UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LEIDE DIONNE PEREIRA DE JESUS SANTOS

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão integrativa

Salvador

2022

LEIDE DIONNE PEREIRA DE JESUS SANTOS

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Planificação e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

Salvador

2022

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S237r Santos, Leide Dionne Pereira de Jesus.

Repercussões do processo de trabalho na saúde de profissionais que atuam em Equipes de Saúde da Família: uma revisão integrativa / Leide Dionne Pereira de Jesus Santos. -- Salvador: L.D.P.J. Santos, 2022.

100 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Liliana Santos.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Fluxo de Trabalho. 3. Condições de Trabalho. 4. Saúde do Trabalhador. Título.

CDU 614.2: 331

Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LEIDE DIONNE PEREIRA DE JESUS SANTOS

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: uma revisão integrativa.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 21 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas – ISC/UFBA

Liliana Santos – ISC/UFBA (orientadora)

Nilia Maria de Brito Lima Prado – IMS/UFBA

Vladimir Andrei Rodrigues Arce – ICS/UFBA

Salvador 2022

A Deus, por me permitir viver este milagre!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me conceder tão lindo sonho e transformá-lo em realidade. Também agradeço a Ele pela vida de cada uma das pessoas a seguir, pois, são todos presentes enviados por Deus para me ajudar nesta caminhada. Talvez, por isso, as palavras não consigam expressar a minha gratidão, porque, sei que este momento é resultado da soma de incontáveis milagres!

Agradeço aos meus pais, que ao crerem que a educação transforma vidas incentivaram e priorizaram os meus estudos, me permitindo ter a oportunidade que eles não tiveram, para que eu não precisasse viver as mesmas dores que eles viveram. À minha mãe por ser exemplo de força, bondade, fé, coragem e por acreditar no meu potencial mais do que eu mesma em muitos momentos. Ao meu pai, um homem íntegro e honrado que sempre valorizou e se orgulhou das minhas conquistas, como se fossem dele, afinal são. Esse mestrado não é apenas uma vitória minha, mas da nossa família.

À minha orientadora Liliana Santos, que muito me auxiliou e inspirou nesta caminhada, uma verdadeira fonte de amor e paciência, que tornou todo o processo mais leve e prazeroso. Sou grata por todos conselhos, acolhimento, torcida e conhecimento compartilhado!

Ao meu pai na Fonoaudiologia, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, um grande modelo de profissional e ser humano, por quem nutro profunda admiração e respeito e a quem serei eternamente grata por todo apoio prestado à minha trajetória acadêmica, a sua ajuda foi fundamental para eu chegar até aqui.

Às P.E.T.E.L.As, Ana Paula, Elisabete, Eluá e Thiala Maria, colegas que juntas formaram um jardim, que me serviu de fonte de inspiração, apoio, refúgio e persistência. Sou grata a Deus por ter promovido o nosso encontro, Ele sabia o quanto vocês seriam indispensáveis para que eu conseguisse concluir este ciclo e o quanto eu me tornaria uma pessoa melhor após conhecer vocês.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Deus é como o vento que tudo toca.

O menino que descobriu o vento

APRESENTAÇÃO

Durante o quarto período da graduação em Fonoaudiologia eu ingressei na condição de bolsista no projeto de pesquisa: *Análise dos processos de trabalho em saúde desenvolvidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Salvador- BA,* coordenado pelo professor Vladimir Andrei Rodrigues Arce.

A partir da minha inserção neste projeto de pesquisa iniciei os meus estudos sobre processo de trabalho em saúde e Estratégia Saúde da Família, o que levou a realização do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação, com o tema: *Percepções dos profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família do munícipio de Salvador- Ba, acerca dos seus meios e condições de trabalho.* Na ocasião observei nos relatos dos entrevistados que a prática deles era muitas vezes comprometida pelas reverberações negativas das condições e meios de trabalho. Mesmo não tendo sido possível aprofundar a discussão dos achados em relação à saúde dos trabalhadores, os resultados do TCC me despertaram para o fato de que aquele cenário poderia de alguma maneira se relacionar à saúde dos profissionais investigados.

Ser selecionada para o Mestrado em Saúde Comunitária representou uma oportunidade para dar continuação aos estudos sobre processo de trabalho em saúde e Estratégia Saúde da Família, me permitindo ampliar o meu objeto de estudo ao analisar todos os componentes do processo de trabalho e a relação deles com a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família (EqSF). A proposta inicial da minha dissertação era fazer uma pesquisa empírica, contudo, com o advento da pandemia de Covid-19 e as restrições impostas para evitar a sua propagação, optou-se pela realização de uma revisão integrativa da literatura, para investigar as repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais de equipes de Saúde da Família.

Os principais achados revelaram que de fato os processos de trabalho podem se relacionar com a situação de saúde dos profissionais das EqSF. Embora as principais repercussões sejam negativas, essa relação nem sempre é prejudicial à saúde destes trabalhadores, pois, alguns poucos casos mostraram que os processos de trabalho também aparecem como estruturantes da saúde.

Espera-se que os resultados encontrados possam estimular novas pesquisas acerca das repercussões dos processos de trabalho na saúde de profissionais de EqSF, bem como impulsionar o investimento em medidas que venham melhorar as relações estabelecidas entre o trabalho e a saúde destes profissionais.

Os achados deste estudo me trouxeram mais do que respostas e aprendizados sobre o tema investigado, pois, as minhas vivências ao longo do mestrado me revelaram lacunas e inquietações, que me fizeram perceber a necessidade de continuar buscando novos saberes e respostas sobre processos de trabalho em saúde, Estratégia Saúde da Família e os seus muitos desdobramentos.

SANTOS, Leide Dionne Pereira de Jesus. **Repercussões do processo de trabalho na saúde de profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família.** Orientadora: Liliana Santos. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil e redefinição do modelo de assistência à saúde vigente. A ESF apresenta um processo de trabalho caracterizado por trabalho em equipe interdisciplinar, dentro de um âmbito generalista, perpassado por inúmeros desafios. Vários estudos revelam que pelas características do processo de trabalho e das condições de trabalho na ESF, os profissionais estão expostos a vivências de prazer e sofrimento que repercutem na situação de saúde deles. Essas vivências podem gerar satisfação e sensação de bem-estar ou insatisfação que pode se manifestar em adoecimento físico e/ ou psíquico. Esta pesquisa buscou analisar as relações existentes entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família (EqSF). Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura caracteriza-se por ser um método de revisão que proporciona informações mais amplas acerca de um determinado fenômeno, permitindo a síntese de conhecimento a partir da análise de estudos significativos. Esta revisão foi realizada a partir de buscas nas bibliotecas eletrônicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE/NIH), com a combinação dos unitermos: Saúde do trabalhador, Estratégia de Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Programa Saúde da Família, Saúde do profissional, Trabalho, Occupatinal Health e Family Health Strategy. Observou-se nos estudos selecionados que os elementos do processo de trabalho ainda não são bem compreendidos pelos usuários e trabalhadores das EqSF, que também enfrentam escassez de recursos materiais e imateriais. Tal situação reflete negativamente no processo de trabalho e na situação de saúde dos profissionais. Apesar da maioria das publicações apresentarem repercussões negativas, foram identificadas algumas repercussões

benéficas, onde o processo de trabalho não foi patogênico. Conclui-se, portanto, que os mesmos fatores que geram adoecimento e/ou sofrimento em profissionais de determinadas equipes de Saúde da Família, podem promover prazer e bem-estar em trabalhadores de outras EqSF, o que nos leva a inferir que as especificidades intrínsecas a cada equipe e ao seu território de atuação apresentam relação com o tipo de repercussão (negativa ou positiva) que o processo de trabalho tem sobre a saúde dos profissionais.

Descritores: Estratégia Saúde da Família, Fluxo de Trabalho, Condições de Trabalho, Saúde do Trabalhador.

