentido ao trabalho na atenção.

(...) *Intervir em situações relacionadas à saúde da criança, mulheres e homens* [ênfase adicionada]– identificando sinais de agressão e orientação para prevenção de doenças sexualmente transmissível; *técnicas de primeiros socorros* [ênfase adicionada]– objetivando a redução de acidentes domésticos; (...) (Ellery et al., 2013 p. 424).

A ESF, pelo seu foco na família, é aquela que está mais próxima da rotina dos usuários e, dessa forma, os operadores se tornam referências nas questões relacionadas a saúde. Talvez seja essa a característica que mais define a equipe que compõe a ESF: fazer parte, de alguma maneira, das famílias. Essa familiaridade é ambígua, tem seu peso, mas agrega ao trabalho valor de empoderar a família de conhecimentos que favorecem a saúde familiar.

(...) *Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho* [ênfase adicionada]– o ambiente de trabalho também como escuta e acolhimento entre colegas de trabalho pensando em técnicas que podem ser adotadas para proporcionar um espaço agradável; (...) (Ellery et al., 2013 p. 427).

### **Algumas características da Estratégia Saúde da Família**

O ambiente confortável e acolhedor, tende a promover a saúde, já que naturalmente o indivíduo associa tudo que é agradável como sendo sinônimo de saudável. A ambiência pode ser usada como uma ferramenta que contribui para o bem-estar no espaço de trabalho da UBS, tende a ser a extensão do seu lar.

As complexas situações vivenciadas pela equipe da ESF deixam clara a necessidade da intersetorialidade com outras políticas, como educação, previdência e assistência social, com forte impacto na atuação dos profissionais. Pelo que já foi mencionado até aqui, fica escancarada a escassez de suporte para o atendimento dos usuários e, conseqüentemente, o desgaste dos profissionais, sendo assim, a intersetorialidade pode trazer algo de suporte (Ellery et al., 2013).

Outra questão relevante são as particularidades de cada território de atuação, um emaranhado de condições socioeconômicas dos moradores locais, imbricado na infraestrutura do bairro (se há asfalto, saneamento básico, entre outros), são fatores que devem ser considerados na construção de propostas de intervenção junto às políticas públicas de saúde e que afetam a forma como o operador da política desenvolve o seu trabalho.

Entre outros fatores que foram identificados nas condições de trabalho, encontram-se: gerência vertical, desunião entre os trabalhadores e rede desarticulada, que reafirmam a necessidade de políticas públicas voltadas para a realidade vivenciada pelo operador dessa mesma política em saúde, além de uma boa gestão do ambiente que, sendo acolhedor, promove o cuidado à saúde (Assis et al., 2010).

O gestor é um dos personagens principais na construção do clima organizacional, que deve conduzir a um processo de diálogo e construção coletiva entre todos os atores que discutem a integração aprendizagem/atenção naquele território, fortalecendo os interesses e



necessidades da rede SUS, segundo a especificidade de cada território (Marques & Mendes, 2009). Portanto, para uma gestão mais efetiva do SUS, é importante que o gestor identifique, primeiramente, no âmbito interno da instituição/organização, quais as potencialidades residentes nas diferentes equipes e, a partir daí, distribua as responsabilidades pelos diferentes setores da atenção.

A gestão da saúde coletiva abrange aspectos administrativos que devem atender à legislação do Direito Administrativo, bem como a sensibilidade inerente ao trabalho com vidas humanas, amparado pela lei e pela ética. Do anterior, se desprende a necessidade de desenvolver habilidades adequadas a essas exigências, o que vai requerer ampla e contínua qualificação, a fim de dar o suporte necessário ao operador e a atenção de qualidade ao usuário. A gestão não é isolada, mas sim uma atividade que exige estratégias e planejamento com o objetivo de atender bem a demanda da atenção social em saúde (Gil et al., 2016).

É impossível falar de saúde coletiva e de sua execução na forma de política de atenção sem fazer, de imediato, uma correlação com a comunicação, sendo essa uma condição para a construção de vínculos e de afetos, tanto na relação entre os profissionais, como entre estes e os usuários da UBS, da ESF e do NASF.

Laura Feurewerker (2011) ressalta que a promoção da saúde deve abranger a todos, sem distinção. A colaboração entre os integrantes da equipe é fundamental para o adequado desempenho na atenção ao usuário. No trabalho em equipe é a comunicação fluida que assegura o resultado esperado por quem demanda atenção e cuidado, do contrário, a relação, tanto no interior da equipe, quanto na relação com usuário, se tornará inefetiva e desgastante.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, em uma de suas diretrizes, é necessário a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, tendo como objetivo a primazia na atenção e gestão da saúde para contribuir com a mudança das relações de trabalho no espaço destinado à atenção, prevenção e promoção da

saúde.

De acordo com a Cartilha Humaniza SUS, a ambiência na saúde refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em harmonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (Ministério da Saúde, 2009).

No campo das políticas públicas de saúde, a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si, tornando-os protagonistas e corresponsáveis.

O espaço interprofissional da atenção é como um cenário onde se realizam relações sociais, políticas e econômicas de determinados grupos da sociedade, sendo uma situação construída coletivamente, incluindo as diferentes culturas e valores (Ministério da Saúde, 2010). A situação do espaço, em qualquer escala, traz subsídios importantes para o entendimento das condições físicas, emocionais e de bem-estar subjetivo, e nisso se consideram os estímulos ao comportamento das pessoas inseridas nesse contexto, aprimorando seu relacionamento.

Para Araújo e Rocha (2007) o exercício profissional, quando realizado com o único objetivo de produzir quantidade, impacta tanto na qualidade do atendimento prestado ao usuário, como na condição de saúde dos operadores das políticas públicas de saúde. O trabalho se torna penoso e desestimulante quando nele são evidenciados sentimentos de desvalia e inutilidade, relacionando esses sentimentos a um prejuízo à vida e às relações pessoais dos profissionais, contribuindo para ocorrência de transtorno mental ou distúrbios psiquiátricos.

Vale ressaltar aqui a relação com os usuários em todo processo de trabalho dos operadores de saúde, pois reflete diretamente na saúde dos mesmos. As políticas públicas de saúde são articuladas para atender aos usuários na Atenção Básica, nesse contexto, o operador

tem contato direto com pessoas e grupos de pessoas de forma mais íntima, já que a ESF atende a família e está inserida na comunidade. Se trata de algo mais profundo que uma relação de mera proximidade, já que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) residem na mesma comunidade (característica pertinente à sua função). Esses operadores, de modo especial, são vizinhos dos usuários. Partindo dessa característica, podemos dimensionar o quão tênue é a relação dos ACS com o exercício profissional e pessoal de acolhida, compreensão e cuidado para com os usuários, mas também atravessado por sentimentos, conflitos e frustrações.

Segundo Lopes et al. (2015), o envolvimento afetivo deve ter uma adequada medida, de forma a não prejudicar a atenção em saúde. Os excessos podem levar a que os usuários queiram se valer disso para obter tratamento preferencial, produzindo uma reciprocidade assimétrica, onde se pode chegar a demandas de que problemas sejam resolvidos de forma ágil e, quando assim não acontece, os usuários direcionam para a equipe da ESF todo seu descontentamento pessoal e, de forma mais agressiva, contra os ACSs, que são os operadores (vizinhos) mais próximos da rotina destes.

Na esteira das relações que podem produzir tanto saúde como adoecimento, o acolhimento surge como um método de trabalho com a finalidade de garantir ao usuário o direito ao acesso universal sem exclusão social, com equidade, onde cada pessoa é compreendida na sua subjetividade, como dotada de desejo, de cultura e de voz, garantido-se a ela a atenção em suas necessidades particulares.

Esse acolhimento acontece sobre a base de um respeitoso diálogo entre as pessoas. O contrário disso, que se tipifica como falta de ética profissional, pode destruir o vínculo. Atitudes de não construção de vínculo geram um sentimento negativo, podendo chegar aos limites do rancor entre ambos: profissional e usuário, tornando dificultoso, doloroso e adoecedor o processo do cuidado.

O acolhimento preconizado pela política de humanização da atenção em saúde constitui-

se em três esferas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. Com isso, o acolhimento torna-se uma ferramenta de inclusão social em defesa do SUS, estimulando um processo de mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na interação da equipe multiprofissional e no aprimoramento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

O ato de acolher a pessoa de forma humanizada estimula a satisfação em ter suas necessidades atendidas. Além de contribuir para sua recuperação psíquica e biológica, pode também amenizar situações de ordem psicológica como o medo e a insegurança à medida que o usuário tem um bom acolhimento (Feuerwerker, 2014).

A implantação do acolhimento na medida da demanda espontânea exige transformações no modo de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar, não devendo restringir-se a uma simples triagem médica, possibilitando a continuidade e a redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, até mesmo quando há necessidade de um atendimento fora das consultas ou atividades agendadas (Ministério da Saúde, 2006).

Os usuários dos serviços de saúde buscam profissionais qualificados, comprometidos, preparados para escutá-los e realizar uma comunicação acolhedora, com a valorização dos discursos, e que tenha resolutividade para as suas necessidades (Ministério da Saúde, 2010). Do lado oposto há uma inversão, os profissionais de saúde esperam que o usuário organize sua vida, para que as intervenções e a aplicação das técnicas de saúde apresentem o resultado esperado.

A relação que se constrói entre a equipe ESF e os usuários proporciona aos profissionais envolvidos identificar o momento vivido pelo usuário, e quais questões pessoais estão influenciando suas atitudes em seu processo de adoecimento. A promoção da saúde deve abranger a todos, sem distinção, e a colaboração da equipe é fundamental para que se tenha

êxito nos atendimentos e no desempenho do trabalho. Uma boa comunicação pode assegurar um bom resultado nessa relação mútua, pois, quando não há compreensão por parte do usuário, o atendimento torna-se desgastante e adoecedor para ambas partes (Feurewerker, 2011).

A mudança na forma de trabalhar em saúde incide diretamente em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho de cada um, gerando resistências e possíveis conflitos na produção de saúde. Assim, pensar e agir em saúde, numa perspectiva de transformação, requer dos profissionais um novo fazer profissional, de modo a estabelecer relações e trocas de saberes e experiências práticas (Assis et al., 2010).

A formação dos profissionais de saúde, com base no modelo flexneriano, e a frágil organização de uma política de Educação Permanente para os profissionais do SUS têm se constituído em um dos maiores entraves para sua qualificação e vinculação ao sistema, dentro de uma lógica pautada na integração de saberes e práticas integrais e humanizadas (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Para que se alcance uma resposta assertiva, de acordo com Camelo e Angerami (2007), se faz necessário a interrelação de vários fatores com o propósito de transformar o ambiente para que se torne um local acolhedor, dinâmico, humanizado, que transmita positividade, o que tende a influenciar diretamente e conseqüentemente na recuperação, prevenção ou promoção da saúde dos usuários, bem como no fortalecimento de vínculos entre a equipe de saúde e os usuários, não deixando de mencionar que a potência criativa do trabalho implica também em cooperação.