SANTOS, Leide Dionne Pereira de Jesus. **Repercussions of the work process on the health of professionals of the Family Health teams.** Advisor: Liliana Santos. 2022. Masters in Community Health - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was adopted by the Ministry of Health to reorganize Primary Health Care in Brazil and redefine the current healthcare model. It presents a work process characterized by interdisciplinary teamwork within a generalist scope, permeated by numerous challenges. Several studies reveal that, due to the characteristics of the work process and working conditions in the FHS, professionals are exposed to experiences of pleasure and suffering that affect their health situation. It can generate satisfaction and a sense of well-being or dissatisfaction that can manifest itself in physical and/or psychological illness. This research sought to analyze the relationships between work processes and the health of professionals in the Family Health (FH) teams. This is an integrative literature review study. The integrative literature review is characterized by being a review method that provides broader information about a given phenomenon, allowing the synthesis of knowledge from the analysis of significant studies. This review was carried out from searches in electronic libraries: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (Scielo), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE/NIH), with the combination of the keywords: Saúde do trabalhador, Estratégia de Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Programa Saúde da Família, Saúde do profissional, Trabalho, Occupatinal Health e Family Health Strategy. It was observed in the selected studies that the elements of the work process are still not well understood by the users and workers of the FHS, who also face scarcity of material and immaterial resources. This situation reflects negatively on the work process and on the health situation of professionals. However, despite most publications having negative repercussions, beneficial repercussions were also identified, where the work process was not pathogenic. It is concluded, therefore, that the factors that lead to the development and/or suffering in professionals of some Family Health teams (EqSF), can promote pleasure and well-being in workers of other EqSF, which leads us to infer that the

intrinsic specificities of each team and its territory of operation are related to the type of repercussion (negative or positive) that the work process has on the health of professionals.

Keywords: Family Health Strategy, Work Flow, Working Conditions, Worker's Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Distribuição dos estudos por ano de publicação	51
Gráfico 2-	Distribuição dos estudos por formato da publicação	51
Gráfico 3-	Distribuição dos estudos por categoria profissional investigada	52
Gráfico 4-	Distribuição dos estudos por tema orientador	53
Gráfico 5-	Distribuição dos estudos por categorias	54
Gráfico 6-	Distribuição dos estudos por tipo de repercussões	55
Gráfico 7-	Distribuição dos fatores geradores de sofrimento dentre as publicações selecionadas	58
Gráfico 8-	Distribuição dos fatores geradores de satisfação dentre as publicações selecionadas	62
Gráfico 9-	Distribuição das principais repercussões do processo de trabalho na saúde mental dos profissionais	67
Gráfico 10-	Distribuição das principais repercussões do processo de trabalho na saúde física dos profissionais	73
Gráfico 11-	Distribuição das repercussões positivas na saúde dos profissionais	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Estudos identificados nas bases de dados na etapa preliminar desta pesquisa	48
Tabela 2-	Estudos selecionados entre as bases de dados na etapa preliminar desta pesquisa	48
Tabela 3-	Estudos identificados nas bases de dados na segunda etapa desta pesquisa	49
Tabela 4-	Estudos selecionados entre as bases de dados na segunda etapa desta pesquisa	50
Tabela 5-	Estudos selecionados nas duas etapas desta pesquisa	50
Tabela 6-	Fatores geradores de sofrimento nos profissionais de equipes de Saúde da Família	59
Tabela 7-	Fatores geradores de satisfação nos profissionais de equipes de Saúde da Família	63
Tabela 8-	Principais repercussões do processo de trabalho na saúde mental dos profissionais de equipes de Saúde da Família	66
Tabela 9-	Principais repercussões do processo de trabalho na saúde física dos profissionais de equipes de Saúde da Família	71
Tabela 10-	Fatores geradores de sofrimento nos profissionais de equipes de Saúde da Família	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COVID-19	Doença por Coronavírus – 2019
EC	Emenda Constitucional
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NOB 96	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde de Família e Atenção Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Política Nacional de Saúde

PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SF	Saúde da Família
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 19
2 OBJETIVO GERAL..... 28
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 28
4 QUADRO TEÓRICO..... 29
4.1 forma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde..... 29
4.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e Estratégia Saúde da Família..... 31
4.3 Processo de Trabalho e Processo de Trabalho em Saúde..... 33
4.4 Condições de saúde e Condições de saúde dos profissionais de saúde. 36
5 METODOLOGIA..... 39
5.1 Análise de Dados..... 42
5.2 A amostra..... 48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 50
6.1 Classificação e distribuição dos estudos..... 50
6.2 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família..... 55
6.3 Fontes de sofrimento e prazer no trabalho dentro das equipes de Saúde da Família..... 57
6.3.1 Fatores negativos, os geradores de sofrimentos e adoecimentos/agravos..... 57
6.3.2 Fatores positivos, os geradores de prazer, satisfação e bem estar..... 62
6.4 Repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família..... 65
6.4.1 Repercussões na saúde mental..... 66
6.4.2 Repercussões na saúde física..... 70
6.4.3 Repercussões benéficas à saúde..... 74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 77
REFERÊNCIAS..... 82
APÊNDICE A..... 94
APÊNDICE B..... 95

1 INTRODUÇÃO

Uma das mais importantes inovações tecnológicas do século XX, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada mundialmente na construção de sistemas universais e públicos de saúde, servindo como base para um novo modelo de assistência centrado no usuário-cidadão (CAMPOS, 2018; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Compreendida como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, com vistas à promoção da saúde, à prevenção de agravos e/ou doenças, ao tratamento e à reabilitação (BRASIL, 1998), oferecendo às pessoas uma atenção que melhora a qualidade de vida de modo global, justamente por considerar as múltiplas queixas e diagnósticos apresentados pelo usuário (STARFIELD, 2002).

No Brasil, apesar dos seus antecedentes datarem da década de 1920, a adesão a proposições de Atenção Primária à Saúde passou a ser debatida na agenda de reforma setorial apenas em meados da década de 1970. Durante o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde se fortaleceu no país e passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS), por refletir os princípios da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), de modo a reorientar o modelo de assistência à saúde vigente (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; FAUSTO e MATTA, 2007).

Na trajetória histórica- normativa das políticas de Atenção Primária à Saúde no Brasil merecem destaque a Política Nacional de Saúde (PNS); o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), por contribuírem para maior visibilidade e fortalecimento da APS no país (FAUSTO e MATTA, 2007).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi implantado no Brasil em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS). Inicialmente o programa contemplava apenas a região nordeste do país e em seguida foi estendido para a região norte, o seu objetivo principal era enfrentar o problema dos elevados índices de morbimortalidade infantil e materna e de algumas epidemias presentes nestas regiões, como a cólera (FAUSTO e MATTA, 2007; FRAGA, 2011, SIMAS e PINTO, 2017).

O PACS se mostrou uma importante estratégia no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, contribuindo para a reorganização dos serviços municipais e reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar (BRASIL, 2001). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi precursor do Programa Saúde da Família, porque, a partir dele se introduziu a noção de área de cobertura e iniciou-se o enfoque na família como unidade de ação programática de saúde e não apenas o sujeito individual (VIANA e POZ, 2005).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, posteriormente renomeado para Estratégia Saúde da Família (ESF). Na época da sua criação o PSF adotou como ponto central a criação de vínculos e laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e os usuários (individuais e coletivos) (BRASIL, 1997). A formulação da Saúde da Família (SF) resultou na reestruturação e no fortalecimento das diretrizes da Atenção Primária à Saúde no âmbito da Política Nacional de Saúde (FAUSTO e MATTA, 2007).

Tendo o objetivo de reverter o modelo de assistência à saúde vigente no Brasil, o Programa Saúde da Família trouxe consigo mudanças tanto do objeto de atenção, quanto na forma de atuação dos profissionais e na organização geral dos serviços, promovendo a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL, 1997).

A partir da edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB SUS 01/96, a Política Nacional de Saúde deu mais evidência à Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica à Saúde, quando instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) (FAUSTO e MATTA, 2007).

O PAB representou um grande avanço na modalidade do financiamento e proporcionou maior autonomia municipal na gestão dos recursos, o que contribuiu para a adesão dos municípios ao Programa Saúde da Família (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014). Visto que, na Norma Operacional Básica do SUS de 1996, com apoio em deliberação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Saúde da Família já havia sido apresentada como estratégia para a retomada da discussão acerca do modelo de atenção à saúde a ser construído no país (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Como estratégia para reorientação do modelo tradicional de atenção à saúde, a Saúde da Família propõe um modelo de atenção voltado para ações de diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e principalmente promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos e/ou doenças (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005). Centrada nos sujeitos individuais e coletivos, considerando os contextos familiares, socioculturais, dentre outros, a Estratégia Saúde da Família coopera para a superação da lógica médico-centrada de caráter curativista do modelo hegemônico, gerando mudanças significativas no processo de trabalho (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

Com papel prioritário na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família representou um avanço em comparação ao modelo tradicional de Atenção Primária à Saúde predominante no Brasil até o começo dos anos 1990 (OAPS, 2017). Alcançando uma cobertura de aproximadamente 64% dos brasileiros (OAPS, 2017, BRASIL, 2020), diversas experiências confirmam que a Saúde da Família vem demonstrando resultados satisfatórios, com mudanças significativas na saúde da população brasileira (MACINKO e MENDONÇA, 2018; GUEDES et al., 2007).