Ao se considerar relevante a análise do cenário onde o usuário está inserido, permitindo ser percebido ou compreendido sem preconceitos ou julgamentos, isso levará a uma compreensão melhor da individualidade de cada um, o que torna possível moldar o atendimento de acordo com a necessidade, superando a vulnerabilidade de quem cuida e de quem é cuidado.

Mencionar a equipe multiprofissional remete automaticamente à inter-relação dos

diferentes saberes, objetivando construir novas respostas às demandas propostas, de modo que seja eficaz no atendimento ao usuário.

Mitre et al. (2012) descrevem que, para ocorrer essa produção (troca de saberes e aplicabilidade na demanda) é fundamental que haja boa relação entre os profissionais, de tal forma que eles se sintam bem assistidos por seus gestores, que o ambiente da UBS seja acolhedor e equipado adequadamente para a execução das atividades com os usuários, pois esses são fatores que produzem vínculos democráticos, assim como encorajam a participação da equipe, a autonomia e a decisão coletiva.

Importante citar que nessa relação entre a equipe da ESF e os usuários espera-se que o acolhimento seja recíproco, uma vez que, quem se relaciona e acolhe sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, como respeito e afeto, construindo uma intimidade entre equipe e usuário, cabendo aqui mencionar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde pautado na confiança mútua.

O trabalho executado dentro da área territorial que é assistida pela ESF e as micro áreas que são acompanhadas pelos ACS, define, em si, o vínculo com e dos usuários entre si, tanto na forma de afetividade, como de confiança, seja entre pessoas e/ou famílias, seja entre grupos e profissionais/equipes (Gil et al., 2016). Assim, estes passam a ser referência para o cuidado, acontecendo a partir desse momento um elo de respeito e cooperação por parte de todos os envolvidos na atenção.

O ACS torna-se alguém com valores específicos, além do que a profissão lhe atribui, como pontua Mitre et al. (2012), fazendo ver que se trata daquele profissional em que o usuário deposita suas angústias e conquistas, já que convive com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde reside e trabalha, além disso, os usuários se apoiam nos mesmos na busca por orientações e cuidados, como no puerpério, tratamento contínuo, como diabetes, na participação de campanhas, entre outros.

Como descreve Mitre et al.:

(...) a atenção à saúde se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação. E, assim, esses segmentos compõem um dispositivo maior que é a integralidade (...) (Mitre et al., 2012 p. 38).

Humanização é a valorização das diferentes pessoas envolvidas no processo de produção de saúde, e os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo de tais **pessoas**, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão. (Ministério da Saúde, 2005).

Sendo assim, busca-se reverter um quadro de mecanicismo, automatismo ou tecnicismo das relações, a partir do investimento na construção de um novo tipo de interação entre as pessoas que constituem os sistemas de saúde, tomando trabalhadores, gestores e usuários como atores de todo esse processo (Ministério da Saúde, 2005).

As políticas públicas, no âmbito da sua construção, como relatam Veigas e Penna (2013, p.183), preconizam:

(...) a garantia de assistência integral à saúde como direito e dever dos cidadãos, profissionais e gestores, implica em sujeitos ativos. A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, formulação, gestão e controle participativo de políticas públicas, interação usuário/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito de viver e ser tratado com respeito à integridade e à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte (...) (Veigas & Penna, 2013 p. 183).

Veigas e Penna (2013) mencionam ainda que o investimento no desenvolvimento de

competências, o fortalecimento de estratégias de enfrentamento coletivas e uma maior articulação com as redes de serviços e as lideranças locais são de extrema importância para dar o suporte necessário ao desenvolvimento das atividades dos operadores das políticas públicas de saúde, de forma que estes atuem com menor estresse frente às complexas demandas médico-sociais presentes em seu cotidiano de trabalho, e assim contribuam na consolidação da ESF.

De extrema relevância para o êxito na proposta da Atenção Básica é compreender as percepções e atitudes dos profissionais diante das suas práticas, o que pode ampliar o conhecimento das fragilidades e das potencialidades frente às demandas de uma ESF.

A Atenção Básica, apesar de prestar um serviço de baixa densidade tecnológica, exige em demasia de seus trabalhadores, considerando o envolvimento profissional e pessoal que o próprio serviço propõe (grande demanda de atendimento e uma maior aproximação com a comunidade), além da burocratização do sistema e a frequente falta de recursos e incentivo da gestão, tipificando uma franca precarização do trabalho e da atenção, tema para uma próxima discussão.

As pesquisas e os documentos até aqui revisados permitiram colocar em discussão a Atenção Básica ou Primária em Saúde nas suas fragilidades e potencialidades. Neste sentido, pode-se afirmar que vários fatores articulados, como o ambiente enquanto clima organizacional, uma boa interação entre equipe, respaldo técnico por parte da gestão, a prática do acolhimento e a formação de vínculos propiciam um processo de saúde e qualidade de vida para os operadores da política pública de saúde, não deixando de pontuar a importância do acompanhamento psicológico.

Diante das dificuldades, a equipe multiprofissional da ESF deverá se munir de estratégias adequadas para otimizar o atendimento aos usuários, já que isso fará toda diferença no alcance do objetivo final: seja nas reuniões de equipe e apoio matricial, nas quais há troca de experiências, conhecimentos e apoio compartilhado, seja na promoção de campanhas



voltadas para a prevenção de saúde. Sendo de extrema importância mencionar que o empenho dos profissionais para assistir aos usuários fora do expediente de trabalho pode deixá-los com a saúde comprometida no âmbito físico, psíquico e emocional.

A atenção à saúde se dá com responsabilidade, empatia, valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade. Essa prioriza descrever a essência das relações, principalmente quando se trata de questões tão tênues quanto saúde/doença. Cuidar para qualidade de vida, é, portanto, ser cúmplice das estratégias de promoção, prevenção, cura e reabilitação, o que não exige um especial cuidado em relação à saúde dos operadores das políticas públicas em saúde.

Feuerwerker (2002) pontua que é preciso considerar a questão de que o complexo mundo do trabalho não é o lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, um espaço de subjetividades, de encontros e desencontros de conhecimento. Sendo indispensável desfazer a ideia de um ambiente de trabalho harmônico em si mesmo e de forma permanente, pois ali tudo é temporário e produto de um esforço.

### **Considerações Finais**

É parte do processo de construção do trabalho em equipe reconhecer a diversidade dos saberes, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis, na linha do que sustenta (Feuerwerker, 2014 p. 103),“(...) Cuidar de si é pressuposto para cuidar dos outros, dá potência ao trabalhador da saúde para a sua produção cotidiana. E o processo autoanalítico pode criar esse efeito na equipe (...)”. A construção da integralidade surge como base para superar contradições e vencer desafios na consolidação do SUS.

Compreende-se que a consolidação do Sistema Único de Saúde através de estratégias efetivas de atenção e cuidado à medida das demandas dos usuários, depende também de um

especial cuidado voltado para a saúde dos operadores da política, já que se compreende que a qualidade do cuidado dependerá necessariamente da condição física, mental e espiritual daqueles que cuidam. Onde o cuidador não é cuidado, este se fragiliza e decai pelo peso de sua inefetividade.

## Referências

- Andrade, E. M., Nakamura, E., Silvestre de Paula, C., do Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1):147-155.
- Araujo, M. B. de S., & Rocha, P. de M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, 12(2).  
[http://https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022](https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022).
- Assis, M. M. A., et al. (orgs.) (2010). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários* [online]. EDUFBA, 180 p.  
<https://doi.org/10.7476/9788523208776>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2007). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4):502-507.
- Cotta, R. M. M., Schott, M., Azeredo, C. M., do Carmo Castro Franceschini, S., Priore, S. E., & Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv. Saúde*, 15(3):7-18. Recuperado em 10 de janeiro, 2023, em:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-438535>

- Ellery, A. E. L., Pontes, R. J. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2):415-437.
- Feuerwerker, L.C.M. (2002). *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Hucitec.
- Feuerwerker, L. C. M. (2011). A cadeia do cuidado em saúde. In J. J. Martins & S. Rego (Orgs.), *Educação médica: gestão, cuidado e avaliação* (pp. 99-113). ABEM e Editora Hucitec.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. (1ª ed.). Rede UNIDA.
- Gil, C. R., Luiz, I. C., & Gil, M. C. R. (2016). *Gestão política em saúde: processo de trabalho na gestão do SUS*. (1ª ed.). Edufma.
- Gonzalo, V. N., & Malik, A.M. (2016). *Gestão em Saúde*. Guanabara Koogan Ltda.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. L. (2010). O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*, 20(4).  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.
- Lopes, A. S., Vilar, R. L. A., Vieira de Melo, R. H., & da Silva França, R. C. (2015, Jan-Mar). O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre

trabalhadores e usuários. *Rev. Saúde Debate*, 39(104):114-123.

Marques, R. M., & Mendes, A. (2009). A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública* (online), 25(7). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016>

Medeiros, P. A., Chequim da Silva, L., Machado de Amarante, I., Cardoso, V. C., Mensch, K. M., Naman, M., & Schimith, M. D. (2016). Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2):115-122.

Mendes, E.V. (2007). *Os modelos de atenção à saúde*. Mimeo. Recuperado em 31 de maio de 2022 de: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/02/As-Redes-de-Atenção-à-saúde-eugenio-vilaça.pdf.html>.

Ministério da Saúde. (2005). *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf).

Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. (4ª ed.). [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf).

Ministerio da Saúde. (2006). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. (1ª ed.). <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/server/api/core/bitstreams/9106fe83-7027->

42b7-86ed-8d5776df236c/content

Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2ª. ed.).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

Ministerio da Saúde. (2010). *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. (4ª ed.).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Ministerio da Saúde. (2011). *Acolhimento à Demanda Espontânea*. (1ª ed.). Cadernos de Atenção Básica (28).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)

Mitre, S. M., Andrade, E. L. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.

Pinto, E. S. G., Paiva de Menezes, R. M., & Villa, T. C. S. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. Esc. Enferm USP*, 44(3):658-664. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>.

Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. (2015, 4 agosto). Institui as

diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Presidência da República. *Diário Oficial da União* (2015, 5 agosto). Recuperado em 26 de abril de 2024, de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124\\_04\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124_04_08_2015.html).

Veigas, S. M. da F., & Penna, C. M. de M. (2013). O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde coletiva*, 18(1):181-190.

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32:27- 37.

**PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: QUEM  
CUIDA DO CUIDADOR?**

---



No Brasil existem Políticas Públicas de Estado relacionadas à atenção em saúde da população em geral. Essas políticas são operacionalizadas por meio das estratégias de atenção em saúde e, dentre elas, se encontra a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que está inserida nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Composta por uma equipe multidisciplinar, a ESF leva às comunidades serviços de atenção, como: consultas, exames, vacinas, curativos e outros procedimentos (Ministério da Saúde, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca, entre outras coisas, promover a integralidade e a humanização do cuidado, priorizando a atenção básica e a atuação articulada dos profissionais em uma equipe multidisciplinar. No entanto, como em qualquer ambiente organizacional coletivo, podem surgir diferenças e, até mesmo, conflitos, ocasionados por questões pessoais, diferenças de opinião, sobrecarga de trabalho, falta de comunicação eficaz ou desacordos quanto às estratégias de atendimento, entre outros.

O presente artigo tem como objetivo discutir a compreensão dos operadores de uma Unidade Básica de Saúde de um Município do interior do Estado do Mato Grosso do Sul em relação à sua própria saúde no seu respectivo ambiente de trabalho. O referido município além de atender a comunidades urbana também é referenciado pela população de zona rural e distritos, fato que eleva o número de usuários além de requerer uma dinâmica específica no deslocamento da equipe de saúde nas visitas domiciliares.

A UBS foi fundada em 06/2003 e atende, em média, 5.000 usuários cadastrados. Por sua extensão territorial e característica predominantemente rural, a equipe se divide estrategicamente para a realização das visitas domiciliares, que ocorre uma vez por semana, em que o ACS acompanha a médica da família e a enfermeira. As visitas são programadas considerando o quadro de saúde do usuário, como paciente acamado, com dificuldade de locomoção, idosos, dentre outros.

Os participantes compõem a equipe de Estratégia de Saúde da Família, composta por

19 operadores das políticas públicas de saúde. sendo todas do sexo feminino e assim distribuídas: 10 Agentes Comunitários de Saúde – ACS; 1 enfermeira que também ocupa o cargo de coordenadora da UBS; 1 médica da família; 1 dentista; 1 aux. de dentista; 2 técnicas de enfermagem; 2 recepcionistas; 1 serviços gerais. A idade das participantes varia entre 27 e 55 anos, sendo que, dentre elas, oito são contratadas para ocupar a função na ESF enquanto 11 profissionais são efetivamente concursadas. As profissionais concursadas assumiram há oito anos o cargo, já as contratadas estão há pouco mais de dois anos na mesma ESF.

A pesquisa foi realizada observando as normas éticas preconizadas pelo Sistema CEP/CONEP criado pela Resolução CNS 196/96 (Ministério da Saúde, 2012), e as participantes foram informadas e esclarecidas sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o TCLE. Os dados foram construídos na forma de narrativas individuais, gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para tratamento, análise e discussão. Para análise dos dados foram usados os recursos da análise de conteúdo (Bardin, 1977) que prima pela identificação de unidades temáticas recorrentes nas falas, que por sua relevância se converteram nos eixos organizadores da discussão, sendo estabelecidas como categorias: a saúde dos profissionais da ESF; a percepção da equipe ESF quanto ao ambiente laboral e autopercepção. Importa mencionar que os nomes pessoais referidos no texto são fictícios, a fim de assegurar o anonimato das participantes, bem como enfatizar que o estudo se utiliza de falas e no fluxo textual será apresentado apenas as falas de maior impacto tendo em vista o contexto próprio para uma discussão crível.

A atuação da equipe multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família é realizada com a perspectiva de prevenir doenças e promover a saúde dos usuários da comunidade em que está inserida, isto é, a área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS). De acordo com a coordenadora da ESF, participante da pesquisa, cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanha cerca de 150 famílias na microárea de sua referência. A identificação da microárea

se dá pela vinculação do Agente Comunitário de Saúde à equipe, já que uma das características de distribuição das microáreas é que o ACS seja morador desta região (Ministério da Saúde, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia operacional de atenção básica em saúde, que visa à promoção da saúde e prevenção de doenças por meio do acompanhamento de equipes multidisciplinares que atuam nas comunidades. Esses profissionais desempenham um papel fundamental na promoção da saúde coletiva ofertada a população, mas enfrentam desafios significativos que podem impactar sua saúde mental.

O estresse é um dos principais problemas enfrentados pelos profissionais da ESF, considerando fatores como: a alta demanda de trabalho, a falta de recursos e a pressão por resultados, os quais colaboram para que o ambiente se torne hostil, resultando em ansiedade e esgotamento profissional. Esse esgotamento pode levar a sintomas como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, afetando diretamente a qualidade de vida desses profissionais, expondo-os a um maior risco de desenvolver transtornos mentais, como ansiedade e depressão.

A exposição frequente a situações e histórias de sofrimento, bem como a falta de apoio adequado, podem contribuir para o desenvolvimento desses transtornos, além da síndrome de burnout descrita pelo Ministério da Saúde como distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho que demandam muita competitividade ou responsabilidade, podendo levar o profissional a depressão profunda (Ministério da Saúde, 2010, p. 27). Esse esgotamento profissional pode ser desenvolvido ao longo de um tempo e os primeiros sinais, recorrentemente, não são percebidos como tal, sendo considerados algo comum, como um cansaço, mau humor, irritabilidade, procrastinação, entre tantos outros sintomas.

Todas as participantes sentiram-se à vontade para descrever situações relevantes ao seu

exercício profissional, além de vivências na relação familiar, percepções, desejos e desafios, enriquecendo a pesquisa, considerando-se o quanto é extremamente relevante a leitura subjetiva que cada pessoa tem de si mesmo, e que nossos aspectos biológicos envolvem características físicas e fisiológicas, como nossa saúde, energia, habilidades e limitações. Esses fatores podem influenciar nosso desempenho, resistência ao estresse e capacidade de lidar com as demandas do trabalho. No entanto, perceber sua saúde ou o bem estar físico é relativo de indivíduo para indivíduo, bem como o bem estar mental e social.

Torna-se fundamental que sejam adotadas estratégias de promoção da saúde mental dos profissionais da ESF e não só isso, como também proporcionar ações objetivando o bem estar dos mesmos. Há uma expectativa que a análise e a discussão dessas queixas conduzam à questões mais profundas, como as condições de vida e trabalho que afetam a saúde, o bem-estar e a qualidade de vidas das pessoas que ali laboram (Garcia et al., 2014).

As queixas encontradas nas falas dos participantes da pesquisa versam sobre uma diversidade de fatores que atravessam, em maior ou menor medida, conforme o caso, as ações que são próprias de cada profissional no interior da equipe multiprofissional que operacionaliza a atenção em saúde na ESF. Existem queixas manifestas que reportam, por exemplo, a falta de material básico de consumo para um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Pelo seu trabalho extensivo na comunidade, fazendo a visita a muitas famílias em um mesmo dia, se compreende a absoluta necessidade de se fazer o registro sistemático das visitas a cada família, para ao final, ser possível fazer os encaminhamentos junto à ESF.

No entanto, há queixas da falta de uniforme, de crachá de identificação, de bolsa para carregar aquilo que é próprio daquela modalidade de atenção, bem como a falta de caderno para tomar notas. Isso se verifica na fala a continuação: “(...) não tínhamos caderno, nada, não tínhamos caderno normal, não tínhamos uniforme, não tínhamos cartão, não tínhamos bolsa. Não tínhamos identificação. Trabalhamos sem identificação (...)” (ACS Luíza).

Foi relatado que a falta de suporte para o exercício das atividades, a falta de material e identificação do profissional, chegou a causar desconforto diante de situações delicadas na relação com operadores da política de segurança e com os usuários.

(...) fiz minha visita acabei e fui na casa da vizinha do lado, na vizinha do lado era complicado porque ela já tinha sido gerente da casa de prostituição eles tinham envolvimento com drogas e tal e a polícia me abordou no meio da rua eu com a mochila a gente trabalhava sem identificação nessa época, a polícia chegou me enquadrando falando que eu tinha acabado de sair dali, revistaram a minha mochila jogaram minhas coisas na rua eu estava com dinheiro do meu salário, falaram me explica da onde veio esse dinheiro até eu explicar foi uma confusão, constrangedor e sirene ligada nunca passei tanta vergonha (...) (ACS Ana).

Outra realidade ressentida pelo operador da política é a carga de trabalho em termos de um número excessivo de tarefas que recai sobre uma mesma pessoa. Isso aponta para o tema da gestão de distribuição de tarefas entre os setores e entre os integrantes de cada setor. Também é um indicativo da noção de limite em relação àquilo que cada servidor pode suportar como carga de trabalho, de modo a não afetar o seu desempenho nem a sua saúde.

Esse é caso do relato de uma médica que se vê envolta em um quantitativo de receitas para despachar, em prejuízo de uma atenção mais personalizada ao usuário: “(...) e a tonelada de receita que tem que fazer na mão que eu tenho que fazer, as coisas que eu tenho que fazer e a carga que tem em cima de você (...)” (Carla - Médica da Estratégia Saúde da Família)

A ESF, por força da Política, deve ser o ambiente onde se promove a saúde coletiva de uma população, em especial de quem demanda maior atenção e cuidado. No entanto, é necessário advertir que a labuta cotidiana do cuidado em saúde está permeado por uma série de intercorrências que podem constituir um obstáculo para os objetivos da ESF e para aquilo que preconiza a Política no que diz respeito à qualidade da atenção, tanto para usuários quanto para

os operadores.

A atenção em saúde é também uma prática subjetiva, de tal forma que sua qualidade não pode estar desvinculada daquilo que é próprio de cada pessoa e que se faz presente no momento em que o cuidado está sendo operacionalizado. Mas as peculiaridades não terminam aí, já que cada unidade, conforme a cultura de cada comunidade e gestão de cada Município, imprime características próprias na organização e na operacionalização da atenção em saúde. Não poucas vezes as dificuldades se resolvem pelo “jeitinho” ou pelo improviso institucionalizados, onde uma cascata de exceções termina criando um conjunto de novas regras.

Esta sobreposição da gestão política da estratégia sobre a gestão técnica, preconizada pelo SUS, termina produzindo insegurança, tanto para operadores como para usuários, já que tanto uns como os outros, não poucas vezes, ficam em compasso de espera para ver o que é possível fazer para realizar a atenção e o cuidado.

Não diferente de outros municípios do Brasil em épocas relevantes, a presente pesquisa, assim como nos apontamentos de Marqui et al., (2010) que realizou sua pesquisa em uma ESF de um município do Nordeste do Brasil, em 2010, mostrou algumas das dificuldades enfrentadas pela equipe. Assinam, por exemplo, a instabilidade trabalhista produzida a cada nova gestão municipal, onde servidores contratados mostram claro receio de serem desligados do trabalho a qualquer momento, enquanto os profissionais que são concursados têm o medo de serem realocados a critério de cada gestão, sem ao menos ouvir os anseios do profissional, há também a falta de recursos humanos, materiais e medicamentos, bem como o desgaste devido ao excesso de trabalho gerado pelo grande número de famílias atendidas pela equipe (Marqui et al., 2010).

A atenção em saúde também sofre com as exigências de um produtivismo pautado na lógica do mercado e do cálculo de menor custo e maior benefício, que nesse caso não beneficia

nem ao operador nem ao usuário do serviço de saúde. Não bastasse a pressão da carga de trabalho, se agrega a pressão extra da meta de produção, como em uma linha de montagem e entrega de produtos.

Como se não fosse suficiente o processo produtivista, a participante da pesquisa aponta o fato de que o usuário, chamado por ela de paciente, também se beneficia da precariedade da situação, adicionando uma dose de desordem, já que, propositalmente, não leva seus documentos, que facilitaria a atenção, mas opera na certeza de que, de uma ou de outra forma será atendido, sem importar o custo operacional para o operador e para política, bem como a qualidade da atenção: “(...) mas tem que bater meta, tem que catar a pessoa pela mão, sem documento, sem peso, sem nada é tudo nas coxas. Então é onde o paciente fala, eu tenho razão mesmo sem documento eu vou na unidade eu consigo atendimento (...)”. Este relato da ACS Carmen sobre o posicionamento da gestão em saúde, quando ignoram a postura do usuário em desfavor ao atendimento profissional, desmotiva a equipe ESF.

Em contrapartida ao fato descrito acima, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH/Humaniza SUS), implementada em 2003, objetivava a humanização como uma valorização de todas as pessoas inseridas no processo de produção de saúde: usuários, famílias, trabalhadores de saúde e gestores, amparando de forma mais efetiva o atendimento aos usuários bem como melhorar a assistência os trabalhadores de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

As narrativas recrudescidas sobre os direitos dos pacientes adicionam peso ao que já é pesado, colocando o operador em situação de vulnerabilidade frente ao usuário, o que afasta os dois das melhores práticas da atenção que se fundam na ideia de comunidade, onde inexistente a necessidade de uma relação de subalternidade fundada no medo.

A incapacidade da estratégia de ajudar operadores e usuários a ocuparem bem o lugar de quem vem buscar a atenção e de quem está ali para brindá-la, adiciona pressão e estressa as

relações, pois gera incertezas, nervosismos e medo, conseqüentemente o desprazer no exercício profissional e a insatisfação do usuário quando recorre ao atendimento da ESF. Essas situações que acontecem de forma recorrente, além de causarem desgaste emocional aos profissionais, deixam o ambiente de trabalho pouco saudável, entendemos aqui a ambiência na saúde, como descreve a Política Nacional de Humanização – PNH do Ministério da Saúde, “(...) ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (...)” (Ministério da Saúde, 2013, p. 5).

A estrutura física, os recursos humanos e as relações sociais do espaço de trabalho, deveriam produzir sentimento de pertença, conforto e satisfação aos profissionais. Esses fatores interferem diretamente na qualidade do tratamento dispensado ao usuário. Ainda segundo Garcia et al. (2014):

(...) é essencial para produção do trabalho em equipe na ESF, uma vez que o mesmo incorpora diretrizes fundamentadas no respeito às diferenças, na construção de vínculos e, dessa forma, joga luzes sobre a necessidade de se recontextualizar no dia a dia os modos como o respeito, a privacidade, a autonomia e a liberdade dos diferentes atores vem sendo instituídos na ESF (...) (Garcia et al., 2014, p. 41).

Todo o desgaste provocado no exercício profissional tende a ser absorvido emocionalmente pela equipe ESF e, conseqüentemente, se reproduz no ambiente e nas relações. Em consonância com a fala das participantes, onde cada um tem suas razões, o usuário de apresentar a sua queixa e o operador de atendê-lo, conforme as melhores práticas de sua especialidade profissional, fato é que o operador da política tem razões profissionais que não podem ser, gratuitamente, colocadas em questão para satisfazer os caprichos da variação de tónus afetivo de um ou mais usuários:

(...) a gente ouve que o paciente sempre tem razão. Então você dá crédito para paciente



crescer para cima de você. Porque se o paciente, ele está na recepção, ele sempre tem razão. Ele está dentro da sala do doutor, ele sempre tem razão, e você que está trabalhando nunca tem razão (...) (ACS Ana).

A relação entre os integrantes da equipe parece passar por situações delicadas de competição que estremecem os vínculos de colegialidade no ambiente de trabalho. A fala da participante é indicativa de uma estratégia que não visa a qualidade da atenção, mas uma necessidade de sobressair-se de modo a satisfazer uma necessidade insana de colocar-se acima de outros.

O sentido de pertença à equipe e o compromisso com os objetivos institucionais gera lealdade entre as pessoas no ambiente de trabalho, no entanto, sua ausência gera a prática, não pouco comum, de puxar o tapete do colega como forma de ascender institucionalmente, ainda que tal ascensão seja meramente simbólica.

O trabalho em conjunto, a unidade da equipe e o trabalho fluido de atenção ao usuário se verá quebrantada em função de condutas que, no melhor dos casos, termina por sabotar aquilo que deveria ser perseguido como um conjunto de objetivos voltados para a atenção e o cuidado:

(...) abraçar a causa, trabalhar junto, porque o que a gente percebe é que um quer ser melhor do que o outro, quer fazer melhor do que o outro, quer puxar o tapete do outro, e isso já não funciona em equipe, para o trabalho fluir, teria que ser todo mundo unido para fazer fluir as coisas (...) (ACS Carmen).

Chama a atenção o sentimento de medo e perturbação, com conseqüente perda de um norte que orienta e oferece um terreno seguro e sereno para convivência e para a realização das ações da atenção em saúde. A insegurança, decorrente da impossibilidade de antecipar e planejar as ações de atenção, produz maior pressão sobre o operador da política e, conseqüentemente, mais estresse e desgaste físico e emocional “(...) a insegurança, aquele medo. E tem umas pessoas que te perturbando as ideias ainda. Aí você já não sabe mais. Nós

andamos numa fase tão conturbada (...)” (ACS Sandra)

A gestão política da estratégia, em ocasiões, não contribui satisfatoriamente para criar uma cultura da continuidade do trabalho da atenção, essencial para o usuário e para o trabalhador da saúde. Se somados a estas estratégias se adiciona o desrespeito e a detração verbal, bem como os desvios sistemáticos de função, se cria uma ambiência desfavorável à saúde do trabalhador, tanto física como mental “(...) eu fui transferida muitas vezes (..) eles desrespeitam bastante a gente, nos agride verbalmente (...) se desgastando por coisas que não é da função da gente (...)” (Enfermeira Mariana)

As revisões teóricas apresentadas nos capítulos anteriores destacam os principais temas relacionados à saúde mental dos profissionais da ESF, bem como estratégias de promoção da saúde mental. Essas informações são essenciais para a implementação de políticas e programas que promovam a saúde e o bem-estar desses profissionais, garantindo uma assistência de qualidade à população, já que os dados apresentados deixam em evidencia que as queixas e consequentemente o adoecimento se repetem independente da região demográfica do Brasil.

Se faz relevante mencionar que os princípios norteadores do SUS são descritos como: universalidade, integralidade e equidade. Em pormenores, a universalidade enfatiza que a saúde é um direito de todos independente das características de cada indivíduo, a integralidade refere-se a atender todas as necessidades do indivíduo, e a equidade preconiza o tratar diferentemente os diferentes e igualmente os iguais (Ministério da Saúde, 2013).

O objetivo é a longitudinalidade do cuidado, a atenção continuada, a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e usuários sob um olhar psicossocial, definida pela portaria que regula a Política Nacional de Atenção Básica:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas

gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território(...) (Ministério da Saúde, 2006, p. 32).

A humanização do atendimento à saúde se dá pela valorização de cada usuário em sua individualidade, levando em conta suas necessidades específicas e subjetivas, estimulando a sua autonomia (Rozani & Silva 2008). É um processo que ocorre a partir da comunicação, na escuta e na fala, para compreender e conhecer o outro, produzindo diálogos que favoreçam o planejamento e a promoção de ações, políticas e programas de saúde (Oliveira, Collet, & Viera, 2006).

Quando ocorre ruídos na comunicação, além de fatores estressores como pressão em atingir metas, cansaço físico e mental, entre outros, o ambiente laboral torna-se tóxico, opressor, e a equipe não interage em comunhão, assim como descreve a enfermeira/coordenadora da ESF: “(...) aí no meio das minhas férias, meu chefe me liga, porque teve um problema de conflito interno, mas depois disso, dessa pandemia, sempre teve mais um tempo para cada aumentou. Tem dia que eu não tenho vontade de voltar para cá (...)” (ACS Carolina).

Para Deluque e Costa (2020), a escuta demorada e a comunicação pelo diálogo fluido, tem a primazia na atenção em saúde:

A partir desse contato dialógico entre profissional e paciente, as possibilidades quanto ao uso de recursos técnicos e práticos na restauração da saúde emergiriam aliados à um cuidado mais adequado e eficiente. Assim, por esse raciocínio, mais que a mera parte de um tratamento, o diálogo se apresentaria como a base decisiva de toda atividade médica, humanizando a relação existente entre o profissional e o paciente (...) (Deluque

& Costa, 2020, p. 61).

Rozani e Silva (2008) menciona que tão relevante quanto o diálogo é a habilidade da empatia no âmbito da saúde, ela se refere também à acessibilidade que o usuário tem no serviço de saúde, além da sensibilidade no contato entre o profissional e o paciente, proporcionando um espírito de confiança e segurança, podendo melhorar a qualidade do atendimento e ainda proporcionando um clima amigável nas trocas interpessoais.

A forma de trabalhar em saúde na ESF está diretamente imbricada em valores, cultura, comportamento e micropoderes existentes nos espaços de trabalho e esses definem se o cenário em questão se dará de forma harmônica, em uma relação de empatia na gestão dos conflitos e na produção de saúde.

O campo comum da ESF é o espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais que integram a atenção primária à saúde, sendo constituído não somente por acúmulo teórico-prático das categorias da saúde, mas também por outros campos do conhecimento, como Geografia, Cultura, Pedagogia, Educação Popular, dentre outras (Elley, Pontes, & Loiola, 2013).

A execução desse campo comum envolve tanto os profissionais de nível superior como também os de nível médio, concursados e contratados, no cumprimento de suas atribuições laborais na estratégia de atenção ao usuário.

(...) O fato de ser contratada faz distinção com quem é concursada, na nossa formatura do curso técnico de Agente de Saúde e Endemias fui chamada para entregar a homenagem para uma das professoras, na hora da entrega tomaram da minha mão e disseram que eu não podia entregar porque sou contratada, me senti envergonhada (...) (ACS Carmem).

As atitudes tendem a falar muito do que há dentro de cada um de nós, mais que entender aquilo que está sendo dito, o esforço para compreensão se coloca de uma forma singular onde se percebe o que se é de fato, ou seja, o mundo particular de cada pessoa que demanda, de

maneira hipossuficiente, por atenção e cuidado (Deluque & Costa, 2020).