As contribuições da ESF se expressam de diversas maneiras, desde a melhoria no acesso e na utilização dos serviços de saúde até a expansão do acesso a tratamentos. É notório como a Saúde da Família vem colaborando para maior adesão aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e IST/aids, com decréscimo dos números de internação hospitalar e consequentemente com importante redução da mortalidade para algumas condições de saúde sensíveis à APS, além de contribuir para maior equidade no uso dos serviços de saúde (MACINKO e MENDONÇA, 2018; VELOSO e ARAÚJO, 2009; GUEDES *et al.*, 2007; GOLDBAUM et. al, 2005).

Com um processo de trabalho caracterizado pelo trabalho em equipe interdisciplinar, as equipes de Saúde da Família são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

Campo ideal para a formação, articulação e fortalecimento da interdisciplinaridade e intersetorialidade, a Estratégia Saúde da Família (FERNANDES e BACKES, 2010) tem demonstrado eficiência com o trabalho em equipe quanto a estruturação, organização e aproveitamento das habilidades humanas, o que permite aos profissionais uma visão global e coletiva do trabalho (DAVID, 2010). E na busca pela reversão das práticas tradicionais em saúde, esse trabalho em equipe utiliza distintas tecnologias para o cuidado, que resultam no fortalecimento de uma clínica ampliada e compartilhada, com foco nas demandas apresentadas pelo usuário (SANTOS, 2015).

Uma clínica ampliada e compartilhada de acordo com Campos *et al.* (2014), se baseia na escuta e no reconhecimento do saber, do desejo e do interesse dos sujeitos, questionando-os acerca dos sentidos daquilo que estão vivendo. Nesta perspectiva, para além das tecnologias duras (os equipamentos e maquinários) e leve-duras (os saberes), ganham destaque no trabalho das equipes de Saúde da Família as tecnologias leves (relacionais) como: o acolhimento, o vínculo, a autonomia e a corresponsabilidade (OLIVEIRA, SUTO e SILVA, 2016).

Embora os profissionais possuam um papel fundamental para a efetivação das propostas trazidas pela Estratégia Saúde da Família, há responsabilidades que são próprias da gestão central e que sofrem pouca influência direta das equipes de SF (LACERDA e MORETTI-PIRES, 2016). Nesse sentido, para consolidar a mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde vigente no país, é necessário o enfrentamento de complexos desafios, no que concerne à construção de novas bases e práticas de saúde, com a estruturação de um modelo assistencial que resgate as ações de prevenção e promoção à saúde (COSTA, 2009; JÓIA, 2011).

Em meio aos desafios da gestão para a concretização desta mudança estão as questões relacionadas ao financiamento da estratégia, à formação dos profissionais de acordo com a lógica da SF, à educação permanente, à gestão de pessoal, à precarização do vínculo empregatício, às atividades intersetoriais, entre outros (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Também, merecem destaque as adversidades enfrentadas diariamente pelos trabalhadores, no que tange a atuação nos territórios. Diante das particularidades

socioculturais de cada comunidade, os profissionais muitas vezes se veem vulneráveis a situações de violências e conflitos que podem reverberar dentro e fora da equipe, além do risco de incidentes físicos, biológicos, mecânicos, químicos etc. (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012).

Acentuando os obstáculos existentes para a consolidação da Estratégia Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde, mediante as fragilidades estruturais do Sistema Único de Saúde, às questões econômicas e políticas enfrentadas pelo Brasil nos últimos anos trouxeram mudanças significativas, como a Emenda Constitucional (EC) 95 em 2016, a revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 e a instituição do Programa Previne Brasil em 2019 (MASSUDA, 2020).

A Emenda Constitucional 95 foi estabelecida pelo Estado Brasileiro em meio a uma esfera político-econômica conturbada e instituiu um novo regime fiscal no país, restringindo os gastos públicos federais ao reajuste inflacionário pelo período de 20 anos (VAIRÃO JUNIOR e ALMEIDA, 2018; MASSUDA, 2020).

Esta emenda significou um grande prejuízo ao orçamento de políticas sociais e segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) representou para o setor da saúde a extinção de bilhões de reais (VAIRÃO JUNIOR e ALMEIDA, 2018; MASSUDA, 2020).

Sabendo que a saúde é um setor indispensável, os estudiosos apontam que os efeitos da Emenda Constitucional 95 serão mais intensos sobre a população de menor poder aquisitivo, que dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde, aumentando ainda mais as iniquidades em saúde no Brasil (VAIRÃO JUNIOR e ALMEIDA, 2018).

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica no ano de 2017 ocorreu em meio a uma conjuntura de crise política e econômica enfrentada pelo Brasil (MELO *et al.*, 2018). Consequentemente, esta revisão refletiu as investidas contra as políticas sociais, trazendo dispositivos que priorizam a Atenção Primária à Saúde tradicional, colocando em risco iminente o modelo assistencial proposto pela ESF (MELO *et al.*, 2018, OPAS, 2017).

Dentre as mudanças adotadas pela PNAB 2017 à APS, o novo formato de financiamento federal abriu a possibilidade de financiar outros modelos de organização da Atenção Primária à Saúde, para além da Estratégia Saúde da Família (ALMEIDA *et al*., 2018; MELO *et al.*, 2018; PINTO, 2018). Além do financiamento, outras inovações incorporadas na Política Nacional de Atenção Básica 2017 também trouxeram repercussões à ESF, como as modificações no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado no ano de 2008, pelo Ministério da Saúde, o intuito do NASF é o de apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2009). Na PNAB 2017 sua denominação foi alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), indicando outra concepção para a sua proposta de trabalho (ALMEIDA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018; RODRIGUES, 2020; REIS e MENESES, 2020; ALMEIDA e MEDINA, 2021).

Desde sua primeira formulação, no apoio às equipes de Saúde da Família, o NASF já enfrentava desafios quanto à compreensão do seu papel. Com a ampliação de sua função, incorporando o apoio às equipes tradicionais de Atenção Básica (que possuem um processo de trabalho diferente das EqSF), agravam-se as preocupações acerca do entendimento sobre o *modus operandi* do NASF e a lógica do apoio matricial. Além disso, o novo modelo de financiamento da APS retira o NASF das ações estratégicas vinculadas à transferência de recursos federais, condicionando a sua continuidade a decisão do gestor local (ALMEIDA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2018; RODRIGUES, 2020; REIS e MENESES, 2020; ALMEIDA e MEDINA, 2021). Logo, o risco de extinção do NASF representa um retrocesso importante na busca por um novo modelo de atenção à saúde a partir da ESF.

Mudança semelhante ocorreu com a cobertura das Equipes de Saúde Bucal (ESB). Em dezembro de 2000 o Ministério da Saúde propôs a incorporação das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de estender o acesso da população às ações de Saúde Bucal, incentivando dessa forma a reorganização destas ações no nível primário de atenção (MATTOS *et al.,* 2014). Na PNAB 2017, todavia, as Equipes de Saúde Bucal passaram também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais (MELO *et al.*, 2018).

O número e a atuação dos agentes comunitários de saúde também sofreram alteração no texto publicado em 2017. Na PNAB de 2011 estava previsto o número mínimo de 4 ACS/equipe, enquanto na PNAB de 2017 não há uma definição, o que leva ao entendimento de que o número mínimo passa, portanto, a ser de 1 ACS/equipe (MELO *et al.,* 2018). Quanto a cobertura, os ACS deveriam cobrir 100% da população da equipe de Saúde da Família, o que mudou na PNAB 2017, quando a cobertura passou a ser de 100% da população em áreas de maior risco e vulnerabilidade social, com ausência de parâmetros objetivos para esta definição (MELO et al., 2018; MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Outra mudança advinda da PNAB 2017 foi em relação à Educação Permanente em Saúde (EPS). Na Estratégia Saúde da Família a EPS consiste em um recurso fundamental para a capacitação e qualificação dos profissionais (PAULINO *et al.,* 2012). No entanto, as 8 horas semanais previstas para utilização em atividades de formação, educação permanente, apoio matricial e plantão na rede de urgência pelos profissionais das equipes de SF, não aparecem nesta versão (MELO *et al.,* 2018). Um sinal de alerta considerável para o risco de descontinuidade da EPS, que embora tenha a sua importância reconhecida recebeu menor valorização quando comparada a PNAB de 2011 (MELO *et al.,* 2018).

Em novembro de 2019, através da Portaria nº 2.979, o governo federal implantou o Programa Previne Brasil, uma política pública que alterou o financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde, modificando os modos de repasses de verba para os municípios (MASSUDA, 2020; SETA, OCKÉ-REIS e RAMOS, 2021; TASCA, MENDONÇA e MENDES, 2021).

Antes da implantação do programa as transferências intergovernamentais eram calculadas a partir do número de habitantes e de equipes de Estratégia Saúde da Família, mas, com o Previne Brasil os cálculos passaram a considerar o número de pessoas cadastradas em serviços de Atenção Primária à Saúde e os resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (MASSUDA, 2020).

De acordo com o governo esta nova política irá ampliar a flexibilidade e autonomia local para a organização dos serviços da APS, contudo, profissionais da área tecem críticas a esta iniciativa, apontando para o seu caráter privatizante, mercadológico e seletivo (OCKÉ-REIS e RAMOS, 2021), ao adotar critérios que

suprimem o financiamento da APS para toda a população brasileira, contemplando apenas à população cadastrada pelos municípios (MASSUDA, 2020).

Diversos autores defendem que estas e outras mudanças advindas da Emenda Constitucional 95, da Política Nacional da Atenção Básica 2017 e o Programa Previne Brasil, contribuem para o enfraquecimento do espaço da Estratégia Saúde da Família dentro da Atenção Primária à Saúde (MELO *et al*., 2018; BROCARDO, 2018; MAEYAMA *et al*, 2020).

Portanto, diante das peculiaridades deste processo de trabalho e das modificações desencadeadas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017 e pelo Previne Brasil, é exigido dos profissionais das equipes de Saúde da Família competências relacionadas à adaptação à realidade, à antecipação e à resolução de problemas (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012). Além da cobrança referente ao uso de diversas tecnologias que contribuam para uma atuação multidisciplinar, visando o cuidado à saúde de públicos distintos (crianças, adolescentes, gestantes, idosos, dentre outros), com ações de caráter individual e coletivo nas Unidades de Saúde, nos domicílios e/ou em outros espaços da comunidade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006).

Tais exigências, no entanto, fazem parte do mundo do trabalho que cobra cada vez mais que os profissionais estejam dispostos a se adaptar às mudanças e novas demandas da contemporaneidade (CATANI, OLIVEIRA e DOURADO, 2000).

É sabido, contudo, que no mundo do trabalho é oportunizado aos seres humanos a possibilidade de crescimento e desenvolvimento psicossocial, podendo o trabalho ser uma fonte de prazer e desenvolvimento pessoal. Todavia, no mundo do trabalho as pessoas também são confrontadas com desafios externos, que podem ocasionar sofrimento e levar ao adoecimento (JARDIM e LANCMAN, 2009).

Desta forma, as repercussões do processo de trabalho podem ser favoráveis ou desfavoráveis à saúde dos profissionais, visto que, expõem o trabalhador fisicamente e psiquicamente. Lacaz (2000), ressalta que quando comparada a população geral, a população trabalhadora apresenta uma tendência de morbimortalidade em faixa etária mais precoce, além de possuir prevalência crescente de agravos caracterizados por um mal estar difuso.

Apesar do trabalho em saúde ser comumente visto como desassociado da ideia que se tem do mundo do trabalho (MENDES, 1992), os profissionais da saúde não estão isentos das obrigações e do sofrimento que o estereótipo do mundo do trabalho traz consigo. Pois, no exercício das suas funções, estes profissionais estão suscetíveis a distintos riscos, como: riscos biológicos, químicos e físicos (SANTOS, 2013).

Desta maneira, entendendo que assim como os demais trabalhadores da saúde, os profissionais da Estratégia Saúde da Família estão expostos às exigências da atenção integral à saúde, às situações originadas pelas desigualdades sociais e pelas deficiências da rede de serviços (SANGALETTI, 2018), que perpassam tanto as práticas de cuidado realizadas por eles, quanto às suas condições de saúde, conhecer os processos de trabalho das equipes de Saúde da Família auxilia na compreensão de como o trabalho se relaciona com a saúde dos profissionais destas equipes.

Em um estudo de Duarte, Avelhaneda e Parcianello (2013), que buscava analisar a percepção da equipe de enfermagem acerca da saúde do trabalhador da Estratégia Saúde da Família, foram evidenciadas, dentre as questões que afetam à saúde dos profissionais de enfermagem, a sobrecarga de trabalho; a estrutura física inadequada da unidade; a questão financeira do profissional; a falta de segurança e o sofrimento mental e/ou físico em decorrência do trabalho.

Por vezes, Ferreira *et al.* (2017), conseguiram identificar que a sobrecarga de atividades; as condições de trabalho precárias; os prazos curtos para realizar as atividades e a relação conflituosa eram fatores desencadeadores de estresse entre os enfermeiros da ESF. Enquanto Fernandes e Marcolan (2017), concluíram que os principais fatores apontados para sintomatologia depressiva dentre os enfermeiros da ESF estavam relacionados às condições de trabalho.

Os resultados da avaliação realizada por Guedes et al. (2013) sobre o grau de satisfação de profissionais da Estratégia Saúde da Família com as condições de trabalho, demonstraram que os baixos salários, as condições de saúde e segurança no trabalho eram os principais motivos de insatisfação dos profissionais, podendo levá-los ao sofrimento.

Silva (2015), concluiu que dentre as estratégias para prevenir a depressão e o esgotamento profissional dos trabalhadores da ESF do município de São Paulo, estão as intervenções nas condições de trabalho, devido à relação estabelecida com a saúde destes trabalhadores.

Diante do exposto, considerando a relevância de pesquisas que apontem a relação existente entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, este estudo se propõe a analisar as produções científicas nacionais sobre o processo de trabalho e as suas repercussões na saúde dos profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família.

A justificativa desta investigação pauta-se na necessidade de se compreender de que forma o processo de trabalho interfere no estado de saúde destes trabalhadores. Deste modo, partindo das considerações acima, este estudo tem a seguinte questão de investigação: o que diz a literatura científica acerca das repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais de equipes de Saúde da Família, no período de 1994 a 2020?

2 OBJETIVO GERAL

Analisar as relações existentes entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família, a partir da produção científica no período de 1994 até 2020.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os processos de trabalho de equipes de Saúde da Família;
- Elencar os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores das equipes de Saúde da Família;
- Identificar os fatores geradores de satisfação e sofrimento no trabalho das equipes de Saúde da Família;
- Identificar possíveis relações entre processos de trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

4 QUADRO TEÓRICO

A partir do objeto de estudo desta pesquisa e reconhecendo que a Estratégia Saúde da Família representa uma página significativa da história do Sistema Único de Saúde, entender o contexto de criação do SUS, suas características e particularidades se mostra relevante para melhor compreensão da ESF e do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

Portanto, o quadro teórico deste trabalho objetiva compreender a evolução histórica do Sistema Único de Saúde até a criação da Estratégia Saúde da Família, os conceitos de processo de trabalho, processo de trabalho em saúde e condições de saúde.

4.1 Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

No Brasil a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária ocorreu a partir da convergência entre as modificações teórico-conceituais das concepções sobre as relações estabelecidas entre saúde, Estado e sociedade, assim como das lutas +pelas liberdades democráticas contra o regime militar (BAHIA, 2008).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde finalmente o complexo projeto que expressava a ideia e a proposta da Reforma Sanitária Brasileira teve a sua implantação iniciada (PAIM, 2008), transformando a saúde em direito de cidadania e originando o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público, universal e descentralizado de saúde (PAIVA e TEIXEIRA, 2014), que representa a expressão institucional da Reforma Sanitária no Brasil (BAHIA, 2008).

Após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde se iniciou a implantação do Sistema Único de Saúde, um modelo público de ações e serviços de saúde que é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes, bases para o seu funcionamento e organização, que são válidos em todo território nacional (NORONHA *et al.*, 2012).

Os princípios ou princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde são entendidos como o núcleo comum de valores e concepções do SUS, a base

cognitiva, ideativa e filosófica que é composta por três elementos: universalidade, equidade e integralidade (MATTA, 2007).

A universalidade é o princípio que indica a responsabilidade do Estado para com a saúde de todo cidadão brasileiro (BETTIOL, 2006). Todos os brasileiros possuem direito à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, independente de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação, todos os cidadãos brasileiros possuem direito a vida e a igualdade de acesso (MATTA, 2007).

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, sendo fruto das iniquidades sociais e econômicas que geram inúmeras desigualdades, seja no acesso, na gestão e/ou na produção de serviços de saúde. Por conseguinte, independente das iniquidades sociais todos os cidadãos têm direito à mesma assistência de saúde e, portanto, a distribuição dos recursos para saúde deve favorecer os que mais necessitam de atenção e cuidado (MATTA, 2007; MENDES e BELLINI, 2004).

A integralidade é um princípio do SUS relativo ao compromisso que os sistemas de saúde possuem no atendimento integral do usuário, seja na perspectiva da multidimensionalidade do ser humano, como da oferta de diversidade de serviços em relação a referência e contra referência no âmbito do SUS e de integração entre todos os níveis de complexidade da atenção (FERTONANI *et al.*, 2015; MENDES e BELLINI, 2004).