O contexto das atividades diárias das ACS e a grande demanda nessa relação direta com os usuários transcendem muitas vivências, sentimentos e percepções em que os profissionais da saúde ultrapassam o viés profissional, já que os usuários os percebem muitas vezes como um amigo, o vizinho, a pessoa responsável em resolver os “meus problemas”. Essa demanda de expectativa tende a gerar uma sobrecarga na equipe ESF, pois além das cobranças administrativas como número de visitas mensais, vacinas, exames, acompanhamento gestacional e outros, os profissionais sentem-se na responsabilidade de sanar demandas que muitas vezes não estão nos parâmetros da Atenção Básica de Saúde, o que se dá pelo vínculo estabelecido entre os profissionais e os usuários.

Além do mais, a falta ou deficiência de infraestrutura compromete o planejamento e a execução das propostas da ESF, interferindo diretamente no trabalho da equipe e na assistência prestada aos usuários e ainda, gerando desmotivação na execução das atividades, promovendo um ambiente de trabalho desagradável e maçante (Rozani & Silva, 2008). Nessa direção, a pesquisa realizada em Minas Gerais encontrou como principais dificuldades para a realização de trabalho na ESF questões que também são mencionadas nesta pesquisa no interior do Mato Grosso do Sul, as queixas que se repetem são: falta de infraestrutura, equipamentos, medicamentos, apoio dos órgãos responsáveis pela ESF, recursos humanos, vontade política, pressão por metas (Marqui et al., 2010).

As demandas que envolvem os operadores das políticas públicas de saúde vão além do âmbito profissional, confrontam esses profissionais enquanto seres humanos, tal como descreve a enfermeira da equipe ESF em relação a uma vivência que considera relevante. O ocorrido se deu frente a uma situação de negligência familiar em relação a um usuário com deficiência intelectual. A ACS da ESF vinha acompanhando a trajetória familiar por alguns anos.

Como as condições de convivência familiar e os cuidados básicos diminuam

gradativamente, a equipe de saúde da família articulada à equipe atenção psicossocial do Centro de Referência Especializada da Assistência Social – CREAS, conseguiram, por meio judicial, o benefício social para o usuário, sendo nomeada a ACS como curadora e responsável pelos cuidados assistenciais a este usuário, ao qual chamaremos de João.

Além disso, mobilizaram empresários, políticos e a sociedade civil para arrecadar fundos para construção de uma casa para que João pudesse ter uma vida com dignidade (Diário de campo da Pesquisadora).

Como é possível perceber nesse caso em particular, “(...) ser uma profissional na linha de frente da Estratégia Saúde da Família requer muito além de conhecimentos técnicos (...)” (Enfermeira Mariana).

Segundo Assis et al. (2010) pontua, os novos desafios na atenção à saúde consistem no desenvolvimento de ações que permitam a substituição das práticas tradicionais, focadas na doença, por práticas embasadas em integralidade, que alcance a pessoa com a sua singularidade, o completo estado de bem-estar físico, mental e social.

Vale ressaltar que um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde da ESF é a vulnerabilidade das comunidades atendidas que podem se manifestar de diferentes formas, como a falta de recursos financeiros para adquirir medicamentos, a falta de saneamento básico adequado ou até mesmo a falta de acesso a informações sobre prevenção de doenças. É papel dos profissionais de saúde identificar essas vulnerabilidades e fazer os devidos encaminhamentos em busca de soluções para minimizá-las.

A atenção da ACS quanto a sinais de maus tratos e cárcere privado, como o trabalho dessa operadora, colabora de forma a denunciar um crime. Assim como relata uma das ACS da ESF sobre sua vivência em um caso de negligência familiar:

(...) daí um dia a vizinha chamou a gente e disse que a moça deficiente estava trancada num quartinho lá no fundo, não sei como que tá, se tá comendo ou bebendo vocês vão

ter que entrar, daí nós chegamos com tudo, a irmã falou: “pode entrar”, nós falamos: “vão ver a Ana” (nome fictício). Ai que tristeza, fizeram um cômodo, mas não sei explicar de tão ruim que era, era um bequinho, tinha um chuveiro e cercaram em volta de tela pra ela não sair e tinha um cadeado, daí perguntei: “tá comendo?” a irmã disse que tá, entrei naquele quartinho quente e fiquei olhando, tinha uma garrafa pet cortada e uma colher dentro, gente, olha aonde tão dando comida pra ela, tinha comida jogada, igual bicho (...) (ACS Amélia).

Outro desafio é a falta de recursos disponíveis para atender a demanda das comunidades. Muitas vezes, os profissionais de saúde do ESF precisam lidar com a escassez de medicamentos, equipamentos e até mesmo profissionais especializados. Isso pode dificultar o atendimento adequado e impactar negativamente a saúde da população. Nesses casos, é importante que os profissionais sejam criativos e busquem alternativas viáveis para suprir essas demandas, como parcerias com outras instituições ou a busca por recursos externos.

A formação do vínculo entre os ACS e os usuários, na confiança do agir do profissional em solucionar a demanda do usuário, requer empenho por parte do operador da política. O ACS reside na mesma comunidade, partindo dessa característica podemos dimensionar o quão tênue é a relação do ACS no exercício profissional e pessoal para com os usuários, implicando em sentimentos, conflitos, frustrações, acolhimento, compreensão, empatia, dentre outros.

(...) um dia a filha dela chegou na minha casa e disse: “a mãe está te chamando lá”, isso era meio dia num domingo, desliguei a minha panela e fui lá, as filhas dela achavam que ela (idosa) estava morrendo, medi a pressão estava 6/3, muito baixa, e a velhinha sentada, coitadinha, sofrendo, a gente aprendeu no curso que quando tá com a pressão baixa deita a pessoa e levanta as pernas (...) (ACS Júlia).

Marqui et al. (2010) pontua que na rotina de trabalho da ESF o acompanhamento do ACS envolve ações técnicas ligadas a orientações em saúde, que se entrelaçam a uma rede de

afetos e proximidade constituída pelo vínculo estabelecido. Essas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários associam-se à abertura ao diálogo e à composição de práticas de amorosidade junto ao outro, que são dois dentre os seis princípios orientadores da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS-SUS. É perceptível na fala dos ACS quando descrevem sua rotina de trabalho que essas experiências de trocas com as famílias atendidas, mescladas por diferentes saberes, contribuem para o desenvolvimento saudável da comunidade.

O acolhimento e a empatia que estão vinculadas às atividades profissionais da ESF e os usuários promovem um respeito mútuo, e a troca e a confiabilidade se dão para além dos dias efetivos de trabalho, como por exemplo, no caso do ACS que reside no meio da comunidade que atende na ESF. Lopes et al. (2015, p. 116) menciona que:

(...) torna-se evidente que as relações no acolhimento são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido (...)

Durante os encontros de grupo focal com a equipe multiprofissional, bem como nas entrevistas individuais com operadores da política, foram ressaltados e apontados em palavras dos participantes, o que denominaram de pontos positivos e negativos, relacionados ao ambiente de trabalho e a atenção aos usuários.

Foram apontados como negativos no exercício da profissão: o horário de trabalho que dificulta encontrar os usuários durante as visitas domiciliares. “(...) A gente não pode ir muito cedo, antes das 9h eles não nos recebem mesmo, porque a minha área o pessoal assim não precisa acordar cedo (...)”(ACS Laura); a formação de pequenos grupos dentro da equipe, o que popularmente chamaram de “panelinhas”, constituídas a partir de algum tipo de rivalidade, que diminui o encanto e o entusiasmo em relação às possibilidades de encontro e confraternização,



conforme a fala de uma recepcionais: “(...) tem outras pessoas que a gente só encontra no final do dia às 18h, mesmo não sendo nosso horário de trabalho, a gente vai né, fazer o quê? (...)” (ACS Ana).

Parece nítido a sobrecarga e descontentamento, não só pelo desgaste da carga horária, mas pela não flexibilidade por parte da gestão, os profissionais continuam exercendo sua função fora do horário de trabalho, no período de férias, no supermercado, no domingo em família. “(...) as pessoas olham pra gente e pedem para agendar exames, trocar receitas, é uma loucura, alguns usuários pensam que somos escravos deles (...)” (ACS Mara).

Para Araújo e Rocha (2007) o exercício profissional, quando realizado com o único objetivo de produzir quantidade, impacta tanto na qualidade do atendimento prestado ao usuário, como na condição de saúde dos operadores das políticas públicas de saúde. O trabalho se torna penoso, desestimulante, no qual são evidenciados sentimentos de desvalia e inutilidade, relacionando esses sentimentos a um prejuízo na vida e nas relações pessoais dos profissionais, contribuindo para ocorrência de transtorno mental ou distúrbios psiquiátricos.

“(...) no cumprimento de metas nós temos quase que implorar para os pacientes nos receber, o que acontece muito é pedir pelo WhatsApp pra marcar consulta, pra trocar receita, pra pedir encaminhamento pra fazer exame, e quando uma criança nasce e a mãe vai passar o resguardo fora da cidade a gente precisa se virar e fazer o cadastro desse bebê (...)” (ACS Ana).

Outro ponto relevante mencionado é a falta de um horário específico para ser dedicado a alguma atividade física, considerando que o exercício físico tende a elevar a qualidade de vida da pessoa; falta de apoio por parte da gestão em relação a cobrança dos usuários; falta de união entre as ACS e as demais profissionais da ESF; atritos em relação a problemas pessoais que são compartilhados no expediente de trabalho, fato esse que já gerou intriga entre as profissionais. Vale ressaltar que o ambiente de trabalho é um espaço de relações humanas, de formação de

vínculos, de troca de vivências e, neste caso, as profissionais passam em média 8h por dia neste ambiente.

Na análise desta demanda no âmbito do trabalho foi possível deparar-se com várias reflexões como as de Oliveira, Collet e Viera (2006) que caracterizam a comunicação como o exercício da escuta e da fala que são essenciais para compreender e conhecer o outro. Desta forma, a humanização, no contexto da assistência à saúde, busca valorizar o diálogo, e este contribui com o planejamento e a promoção de ações, com foco na dignidade ética da palavra, do respeito, da reciprocidade, da cooperação e acolhimento, pois um dos fatores mais complexos e potentes que influenciam nas relações de trabalho se dá na própria subjetividade humana.

De acordo com relatos das profissionais da ESF, são em média oito anos de trabalho juntas (as concursadas, um total de 10 anos, têm oito anos que assumiram o cargo, as demais, contratadas, têm em média quatro anos de trabalho na ESF). Nesse período de convivência, elas desenvolveram entre si uma forma de parar com as discussões acaloradas dizendo entre elas que “está na hora de tomar água”, o que significa “chega, vamos ficar calmas”. Chiavenato (2004, p. 416) diz que “o conflito é inevitável, a solução de um conflito passa quase sempre pelo exame das condições que o provocaram”.