Os princípios organizativos ou diretrizes do SUS representam a maneira como se dá a organização e operacionalização do sistema, definem os meios e estratégias para concretizar os valores fundamentais do SUS, são três diretrizes: descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade (MATTA, 2007).

A descentralização corresponde ao processo de definição e distribuição de competências entre as três esferas de governo (LAVRAS, 2011). Trata-se de uma descentralização do poder político, das responsabilidades e dos recursos da esfera federal para os estados e municípios (MATTA, 2007).

A participação da comunidade trata-se de um dos marcos históricos da Reforma Sanitária Brasileira, é uma diretriz da forma de organização e

operacionalização do SUS em cada uma das suas esferas de gestão. O Sistema Único de Saúde apresenta instâncias colegiadas de participação popular em todas as esferas de governo: os conselhos de saúde (Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde) e as conferências de saúde (Conferências Municipais de Saúde, Conferências Estaduais de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde) (MATTA, 2007).

A regionalização diz respeito à organização por circunscrições territoriais com o intuito de possibilitar no espaço territorial uma distribuição racional da oferta dos serviços (PEREIRA, 2020). A hierarquização é referente à organização do sistema considerando o atendimento da população em níveis de atenção ou complexidade, a saber: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária (PEREIRA, 2020).

Como estratégia para a viabilização destes princípios no cotidiano do SUS, a APS se configura como a principal porta de entrada no sistema, ao tempo em que dialoga com os demais níveis de atenção, coordenando o cuidado e responsabilizando-se pela saúde da população adscrita. A seguir serão explicitados o histórico e as disposições técnicas e políticas que estabelecem a ESF como ferramenta e principal ação para o desenvolvimento da APS nos territórios.

4.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil e Estratégia Saúde da Família

A APS representa um conjunto de práticas integrais em saúde, voltadas a responder às necessidades individuais e coletivas, abordando os problemas mais comuns na comunidade e ofertando serviços de prevenção, cura e reabilitação com o propósito de maximizar a saúde e o bem estar da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002).

Responsável por importantes transformações epistemológicas e conceituais ao campo da saúde, a APS vem proporcionando mudanças significativas nas práticas e no trabalho em saúde, demonstrando que os sistemas de saúde aos quais ela serve como base apresentam maior efetividade e eficiência (MENDONÇA *et al.*, 2018).

No Brasil, assim como em outros países, a Atenção Primária à Saúde foi adotada como estratégia central no sistema de saúde vigente, no caso brasileiro o

Sistema Único de Saúde, onde a Atenção Primária à Saúde foi denominada Atenção Básica à Saúde (ABS) (MENDONÇA *et al.*, 2018; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Apesar dos avanços observados no processo de descentralização do SUS desde o início, foi apenas na segunda metade dos anos 90 que a Atenção Básica se fortaleceu no Brasil como política nacional, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 96 (NOB 96).

Dentre outros incentivos, a NOB 96 contribuiu para a implantação do Programa de Saúde da Família nos municípios, que sob forte indução do Ministério da Saúde se expandiu rapidamente, de forma heterogênea nos distintos municípios (MENDONÇA et al., 2018). A Saúde da Família acabou se destacando como estratégia para reorganização da Atenção Básica no Brasil em consonância com os princípios do SUS, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial vigente no país, a partir de uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 1997).

No ano de 1994 foi implantado no Brasil o Programa de Saúde da Família, ainda que tenha sido concebido inicialmente como um programa, a Saúde da Família já apresentava especificidades que fugiam à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS, que são atrelados a uma ideia de verticalidade e transitoriedade (BRASIL, 1997).

Justamente por ter um caráter permanente e contínuo, o PSF deixou de ser um programa no ano de 2006, quando passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), uma estratégia permanente na Atenção Primária à Saúde (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

Vista como uma estratégia que colabora para a expansão, qualificação e consolidação da APS, ao promover a reorientação do processo de trabalho com grande potencial para aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2012a), a Estratégia Saúde da Família apresenta alguns componentes essenciais que a une ao conceito de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2010).

Dentre os componentes destacam-se: as práticas de saúde como objeto da intervenção do Estado; os processos de trabalho que são caracterizados pela

intervenção de uma equipe de saúde dentro de um âmbito generalista; a atenção direcionada não somente para indivíduos-singulares, mas também para os coletivos e o desenvolvimento de vínculos administrativos, geográficos, culturais ou mesmo éticos entre os usuários e os prestadores de serviços (BRASIL, 2010).

No entanto, o trabalho na APS e na ESF é repleto de desafios, desde as dificuldades de superação do modelo hegemônico, por profissionais formados em uma educação tradicional que não atende a lógica de trabalho preconizada, até as dificuldades de relacionamento interpessoal, os aspectos socioculturais do território, infraestrutura da unidade, recursos para o trabalho, dentre outros (PERUZZO *et al.*, 2018; DUARTE, AVELHANEDA e PARCIANELLO, 2013). Estes desafios exigem dos profissionais constante aperfeiçoamento, para que possam reformular suas práticas e contribuir de modo efetivo para a mudança do modelo assistencial que está enraizado nas ações de saúde (DALPIAZ e STÉDILE, 2011).

4.3 Processo de Trabalho e Processo de Trabalho em Saúde

Para os propósitos desta pesquisa, adota-se Marx como referência teórica sobre os conceitos de trabalho e processo de trabalho e Mendes Gonçalves para o conceito de processo de trabalho em saúde.

Para Marx (1994), o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, onde os humanos realizam de forma intencional e consciente modificações na natureza, objetivando produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano. Assim sendo, o processo de trabalho caracteriza-se pelo processo de transformação de um objeto existente em um determinado produto que é idealizado no início do processo de trabalho, através da intervenção feita pelo ser humano, que para realizá-la faz uso de instrumentos (MARX, 1994).

O processo de trabalho é composto por três momentos, a saber: a atividade orientada para um determinado fim, o objeto e os meios.

A atividade orientada para um determinado fim refere-se ao trabalho propriamente dito. Enquanto por objeto de trabalho entende-se tudo aquilo que sofre transformação por meio do trabalho para resultar no produto final. O objeto de trabalho pode ser ou não uma matéria-prima. Marx (1994), explica que o objeto de

trabalho só é matéria-prima quando ele já passou por uma modificação mediada pelo trabalho, deste modo, toda matéria-prima é objeto do trabalho, mas nem todo objeto do trabalho é matéria-prima.

Por fim, os meios de trabalho são coisas ou complexos de coisas que o trabalhador utilizará para guiar suas atividades sobre o objeto (MARX, 1994). São os instrumentos empregados pelo trabalhador para que o objeto seja transformado no produto final (MARX, 1987). Contudo, de modo mais amplo, o processo de trabalho também inclui entre seus meios, todas as condições objetivas que são necessárias à sua realização. Pois, essas condições são essenciais para a realização do processo de trabalho, mesmo que não entrem diretamente nele, uma vez que, na ausência de condições ideais, o processo de trabalho não se concretiza ou se realiza de maneira incompleta. (MARX, 1994).

Na saúde o conceito de processo de trabalho foi estabelecido pelo autor Mendes Gonçalves, ao aplicar a teoria marxista do trabalho à área da saúde.

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), o trabalho em saúde está dentre os tipos de trabalho humano que é facilmente desvinculado das injunções materiais que estão atreladas ao estereótipo do "mundo do trabalho", como algo pesado e sofrido, distante da criatividade e liberdade (MENDES GONÇALVES, 1992).

Visto como uma atividade distinta e mais nobre, portanto, distante da ideia geral que se tem do "trabalho" (MENDES GONÇALVES, 1992), o trabalho em saúde é fundamental à vida humana, faz parte do setor de serviços e é da esfera da produção não material, se completando no ato de sua realização (PIRES, 2000). Logo, o seu resultado não é um produto material, independente do processo de produção, o trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz, ou seja, o produto é a própria realização da atividade (PIRES, 2000).

O processo de trabalho em saúde, de acordo com Mendes Gonçalves (1992), apresenta os seguintes componentes: o objeto, os agentes, a finalidade e os instrumentos.

Para Faria *et al.* (2009) e Peduzzi (1998), os objetos são compreendidos como sendo a matéria a que se aplica o trabalho, podendo ser as matérias primas ou materiais já elaborados antecipadamente, ou ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. O objeto representa aquilo que vai ser transformado e no setor

saúde os objetos são as necessidades humanas de saúde (MENDES GONÇALVES, 1992).

Por vezes, os seres humanos são os agentes ou sujeitos de todos os processos de trabalho em que há a transformação dos objetos para se alcançar fins previamente estabelecidos (FARIA *et al.,* 2009). Ou seja, o agente do trabalho é o trabalhador. No processo de trabalho em saúde os agentes são representados pelos profissionais de saúde, que só podem ser analisados na sua relação com os demais componentes do processo, ainda que, se destaquem, porque o processo de trabalho só é possível pela ação do agente (FARIA *et al.*, 2009; PEDUZZI, 1998).

Enquanto as finalidades ou objetivos do processo de trabalho representam as projeções de resultados (FARIA *et al.,* 2009). Em outras palavras, trata-se da intencionalidade, o projeto prévio que é idealizado pelo trabalhador para alcançar o produto final a partir da transformação do objeto, produto que irá satisfazer as necessidades e expectativas dos seres humanos de acordo com a sua organização em dado momento histórico (FARIA *et al*., 2009; PEDUZZI, SCHRAIBER, 2006).

Para Marx (1987), o meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho, coisas essas que irão dirigir a atividade do trabalhador sobre o objeto. Peduzzi (2007), traz que o instrumento de trabalho possui uma relação recíproca com o objeto sobre o qual intervém, pois, o objeto exige a utilização do instrumento, que por vezes, deve ser empregado com os objetos que lhe correspondem (PEDUZZI, 2007). Por intermédio da atividade produtiva, os instrumentos se combinam com as condições na realização do trabalho (FARIA *et al.,* 2009), pois, ainda que as condições não estejam inseridas de modo direto no processo, elas são indispensáveis para a sua realização, que não ocorre ou se dá de maneira incompleta na ausência das condições ideais (MARX, 1994).

De acordo com Dejours (1992), a condição de trabalho compreende o ambiente físico, o ambiente químico, o ambiente biológico, as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. O ambiente físico corresponde aos aspectos como: temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc. Enquanto o ambiente químico é representado pelos produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, dentre outros. O ambiente

biológico, por vezes, diz respeito aos micro-organismos presentes, a exemplo dos vírus, bactérias, parasitas e fungos.

Aspectos como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa realizada pelo trabalhador, o sistema de hierarquia, as modalidades de comando adotadas, assim como as relações de poder, as responsabilidades atribuídas ao profissional e as demais questões semelhantes a estas, são entendidas pelo autor como organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

Não obstante, no presente trabalho, à semelhança de Maciel e Rodrigues (2015), será adotada a ideia de condições de trabalho como um termo mais abrangente e auto explicativo, considerando as condições objetivas e subjetivas do interior de uma instituição laboral, incluindo todos os aspectos fragmentos por Dejours (MACIEL, RODRIGUES, 2015).

4.4 Condições de saúde e Condições de saúde dos profissionais de saúde

Para Mendes (2012), as condições de saúde são entendidas como as circunstâncias na saúde que são apresentadas pelas pessoas de maneira mais ou menos persistentes e que, portanto, exige que a sociedade apresente respostas, tanto os sistemas de atenção à saúde, quanto os profissionais de saúde e as pessoas usuárias.

O autor ainda ressalta que as condições de saúde não compreendem apenas as doenças, pois este conceito incorpora certos estados fisiológicos, que não são doenças, entretanto, são condições de saúde que estão sob a responsabilidade dos sistemas de atenção à saúde, a exemplo da gravidez e dos acompanhamentos dos ciclos de vida, como a puericultura, a hebicultura e a senicultura (acompanhamento de crianças, adolescentes e idosos, respectivamente) (MENDES, 2012).

Por conseguinte, embora, na saúde se trabalhe tradicionalmente com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, Mendes (2012) considera uma nova categorização, também adotada pela Organização Mundial de Saúde, baseando –se no conceito de condição de saúde: às condições agudas e às condições crônicas.

De modo geral, as condições agudas são aquelas que se iniciam repentinamente, apresentam curta duração (inferior a três meses), possuem causa simples, facilmente diagnosticada e com boa resposta a tratamentos específicos, como: medicamentos e cirurgias. Enquanto as condições crônicas possuem início lento, com múltiplos fatores causais e com uma duração mais ou menos longa (superior a três meses), podendo em alguns casos apresentar de forma definitiva e permanente, uma vez que, as condições crônicas não apresentam padrões regulares ou previsíveis (MENDES, 2012).

Sabendo-se que diversos fatores estão associados ao modo de vida e consequentemente as condições de saúde das pessoas, entende-se que desde aspectos culturais, religiosos, sociais, políticos e econômicos, além das mudanças que ocorrem ao longo da história podem interferir na condição de vida apresentada pelas pessoas (RIBEIRO e BARATA,2012).

Compreendendo que os fatores sociais e econômicos são os que se mais se relacionam com as condições de saúde de uma população, percebe-se que as condições de saúde estão associadas ao trabalho desenvolvido pelo sujeito, uma vez que, o tipo de ocupação acaba por fazer um recorte social e econômico dos indivíduos.

Em uma sociedade na qual alguns postos de trabalhos são ditos promissores, em detrimento de outros, seja pelo status que ele garante, ou pela empregabilidade e altos salários, o trabalho em saúde é um dos que se destacam.

O trabalho na área da saúde está dentre aqueles que conferem um bom status social, principalmente quando exigem formação superior e mais ainda na área médica. Segundo Assunção (2011), os trabalhadores da saúde possuem posição-chave na sociedade, porque assistem os indivíduos e suas comunidades.

Entretanto, vale ressaltar que no processo de trabalho em saúde o profissional acaba exposto a distintos riscos, por exemplo, riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, psíquicos e fisiológicos, que impactam a relação saúde-doença, podendo gerar adoecimento físico e/ou mental (MENDES *et al.*, 2020; GUIMARÃES e FELLI, 2016).

A maneira como o processo de trabalho ocorre tem papel significativo nessa relação, de acordo com Santos *et al.* (2017), no trabalho em saúde o adoecimento

psíquico dos profissionais está relacionado mais ao contexto de trabalho do que à categoria profissional em si.

Apesar de possuírem um bom status social os trabalhadores da saúde constituem um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e de adoecimento convivem com as carências de medidas de proteção à saúde (ASSUNÇÃO, 2011). O que torna relevante investigar as condições de saúde relacionadas ao trabalho destes profissionais, tanto às condições agudas quanto às condições crônicas desenvolvidas a partir do trabalho.

A despeito do prestígio atribuído ao trabalho em saúde, os trabalhadores da saúde convivem em suas rotinas laborais com doenças e mortes, fatos que exigem deles a capacidade de lidar com a dor e o sofrimento humano (MEDEIROS *et al.*, 2016), o que acaba sendo interpretado e processado de maneira distinta por cada profissional.

Ozanam *et al.* (2019), ressaltam que a satisfação e insatisfação no trabalho exercem influência sobre o trabalhador, podendo afetar a saúde deles de diferentes maneiras. Sendo a satisfação no trabalho de extrema relevância para a promoção da saúde do trabalhador, enquanto os fatores de insatisfação apresentam efeito contrário (OZANAM *et al.*, 2019).

Trabalhar em saúde pode representar um trabalho portador de sentido para os profissionais, constituindo um gerador de satisfação, orgulho e bem-estar diante dos resultados de suas ações no corpo do outro (ASSUNÇÃO, 2011; SHIMIZU e CARVALHO, 2012).

No entanto, o trabalho na área da saúde também pode ser fonte de insatisfação, diante de problemas, tais como, sobrecarga de trabalho, condições inadequadas de trabalho, falta de recursos materiais, conflitos no trabalho, falta de reconhecimento profissional, baixos salários, dentre outros, que ecoam sobre a saúde física e mental dos trabalhadores das diversas categoriais profissionais e níveis de atenção que representam o setor saúde (FERRAZ *et al.*, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2016; ASSUNÇÃO, 2011).

5 METODOLOGIA

A fim de responder à questão de investigação e considerando o contexto da Pandemia de COVID-19, optou-se por empregar a metodologia da revisão integrativa para a realização deste estudo.

Como etapa da revisão integrativa, foram retomadas as primeiras questões que envolvem a problemática, o que possibilitou uma busca inicial em algumas bases de dados, resultando na elaboração da questão central desta investigação: o que diz a literatura científica acerca das repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família, no período de 1994 a 2020?

Nesse sentido, a escolha da revisão integrativa deu-se por sua capacidade de ampliar horizontes de pesquisa, bem como agregar artigos científicos e documentos técnicos, de maneira a se alcançar uma melhor compreensão acerca das repercussões dos processos de trabalho na saúde de profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família. Este método é o mais amplo referente às revisões, permitindo ao pesquisador uma análise mais completa do tema de interesse (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa proporciona a síntese dos resultados alcançados em pesquisas acerca de um tema ou questão, de modo sistemático, ordenado e abrangente (ERCOLE, MELO e ALCOFORADO, 2014). Além disso, é uma abordagem metodológica que combina os dados da literatura teórica e empírica, incorporando uma extensa possibilidade de propósitos, como: a definição de conceitos, a revisão de teorias e evidências, e a análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa possui seis etapas, que são: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (SOUZA, SILVA e CARVALHO, 2010).