Para Guimarães (2004, p. 23), “A Saúde Mental e Trabalho é o estudo da dinâmica, da organização e dos processos de trabalho, visando à promoção da Saúde Mental do trabalhador, por meio de ações diagnósticas, preventivas e terapêuticas eficazes (...)”. Essa produção de saúde mental considerando o espaço do trabalho, o ambiente, deve ser estimulada diariamente, seja por trocas interpessoais em pequenos grupos, dinâmicas, roda de conversa e até mesmo por partilha em um coffee break, no final do expediente.

No entanto, a comunicação entre a equipe ESF participante da pesquisa apresenta muitos ruídos, falhas na comunicação durante o encontro do grupo focal, visto que todos os

participantes se queixam da não eficiência na comunicação.

A ACS Paula pontua que não ocorrem reuniões com todas as profissionais e sim com grupos fragmentados, descreve ser comum a informação ser passada para uma das ACS e essa transmite a toda a equipe, essa ação se repete por vezes, sendo já dialogado com a coordenadora e equipe durante conversa (mesmo não havendo reunião para isso) sobre o desconforto que esse formato de comunicação provoca, já que ocorrem falhas na compreensão de quem ouve, bem como na forma de passar a informação.

A ACS Sandra prossegue enfatizando que considera as reuniões em equipe importantíssimas e que essas não ocorrem pelo fato de que é necessário parar o serviço durante elas “(...) o usuário não pode ficar 1 hora sem atendimento senão vai reclamar com o secretário de saúde (...)” (ACS Sandra).

Uma pesquisa realizada na ESF no município de Pato Branco/PR descreve que a equipe atendia na época em torno de 3.200 pessoas cadastradas e essa mesma equipe passava por dificuldades de relacionamento interpessoal entre os profissionais, distanciamento entre eles e conflitos frequentes. Não havia uma definição de gerência das equipes, por isso, o enfermeiro acabava assumindo a função de liderança e era o responsável por organizar, uma vez por semana, reuniões com a equipe para planejar atividades e expor necessidades (Antoniassi, Pessotto, & Bergamini, 2019).

Ainda de acordo com os autores, as reuniões eram conflituosas e geralmente não se alcançavam conclusões claras em relação ao que estava gerando as discordâncias, tal situação colaborava para o baixo desempenho das funções, clima organizacional hostil e absenteísmo.

As adversidades que surgem no decorrer do exercício profissional causam em certa medida abalos emocionais, assim como experiências positivas e negativas que surgem em contato com os usuários e colegas de trabalho. Para Oliveira, Collet e Viera (2006), a ESF está inserida em um território específico, mas que é também espaço da cultura, das relações, da

formação de vínculos com os usuários, relação duplo sentido profissional/usuário e usuário/profissional, na produção de acolhimento e responsabilização, aproximando o profissional e suas ferramentas de ação ao âmbito da micropolítica dos processos de trabalho.

Portanto, trabalhar em consonância com a proposta da ESF requer uma inversão da lógica do cuidado - menos técnico e mais humano, entendendo aqui como humano a capacidade de ser empático, acolhedor, solícito agregando valor a atividade profissional como descreve a ACS Paula:

“(...) aí você quer silêncio, mas você não consegue falar. Fica quietinha, hoje eu quero paz. Nós ainda, como agente de saúde, ainda a gente tem uma vantagem, que a gente pode sair, fazer visita. E você sai do ambiente. Mas isso não é o caso das outras, que tem que ficar aqui o tempo todo (...)” (ACS Paula).

Feurwerker (2011) propõe que o processo do cuidado construído coletivamente, considerando diversos pontos de vista e não somente as normas técnicas, inclusive ouvindo os usuários, viabiliza a garantia de acesso, produzindo mecanismos para construir e gerenciar as demandas em um exercício mais prazeroso com vínculo, integridade e respeito.

A subjetividade do trabalho na ESF é um fator que contribui para o desgaste físico e mental dos profissionais. Lidar com diferentes realidades, problemas de saúde complexos e a falta de recursos adequados pode ser desafiador. Além disso, a pressão por resultados e a responsabilidade de garantir o bem-estar das famílias atendidas podem gerar estresse e exaustão.

Nos relatos mencionados acima, a equipe descreve de forma diferente o mesmo sentimento e percepção, as profissionais estão esgotadas emocionalmente e isso reflete diretamente no desempenho das atividades, gerando uma reação em cadeia, como menciona a recepcionista “(...) se não estou bem não consigo dar o meu melhor no trabalho, mas não estou justo pelo trabalho (...)” (Enfermeira Mariana).

As descrições livres e espontâneas das profissionais de saúde da ESF no decorrer da pesquisa evidenciam o quanto o exercício profissional tem comprometido a saúde delas, por meio de diversos fatores apontados aqui, nota-se que a percepção dos seus próprios limites requer o autoconhecimento além da percepção e inquietude do quão harmonioso o ambiente de trabalho esteja. Neste viés, uma boa comunicação é fundamental para todo o desenvolvimento das atividades da ESF, bem como para o próprio convívio entre os profissionais e usuários.

Em contrapartida, a literatura apresenta estratégias que deveriam fazer parte dos equipamentos da ESF, como: medidas de apoio psicossocial, como grupos de suporte e supervisão; promoção de um ambiente de trabalho saudável, com a valorização e o reconhecimento dos profissionais; e a implementação de ações de autocuidado, como atividades físicas e práticas de relaxamento (Guimarães, Siegrist, & Martins, 2004).

Quando há harmonia no ambiente de trabalho, os fatores humanos tendem a seguir esse clima harmônico, os profissionais sentem-se mais confiantes, aumenta a motivação, a capacidade e a satisfação no trabalho, além de melhorar a saúde. Ao contrário, se a ambiência é negativa, se produz pontos negativos como insatisfação no trabalho, podendo surgir efeitos psicológicos, reações de comportamento, consequências psicossomáticas. Enfatizando que é este conjunto de efeitos psicológicos, com alterações de comportamento, que se denomina estado de estresse (Guimarães, Siegrist, & Martins, 2004).

Quando as relações do trabalho acumulam fatores negativos ou desgastantes impulsionam que os profissionais adoçam, principalmente quando os profissionais desempenham suas atividades na linha de frente das políticas públicas de saúde, para Borges et al. (2019) ao atender paliativamente os sintomas, as organizações de trabalho facilitam o desenvolvimento de um ambiente de trabalho com potencial de adoecimento.

Não é raro o processo de adoecimento dos profissionais de saúde não ser validado por eles mesmos, a atenção está sempre para o cuidado da saúde dos usuários, e a sua própria saúde

tende a ficar negligenciada, assim como em relatos durante as entrevistas, onde profissionais descrevem descontrole alimentar, insônia, oscilação de humor, irritabilidade “falta de paciência”, apatia, descrita pela enfermeira (coord. da ESF) diante dos conflitos internos, dores abdominais, coceiras, queda de cabelo, entre outras características que nos leva a pensar no processo de adoecimento físico e psicológico, ao passo que elas por si mesmas não se reconhecem como adoecidas. conclusão

De modo a refletir em certa medida sobre as perguntas que pretensiosamente estimulavam as reflexões pessoais, como: porque você escolheu esta profissão? Quais os pontos negativos e positivos do seu exercício profissional? Você poderia descrever um episódio marcante vivenciado na sua profissão?, as entrevistadas produziram falas complementares e divergências nos relatos das entrevistas, deixando em evidência a necessidade da fala, no entanto, a equipe ESF sentiu-se confortável com a pesquisa, permitindo-se externalizar percepções, sentimentos, bem como suas dores e angústias.

Ao mesmo tempo, as participantes acolheram participar de um momento específico para reflexão em grupo, com temas colhidos no processo da pesquisa, que envolveram empatia, motivação, profissionalismo e resiliência. Além disso, foi mencionado um agravante a nível mundial, a pandemia COVID-19, que mesmo tendo sido pouco citada pela equipe durante a pesquisa, vale pontuar que as ACS Ana e Regina mencionaram durante a entrevista ter sentido muito medo do contágio “(...) a gente ia fazer visita com a médica, ela toda encapada usando capote, máscara, luvas, protetor face shield, e nós, ACS, só máscara e álcool em gel, a sensação era que a vida dela (médica) valia mais que a nossa (...)”. Os afetos, manifestados por meio das emoções, promovem o ajustamento social, validando a expressão subjetiva e individual da pessoa em suas relações, deixando nítido na fala da ACS o sentimento de menos valia, negligência e abandono.

Perceber as próprias emoções, assim como as atitudes tomadas diante das mesmas, nos

faz evoluir enquanto seres humanos, e as vivências no âmbito do trabalho em saúde deixa mais suscetíveis sentimentos subjetivos inerentes a todas as pessoas, como a motivação que impulsiona e capacita os indivíduos a buscarem o melhor para si e para suas relações, acompanhados de sentimentos como autoestima, empatia, solidariedade, tolerância, perseverança e resiliência. Sem deixar de mencionar a importância de uma boa comunicação, diálogo, trocas significativas de experiências e acolhimento das mesmas, já que a equipe ESF trabalha em consonância ao mesmo objetivo.

A produção do vínculo nas relações de trabalho também é foco da Psicologia Social da Saúde. Na ESF, o acolhimento é primordial para o desenvolvimento das atividades propostas ao serviço, sendo uma forma de intervenção que propõe apoio contínuo à pessoa em todo o seu processo de atendimento na saúde de modo geral, indo além, a equipe ESF também articula intervenções na esfera social, pois estes profissionais estão em relação direta com usuário.

A Psicologia Social da Saúde se interessa pela criação de práticas conversacionais que possam construir caminhos possíveis para que as pessoas sigam juntas mesmo na diversidade, articulando um processo de diálogo que possa ser compreendido e compartilhado, para que se criem mais possibilidades de ação. Essas práticas reafirmam que o acolhimento e o vínculo são potenciais na criação de um espaço coletivo de atuação. O estabelecimento do vínculo na relação, segundo Campos (1997), promove melhor eficácia das ações em saúde e facilita a participação do usuário nestas ações.

A análise psicológica do adoecimento relacionado ao trabalho na equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) envolve diversos fatores que contribuem para o desgaste físico e emocional dos profissionais. A ESF é um modelo de atenção básica à saúde no Brasil, cujo objetivo é a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção integral à saúde da população. No entanto, a equipe da ESF frequentemente enfrenta condições de trabalho que

podem levar ao adoecimento. A pesquisa com a equipe nos permite pontuar alguns aspectos a serem considerados:

- **Sobrecarga de Trabalho:** Devido à demanda elevada, muitas vezes atendendo comunidades inteiras com recursos limitados. Isso pode levar ao esgotamento físico e emocional, conhecido como burnout.

- **Pressão Psicológica:** A pressão para atender a uma grande quantidade de pacientes em um curto período, aliada a necessidade de lidar com situações complexas e emocionalmente desgastantes, pode aumentar o estresse psicológico. A expectativa de oferecer cuidado de qualidade, mesmo em condições adversas, também contribui para essa pressão.