Como a Saúde da Família foi implementada no Brasil no ano de 1994, a escolha temporal de 1994 a 2020 se deu pelo fato de possibilitar uma comparação das produções realizadas em diferentes momentos da estratégia desde a sua criação até os dias atuais.

Em seguida se deu a definição dos critérios de inclusão, exclusão e a busca na literatura. Para esta pesquisa se considerou as publicações que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: estavam disponíveis na íntegra, com acesso gratuito, em português, inglês ou espanhol e com publicação no período de 1994 a 2020. Foram excluídas as publicações duplicadas, que não apresentavam relação com a questão orientadora e que estavam nos formatos de apresentações de Power Point; aulas; livros; capítulos de livros; anais de congressos e conferência; relatórios técnicos e científicos.

As buscas nas bases de dados ocorreram em duas etapas distintas, como etapa preliminar da investigação foi realizado um estudo exploratório no período de junho de 2020, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Scientific Electronic Library Online (Scielo). No qual empregou-se que as combinações dos seguintes descritores: estratégia de saúde da família, estratégia saúde da família, programa saúde da família, programa de saúde da família, saúde do profissional e saúde do trabalhador (nesta etapa foram consideradas apenas as pesquisas em língua portuguesa).

Na segunda etapa da revisão, realizada em janeiro de 2021, ampliou-se as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (PubMed/MEDLINE/NIH). Também foram estendidos os descritores e seus sinônimos identificados no DECS: saúde do trabalhador, occupational health, estratégia de saúde da família, estratégia saúde da família, programa de saúde da família, programa saúde da família e family health strategy, o que aumentou o acervo localizado para a literatura nacional publicada na língua inglesa.

Para dar consistência à etapa de identificação de artigos, utilizou-se os momentos preconizados para uma revisão sistemática da literatura. Sendo assim, foi aplicada a estratégia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

and Meta-Analyses), composta por três momentos: 1) Identificação dos estudos nos bancos de dados; 2) Triagem- separação dos estudos selecionados e excluídos e 3) Inclusão dos estudos selecionados para a pesquisa (Figura 1).

Além da utilização das publicações identificadas pela metodologia PRISMA, foram agregados outros artigos científicos e documentos, localizados por outros formatos de busca, dada a sua relevância para a compreensão da problemática abordada pelo estudo. Este procedimento ampliou a abrangência dos achados, dando maior robustez aos resultados e às proposições analíticas.

Figura 1- Fluxograma de levantamento dos dados.

Fonte: elaborado pela autora, baseado no protocolo PRISMA (PAGE *et al,* 2021).

A partir dos descritores empregados foram identificados os estudos a serem triados em cada base de dados. A triagem dessas publicações foi realizada a partir da leitura do título e/ou resumo, sendo excluídas neste momento as duplicidades, as publicações que não possuíam relação com a questão orientadora da pesquisa, as que não atendiam aos critérios de inclusão e/ou se encaixavam nos critérios de exclusão. Posteriormente, foi realizado o cruzamento dos estudos pré-selecionados em cada base de dados e em cada etapa da coleta, chegando ao número final de publicações incluídas.

Vale ressaltar que, tanto o processo de triagem, quanto o de categorização dos estudos foi realizado por uma dupla de pesquisadoras.

5.1 Análise de Dados

Todas as pesquisas selecionadas foram organizadas a partir de um instrumento orientador, a matriz de revisão da literatura (APÊNDICE A).

Utilizou-se a matriz de revisão da literatura para a extração de informações de cada uma das publicações, como: título do trabalho; autor (nome dos autores); link para acesso (link para acesso à publicação); formato (formato da publicação: artigo, trabalho de conclusão de curso, tese etc.); ano de publicação (ano de publicação do estudo); tipo do estudo (empírico ou revisão de literatura); categoria profissional investigada (se uma ou mais categorias profissionais) e tema orientador (tema que foi utilizado para abordar as repercussões do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, por ex: saúde mental, violência etc.).

Além disso, a matriz de revisão da literatura também foi empregada de modo a garantir a reunião e sintetização dos dados referentes aos componentes do processo de trabalho (como são abordados nas publicações, os objetos, agentes, meios e finalidades); às repercussões na saúde (se negativas ou positivas); ao tipo de repercussões na saúde (se físicas ou mentais); à descrição das repercussões (condições de saúde e/ou sinais e sintomas); à Estratégia Saúde da Família (especificidades da ESF, trabalho no território, trabalho em equipe etc.); aos fatores relacionados às condições de saúde (fatores geradores de satisfação ou sofrimento); às estratégias de enfrentamento aos desafios existentes no processo de trabalho

(estratégias empregadas pelos profissionais para enfrentar os fatores geradores de sofrimento) e ao aspecto de maior relevância no trabalho (aspecto que mais se destacou, por ex: condições de saúde, processo de trabalho, estratégias de enfrentamento).

De acordo com Mendes Gonçalves, os elementos do processo de trabalho em saúde devem ser analisados de modo articulado, pois é exatamente na relação de reciprocidade entre eles que o processo de trabalho se configura (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2006). Na Estratégia Saúde da Família a lógica de trabalho se fundamenta na busca pela superação do modelo biomédico, a partir de uma proposta voltada para a atenção integral e a promoção da saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2005).

A ESF possui como um dos seus principais alicerces para a mudança do modelo de atenção hegemônico, o trabalho em equipe, que exige interação constante e intensa de profissionais de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades (FIGUEIREDO, 2012). Não obstante, tal interação pode ser perpassada por conflitos, acarretando à relação dos trabalhadores situações de competitividade, conflitos e hostilidade (FIGUEIREDO, 2012). Episódios que podem ser agravados diante as demais especificidades da estratégia, como a atuação em territórios marcados por inúmeras iniquidades sociais, a exemplo de desemprego, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, vulnerabilidade a violência, entre outros. Além disso, há os problemas em relação às condições de trabalho dentro da ESF, como a complexidade do financiamento em saúde e a precarização do trabalho, como ressalta Santos (2007).

A situação de saúde dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sofre reverberações do processo e das condições de trabalho enfrentadas por eles. De acordo com Braga, Carvalho e Binder (2010), às condições de trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil constituem fator contributivo ao adoecimento dos trabalhadores.

O adoecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família está associado a diversos motivos. Ferraz *et al.* (2009), por exemplo, encontraram vários fatores de risco para o adoecimento destes trabalhadores, sendo os principais a sobrecarga de trabalho; as condições inadequadas de trabalho; os baixos salários,

falta de oportunidades e desenvolvimento pessoal e a falta de apoio social. Estes fatores se manifestam na saúde dos profissionais de inúmeras formas, tais como: estresse, depressão, cefaleia, fadiga generalizada, mialgia, lentificação do raciocínio, problemas gastrointestinais, insônia ou sono excessivo

Medeiros *et al.* (2016), em estudo com trabalhadores da Atenção Primária, incluindo os da Estratégia Saúde da Família, observaram que dentre as principais causas de estresse estavam situações relacionadas ao trabalho, como a falta de recursos materiais, os conflitos no trabalho, o despreparo profissional, a falta de reconhecimento profissional, a sobrecarga de trabalho, o envolvimento da vida pessoal no trabalho e os problemas financeiros. Dos quarenta e dois entrevistados, 60 % referiram dores ou queixas físicas, tais como, problemas musculoesqueléticos e cefaleia, enquanto 48% informaram episódios depressivos, nos quais não buscaram ajuda e 55% se consideram estressados. A maioria destes profissionais também referiram que o trabalho influencia na sua saúde e qualidade de vida (MEDEIROS, 2016).

Em decorrência da necessidade de adaptação ao ambiente de trabalho, o indivíduo desenvolve mecanismos de enfrentamento às dificuldades que surgem no processo de trabalho (TRINDADE, LAUTERT e BECK, 2009).

Perante as particularidades do trabalho na Estratégia Saúde da Família e das possíveis repercussões à saúde física e/ou mental dos trabalhadores, entende -se que eles podem adotar estratégias de enfrentamento aos desafios que emergem no contexto do trabalho.