- **Falta de Recursos:** A insuficiência de recursos materiais e humanos pode agravar a situação. A falta de equipamentos, medicamentos e profissionais adequados para atender às necessidades da população pode gerar um sentimento de impotência e frustração nos trabalhadores da ESF.

- **Exposição a Situações Traumáticas:** Os profissionais da ESF frequentemente se deparam com situações de violência, doenças graves e condições socioeconômicas desfavoráveis dos pacientes, o que pode resultar em trauma secundário e compaixão fatigada.

- **Relacionamentos Interpessoais:** Conflitos entre membros da equipe, falta de apoio social e dificuldades de comunicação podem aumentar o estresse no ambiente de trabalho. A falta de coesão e apoio mútuo pode piorar a experiência dos profissionais.

- **Reconhecimento e Valorização:** A falta de reconhecimento e valorização do trabalho realizado pode levar à desmotivação e ao desânimo. A percepção de que o esforço despendido não é devidamente apreciado pode contribuir para o desgaste emocional.

A saúde dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) é de extrema importância e fundamental para o bom funcionamento do programa, os mesmos desempenham um papel vital no cuidado e atendimento à população, não deixando de mencionar o fator ímpar,



são pessoas que deveriam de modo social e político serem cuidados como principais atores com campo da saúde.

Portanto, é fundamental que sejam adotadas medidas para garantir a saúde desses profissionais. Isso inclui oferecer condições de trabalho adequadas, com espaços físicos adequados, equipamentos e materiais necessários, além de investir na capacitação e formação continuada desses profissionais.

Além disso, é importante promover ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas aos profissionais da ESF. Isso pode envolver a oferta de programas de ginástica laboral, pausas regulares durante o expediente, incentivos à prática de atividades físicas e cuidados com a saúde mental, como psicoterapia e apoio emocional.

A valorização e o reconhecimento desses profissionais também são essenciais para a manutenção de sua saúde. É importante que sejam valorizados e respeitados, e que seu trabalho seja reconhecido como fundamental para a saúde da população. Isso contribui para a motivação e satisfação no trabalho.

### **Considerações**

O adoecimento dos profissionais da equipe da ESF é um problema multifacetado que requer uma abordagem integrada para ser adequadamente abordado. A combinação de apoio psicológico, melhorias nas condições de trabalho, capacitação contínua e reconhecimento do trabalho pode contribuir significativamente para a saúde e o bem-estar desses profissionais, garantindo um atendimento de qualidade para a população.

A equipe multiprofissional de atenção à saúde necessita a segurança de um planejamento e de uma organização da atenção que seja satisfatória para usuários, mas também sustentável desde o ponto de vista operacional considerando o efetivo de servidores, condições

estruturais, recursos operacionais e articulação com a rede atenção, já que a unidade de saúde não pode responder todas as demandas em toda sua amplitude.

Sem dúvida, as condições de vida e trabalho dos operadores da política redundará na maior ou menor efetividade e qualidade da atenção em saúde à comunidade.

## Referências

- Antoniassi, C. P., Pessotto, J. G., & Bergamin, L. (2019). Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR. *Revista Saúde em Debate*, 43 (supl.6):147-153. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S614>.
- Araujo, M. B. de S., & Rocha, P. de M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
- Assis, M. M. A. et al. (Orgs.). (2010). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. EDUFBA. <https://books.scielo.org/id/xjcw9>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Borges, L. O.; Guimarães, L. A. M., & Silva, S. S. (2019). Diagnóstico e promoção da saúde psíquica. In L. O. Borges & L. Mourão (Orgs.), *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia* (pp. 581-618). Artmed.
- Borges, L. S., Tavares, R. C., Sousa, S. M. G., & Peres, V. L. A. (2019). Psicologia e políticas sociais: as contribuições de um programa de pós-graduação em Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 24(2):171-180.

Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde.

(2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3ª ed.). Série B. textos Básicos de Saúde. Série pactos pela Saúde 2006, v. 7. Editora do Ministério da Saúde.

Campos, K. C. de L., Duarte, C., Cezar, É. de O., Pereira, G. O. de A. (2011). Psicologia organizacional e do trabalho - retrato da produção científica na última década.

*Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4):702–717.

Chiavenato, I. (2004). *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos na organização*. (2ª ed.). Elsevier.

Deluque, R., Jr., & Costa, M. L. (2020). Construindo sentidos sobre o cuidado em saúde à luz Da hermenêutica gadameriana. *SAPIENTIAE: Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, 6(1):56-69. Recuperado em 10 de janeiro, 2023, em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572763612006>.

Ellery, A. E. L., Pontes, R. J. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.

*Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2):415-437.

Feuerwerker, L. C. M. (2011). A cadeia do cuidado em saúde. In J. J. Martins & S. Rego (Orgs.), *Educação médica: gestão, cuidado e avaliação* (pp. 99-113). ABEM e Editora Hucitec.

Garcia, Ana C. P., Andrade, M. A. C., Contarato, P. C., Tristão, F. I., Rocha, E. M. S,

- Rabello, A., & Lima, R. de C. D. (2015). Ambiência na Estratégia Saúde da Família. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 3(2):36-41.  
<https://doi.org/10.3395/2317-269x.00484>
- Guimarães, L. A. M., Siegrist, J., & Martins, D. A. (2004). Modelo de estresse ocupacional ERI (effort-reward imbalance). (Vol. 2). In: L. A. M. Guimarães, & S. Grubits. *Série saúde mental e trabalho* (pp.69-84). Casa do Psicólogo. No prelo.
- Lopes, A. S., Vilar, R. L. A., Vieira de Melo, R. H., & da Silva França, R. C. (2015, Jan-Mar). O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Rev. Saúde Debate*, 39(104):114-123.
- Marqui, A. B. T., Janh, A. do C., Resta, D. G., Colomé, I. C. dos S., Rosa, N. da, & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Rev. Esc. enferm USP* 44(4):956-961. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>
- Ministério da Saúde. (2002). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. (4ª ed.). Editora do Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf).
- Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde.

(2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3ª ed.). Série B. textos Básicos de Saúde. Série pactos pela Saúde 2006, v. 7. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* (2013, 13 junho). Recuperado em 26 de abril de 2024, de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Ministério da Saúde. (2013). *Ambiência*. (2ª ed.). Editora do Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_reimp.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_reimp.pdf)

Oliveira, B. R. de O., Colett, N., Vieira, C. S. (2006). A humanização à assistência da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(2):277-284. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>

Ronzani, T. M., & Silva, C. M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*, 13(1):23-34.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Cuidar da saúde física e mental dos profissionais da ESF não é apenas uma questão de bem-estar individual, mas também de qualidade do atendimento prestado à população. Profissionais saudáveis e motivados são capazes de oferecer um cuidado mais eficiente e humanizado. Mesmo sendo redundante, é fundamental cuidar da saúde dos profissionais de saúde, com olhar atento por parte da gestão municipal, articulando medidas de intervenção na dinâmica do trabalho, dialogando com a equipe para levantamento de dados, planejamento de possibilidades que viabilizem a qualidade de vida profissional a essas pessoas.

A compreensão é um processo que atravessa a mente humana. Segundo Deluque e Costa (2020) é a partir de uma relação dialógica que se esclarecem os fenômenos, permitindo adquirir novas e relevantes compreensões e a superação de antigos preconceitos. No contexto do cuidado em saúde, isso significaria conhecer melhor o usuário e as suas necessidades, em um processo de partilhas, onde as distintas compreensões seriam mediadas pelo diálogo, numa tarefa de decifrar os significados daquilo que é dito e ouvido, dentro da relação terapêutica.

Estas questões pontuais, apresentadas na pesquisa, são relevantes para desenvolver um olhar atento sobre as políticas públicas de saúde, bem como sobre a qualidade de vida dos seus operadores. No caso da equipe da ESF, se requer uma especial atenção em relação às suas potencialidades e fragilidades. É necessário dar cabida às suas necessidades, para que tenham as condições de oferecer o devido suporte de atenção aos usuários da estratégia.

Contudo, a hipótese proposta no tópico das considerações iniciais foi confirmada, isto é, a saúde dos profissionais que compõe a Estratégia de Saúde da Família encontra-se fragilizada, mascarada por um adoecimento psíquico provocado pelo exercício profissional. Ainda ressalta-se neste último tópico da dissertação que todos os objetivos, geral e específicos, foram atingidos de forma satisfatória.

---



## REFERÊNCIAS

---

- Andrade, E. M., Nakamura, E., Silvestre de Paula, C., do Nascimento, R., Bordin, I. A., & Martin, D. (2011). A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde e Sociedade*, 20(1):147-155.
- Antoniassi, C. P., Pessotto, J. G., & Bergamin, L. (2019). Práticas restaurativas na gestão de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: relato de experiência em Pato Branco, PR. *Revista Saúde em Debate*, 43 (supl.6):147-153. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S614>.
- Araujo, M. B. de S., & Rocha, P. de M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, 12(2). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.
- Araújo, T. C. C. F. de. (2009). Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 61(2):1-13.
- Assis, M. M. A., et al. (orgs.) (2010). *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários* [online]. EDUFBA, 180 p. <https://doi.org/10.7476/9788523208776>
- Ayres, J. R. de C. M. (2004) Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 8(14):73-92. <https://dx.doi.org/10.1590/S141432832004000100005>.

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Borges, L. O.; Guimarães, L. A. M., & Silva, S. S. (2019). Diagnóstico e promoção da saúde psíquica. In L. O. Borges & L. Mourão (Orgs.), *O trabalho e as organizações: atuações a partir da psicologia* (pp. 581-618). Artmed.
- Borges, L. S., Tavares, R. C., Sousa, S. M. G., & Peres, V. L. A. (2019). Psicologia e políticas sociais: as contribuições de um programa de pós-graduação em Psicologia. *Estudos de Psicologia*, 24(2):171-180.
- Braga, L. C., Carvalho, L. R. C., & Binder, M.C.P. (2010). Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciênc. saúde colet.* 15(supl. 1):1585-1596.
- Brehmer, L. C. F., & Ramos, F. R. S. (2014). Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(1):228-37. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2007). Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(4):502-507.
- Campos, G. W. de S. (1992). *A saúde pública e a defesa da vida*. Editora Hucitec.
- Campos, G. W. de S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o*

*método da roda*. Editora Hucitec.

Campos, K. C. de L., Duarte, C., Cezar, É. de O., Pereira, G. O. de A. (2011). Psicologia organizacional e do trabalho - retrato da produção científica na última década.

*Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(4):702–717.

Carácio, F. C. C., Conterno, L. de O., Oliveira, M. A. de C., Heiras de Oliveira, A. C., Marin, M. J. S., & Braccialli, L. A. D. (2014). A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7):2133-2142. <https://repositorio.usp.br/item/002494762>.

Carvalho, L. S. F., Matos, R. C. S., Souza, N. V. D. O., & Ferreira, R. E. D. S. (2010).

Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de Enfermagem. *Cienc. Cuid. Saude*, 9(1), 60-66.

Chiavenato, I. (2004). Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos na organização. (2ª ed.). Elsevier.

Chiavenato, I.. (2000). *Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (6ª ed.). Editora Campus S.A.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). *Diário Oficial da União* (1988, 05 de outubro).

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Cotta, R. M. M., Schott, M., Azeredo, C. M., do Carmo Castro Franceschini, S., Priore, S. E.,

- & Dias, G. (2006). Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. serv. Saúde*, 15(3):7-18. Recuperado em 10 de janeiro, 2023, em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438535>
- Dantas, T. C. C. (2000). *A prática gerencial de enfermeiras em unidades básicas de saúde*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem] Universidade Federal da Bahia.
- Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (2011, 28 junho). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Presidência da República. *Diário Oficial da União* (2011, 29 junho). [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). A carga psíquica do trabalho. In C. Dejours, E. Abdoucheli, & C. Jayet, *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Editora Atlas.
- Deluque, R., Jr., & Costa. M. L. (2020). Construindo sentidos sobre o cuidado em saúde à luz Da hermenêutica gadameriana. *SAPIENTIAE: Revista de Ciências Sociais, Humanas e Engenharias*, 6(1):56-69. Recuperado em 10 de janeiro, 2023, em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572763612006>.
- Ellery, A. E. L., Pontes, R. J. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos

profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.

*Physis Revista de Saúde Coletiva*, 23(2):415-437.

Fernandes, E. C. (2003). *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Casa da Qualidade.

Feuerwerker, L.C.M. (2002). *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. Hucitec.

Feuerwerker, L. C. M. (2011). A cadeia do cuidado em saúde. In J. J. Martins & S. Rego (Orgs.), *Educação médica: gestão, cuidado e avaliação* (pp. 99-113). ABEM e Editora Hucitec.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. (1ª ed.). Rede UNIDA.

Garcia, Ana C. P., Andrade, M. A. C., Contarato, P. C., Tristão, F. I., Rocha, E. M. S, Rabello, A., & Lima, R. de C. D. (2015). Ambiência na Estratégia Saúde da Família. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, 3(2):36-41.  
<https://doi.org/10.3395/2317-269x.00484>

Gil, C. R., Luiz, I. C., & Gil, M. C. R. (2016). *Gestão política em saúde: processo de trabalho na gestão do SUS*. (1ª ed.). Edufma.

Gonzalo, V. N., & Malik, A.M. (2016). *Gestão em Saúde*. Guanabara Koogan Ltda.

- Guimarães, L. A. M., & Freire, H. B. (2004). *Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde*. (Vol. 2). Casa do Psicólogo.
- Guimarães, L. A. M., Siegrist, J., & Martins, D. A. (2004). Modelo de estresse ocupacional ERI (effort-reward imbalance). (Vol. 2). In: L. A. M. Guimarães, & S. Grubits. *Série saúde mental e trabalho* (pp.69-84). Casa do Psicólogo. No prelo.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. L. (2010). O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*, 20(4).  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. L. (2010). O Conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis*, 20(4).  
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>.
- Kumar, R., Ahmed J., Shaikh, BT, Hafeez, R., & Hafeez, A. (2013). Satisfação no trabalho entre profissionais de saúde pública que trabalham no setor público: um estudo transversal do Paquistão. *Hum Recursos Saúde.*, 11(2). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-2>.
- Leavell, S. & Clarck, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill.
- Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. *Diário Oficial da União* (1990, 20 setembro).

[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#)

Lopes, A. S., Vilar, R. L. A., Vieira de Melo, R. H., & da Silva França, R. C. (2015, Jan-Mar). O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Rev. Saúde Debate*, 39(104):114-123.

Maia, A. O. N., Tondin, C. F., Ciliberti, M. E., & Barros, M. N. dos S. (2011). *Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*. CREPOP.

[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/07/conasems\\_crepop\\_v41.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/07/conasems_crepop_v41.pdf)

Malvezzi, S. (2010). *A profissionalização do Psicólogo: Uma história da promoção humana*. Artmed.

Marques, R. M., & Mendes, A. (2009). A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad. Saúde Pública* (online), 25(7). <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700016>

Marqui, A. B. T., Janh, A. do C., Resta, D. G., Colomé, I. C. dos S., Rosa, N. da, & Zanon, T. (2010). Caracterização das equipes da saúde da família e de seu processo de trabalho. *Rev. Esc. enferm USP* 44(4):956-961. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400014>

- Martinez, M. C., & Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho - aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno psicologia sociedade e trabalho*, 6(1):59-78. Recuperado em 26 de abril de 2024, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-37172003000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172003000200005&lng=pt&tlng=pt).
- Medeiros, P. A., Chequim da Silva, L., Machado de Amarante, I., Cardoso, V. C., Mensch, K. M., Naman, M., & Schimith, M. D. (2016). Condições de saúde entre Profissionais da Atenção Básica em Saúde do Município de Santa Maria – RS. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(2):115-122.
- Mendes, E.V. (2007). *Os modelos de atenção à saúde*. Mimeo. Recuperado em 31 de maio de 2022 de: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/02/As-Redes-de-Atenção-à-saúde-eugenio-vilaça.pdf.html>.
- Minayo Gomez, C., & Lacaz, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(4). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>.
- Ministério da Saúde. (2002). *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar* (PNHAH). Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_positiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_positiva.pdf).
- Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. (4ª ed.). Editora do



Ministério da Saúde.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto\\_saude\\_v4\\_4ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf).

Ministerio da Saúde. (2006). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. (1ª ed.).

<https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/server/api/core/bitstreams/9106fe83-7027-42b7-86ed-8d5776df236c/content>

Ministério da Saúde. (2009). *O Humaniza SUS na Atenção Básica*.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)

Ministério da Saúde. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. (2ª. ed.).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

Ministerio da Saúde. (2010). *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. (4ª ed.).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)

Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde.

(2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. (3ª ed.). Série B. textos Básicos de Saúde. Série pactos pela Saúde 2006, v. 7. Editora do Ministério da Saúde.

Ministerio da Saúde. (2011). *Acolhimento à Demanda Espontânea*. (1ª ed.). Cadernos de Atenção Básica (28).

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf).

Ministério da Saúde. (2012). *Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação em Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde*. Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 dezembro). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* (2013, 13 junho). Recuperado em 26 de abril de 2024, de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Ministério da Saúde. (2013). *Ambiência*. (2ª ed.). Editora do Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia\\_reimp.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_reimp.pdf)

Mishima, S. M. (1995). *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*. [Tese de Doutorado em enfermagem], Universidade de São Paulo.

Mitre, S. M., Andrade, E. L. G., & Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde coletiva*, 17(8). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.

Oliveira. B. R. de O., Colett, N., Vieira, C. S. (2006). A humanização à assistência da saúde.

*Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 14(2):277-284. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>

Pinto, E. S. G., Paiva de Menezes, R. M., & Villa, T. C. S. (2010). Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. Esc. Enferm USP*, 44(3):658-664. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300015>.

Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. (2015, 4 agosto). Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Presidência da República. *Diário Oficial da União* (2015, 5 agosto). Recuperado em 26 de abril de 2024, de: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124\\_04\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1124_04_08_2015.html).

Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999. (1999, 18 novembro). Lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Diário Oficial da União* (1999, 19 novembro). Recuperado em 26 de abril de 2024, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html)

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017, 21 setembro). 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, 22 setembro). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. (2004, 10 dezembro). Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. *Diário Oficial da União* (2004, 13 dezembro). <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/legislacao-indigenista/seguridade-social/portaria-n-2-60-de-10-12-2004.pdf>

Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. (2013, 19 novembro). Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). *Diário Oficial da União* (2013, 20 novembro). [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010, 30 dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* (2017, 3 outubro). Recuperado em 26 de abril de 2024, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)

Rios, I. C. (2009). *Caminhos da Humanização na Saúde*. Áurea Editora.

Ronzani, T. M., & Silva, C. M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*, 13(1):23-34.

Sakamoto, C. K. (2007). *Um olhar criativo sobre a prática em psicologia: posições teóricas e técnicas*. Editora Mackenzie.

Simon, C. P. (2003). *Promoção de saúde na comunidade: Análise de relatos de experiências*

*na literatura sob a perspectiva da psicologia crítica.* [Tese de Doutorado não publicada]. Universidade de São Paulo.

Teixeira, C.F. (2003). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde em Debate*, 27(65):257-277.

Torres, F. C. D. A. (2012). *Seguridade social: conceito constitucional e aspectos gerais.*

Boletim Jurídico [online], (1184). Recuperado em 31 de maio de 2022 de:

<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/2511/seguridadesocialconceito-constitucional-aspectos-gerais>.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica* 34(5):223-233.

Veigas, S. M. da F., & Penna, C. M. de M. (2013). O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde coletiva*, 18(1):181-190.

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32:27- 37.

## **APÉNDICE**

---

## **APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Universidade Católica Dom Bosco – UCDB**

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia

Pesquisadora responsável: Flávia Pereira Lima

Orientador: Prof. Dr. Marcio Luís Costa

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa

Contudo, para a realização desta pesquisa, necessitamos de sua autorização. Considerando as informações constantes neste termo e as recomendações previstas: (i) Na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do conselho nacional de saúde (BRASIL, 2012) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos; (ii). Nas normas expressas na resolução nº 196/96 do conselho nacional de saúde/ ministério da saúde, consinto, de forma livre e esclarecida a participação na presente pesquisa, na condição de participante, ciente de que:

- a) Minha participação é inteiramente voluntária e não implica em quaisquer tipos de despesas e/ou ressarcimento financeiro;
- b) Essa atividade não é obrigatória e, caso não queira participar, isso em nada mudará o trabalho que realizo;
- c) Responderei aos questionários e a entrevista, que contém questões relacionadas à minha vida, meu trabalho e minhas necessidades. O tempo médio despendido é de aproximadamente 40 minutos;
- d) Tenho liberdade para desistir de participar, em qualquer momento, da pesquisa, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- e) É garantido o anonimato;

f) Os dados coletados só serão utilizados para fins científicos e que os resultados serão divulgados de forma coletiva, ou seja, não identificam o respondente de maneira individual e poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou eventos científicos;

g) poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB para apresentar recursos pelo telefone (67) 3312-3605.

\_\_\_\_\_,MS \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

**Participante**

Nome: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**Pesquisadora**

Flávia Pereira Lima RG \_\_\_\_\_ SSP/ \_\_\_\_\_

E-mail: [flaviapl@yaho.com.br](mailto:flaviapl@yaho.com.br)

Fone: (67) 9 9694-4727

Você deseja obter os seus resultados da pesquisa por e-mail?

( ) Sim - E-mail \_\_\_\_\_

( ) Não

Assinatura

\_\_\_\_\_