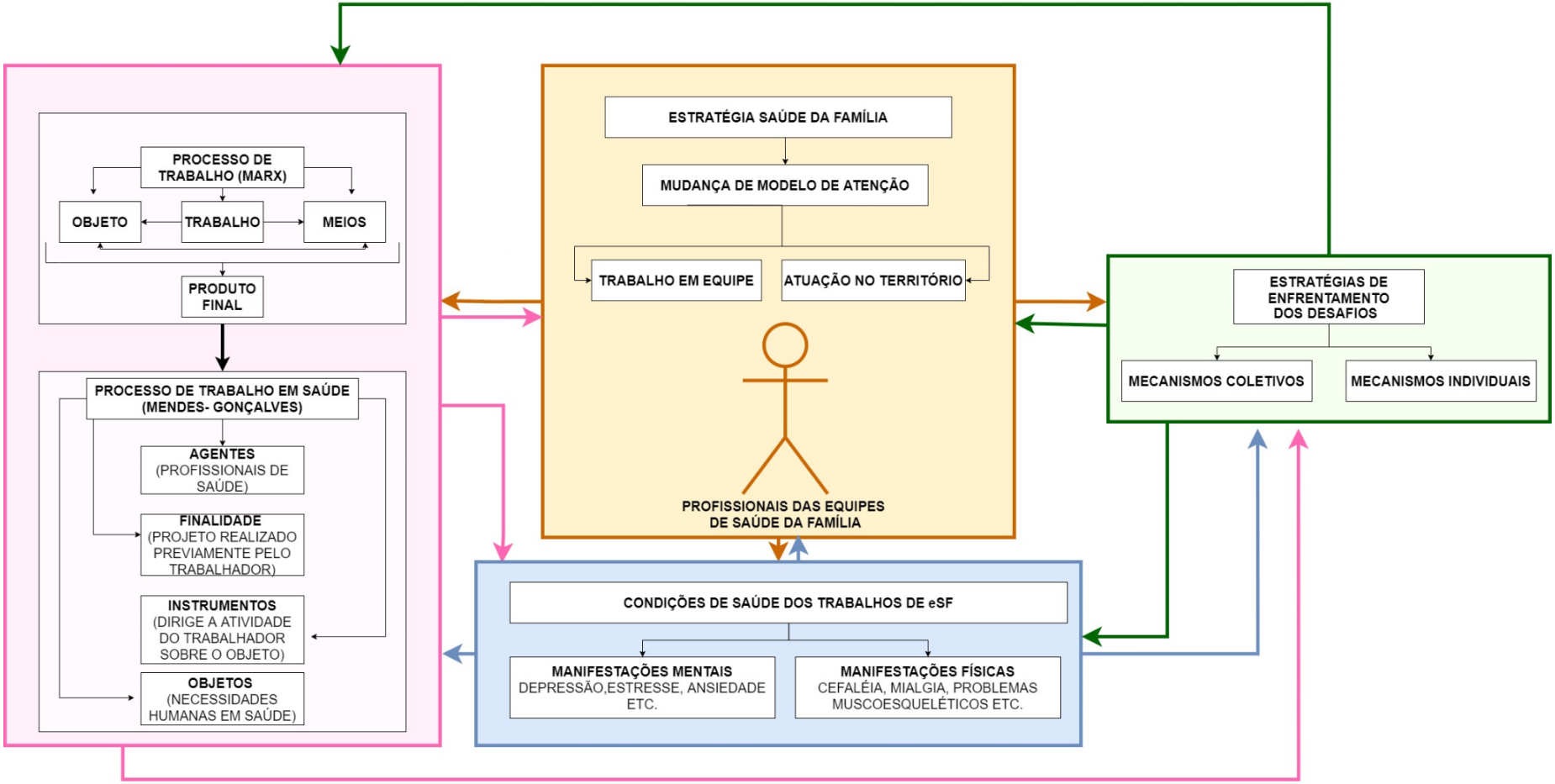
Trindade, Lautert e Back (2009), identificaram que os profissionais da ESF utilizavam mecanismos individuais e coletivos, dirigidos aos problemas ou de esquiva, no enfrentamento dos problemas no trabalho. Sendo que estratégias de enfrentamento individuais e de esquiva eram empregadas por trabalhadores desgastados, enquanto as de caráter coletivo e dirigidas aos problemas eram usadas pelos profissionais não esgotados (TRINDADE, LAUTERT e BECK, 2009).

Enquanto Ferreira *et al.* (2017), encontraram a utilização de enfrentamento paliativo, com mecanismos de negação, repressão, isolamento e fuga entre trabalhadores da enfermagem da Estratégia Saúde da Família.

A figura 2 expressa o conjunto de fatores envolvidos na problemática em questão neste estudo e aponta para as suas categorias analíticas. Para a análise dos dados extraídos das publicações, empregou-se a técnica de análise temática proposta por Bardin (1977), por permitir a identificação e síntese dos núcleos temáticos, assim como, a categorização e descrição dos resultados.

Após leitura na íntegra das pesquisas, foi realizada a identificação dos trechos que possuíam em comum um mesmo tema, para definição dos núcleos temáticos e categorização dos dados. Em seguida os resultados foram descritos e submetidos a análise dos seus significados.

Figura 2- Conceitos relacionados às Condições de Saúde e Processos de Trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.



Fonte: Elaborada pela autora.

No esquema apresentado acima, buscou-se expressar graficamente de que maneira os processos de trabalho, dentro da Estratégia Saúde da Família, podem se relacionar com as condições de saúde de seus trabalhadores.

A ESF surgiu da necessidade de reorientação do modelo de atenção à saúde, inicialmente dominado pelo modelo médico hegemônico, onde a centralidade girava em torno dos procedimentos médicos e ambulatoriais.

Neste esforço para introduzir um novo modelo de cuidado em saúde, na perspectiva da Saúde da Família, percebe-se uma reorientação dos processos de trabalho, em busca da promoção da saúde e da articulação entre atenção e vigilância em saúde, com ênfase no trabalho em equipe e atuação no território, dando a esta modalidade de trabalho a complexidade de dialogar com os processos de determinação social da saúde.

Através da correlação entre a teoria do processo de trabalho de forma ampla e a teoria do processo de trabalho em saúde, abordada por Mendes Gonçalves, procurou-se articular os resultados obtidos neste estudo, no tocante às condições de saúde e as estratégias de enfrentamento aos desafios presentes na rotina dos trabalhadores, com a lógica de trabalho proposta pela Estratégia Saúde da Família.

Deste modo, três categorias analíticas foram definidas, a saber: processo de trabalho, condições de saúde e estratégias de enfrentamento aos desafios.

A categoria processo de trabalho é representada pelos seus componentes, objeto (necessidades humanas em saúde), meios (instrumentos que dirigem a atividade do trabalhador sobre o objeto, podendo ser material ou imaterial), agentes (profissionais das equipes de Saúde da Família) e finalidade (projeto realizado previamente pelo trabalhador de modo a satisfazer as necessidades e expectativas).

As condições de saúde são compostas por distintos tipos de sofrimento e satisfação, com manifestações físicas e mentais.

E as estratégias de enfrentamento aos desafios são caracterizadas por mecanismos coletivos, por exemplo, a reorganização dos processos de trabalho e a leitura mais ampliada a respeito da própria constituição dos processos de trabalho e mecanismos individuais, como a busca de psicoterapia e de acompanhamento médico.

5.2 A amostra

A amostra final desta revisão integrativa da literatura foi composta por 66 publicações, selecionadas de acordo com os processos descritos na metodologia desta pesquisa (APÊNDICE B).

Na etapa preliminar da pesquisa foram identificadas 554 publicações na Biblioteca Virtual em Saúde e 79 na Scientific Eletronic Library Online. Na Biblioteca Virtual em Saúde houve a exclusão de 395 duplicidades e mais 111 publicações a partir da questão orientadora do estudo, dos critérios de inclusão e/ou de exclusão, ao final, foram pré-selecionados 48 estudos na BVS. Na Scielo excluiu-se 40 duplicidades e 21 publicações que não se relacionavam com a pergunta de investigação e/ou que se mostraram inelegíveis após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restando 18 documentos pré-selecionados (Tabela 1).

Tabela 1 - Estudos identificados nas bases de dados na etapa preliminar desta pesquisa.

Base de dados	Estudos identificados	Estudos excluídos	Estudos pré-selecionados
BVS	554	506	48
Scielo.org	79	61	18
Total	633	567	66

Fonte: elaborado pela autora.

Após o cruzamento dos 66 estudos pré-selecionados nas duas bases de dados, foram identificadas 12 duplicidades, o que levou ao número de 54 publicações selecionadas na etapa preliminar deste estudo (Tabela 2).

Tabela 2 - Estudos selecionados entre as bases de dados na etapa preliminar desta pesquisa.

BVS e Scielo	
Estudos pré-selecionados	66

Duplicidade entre as bases	12
Total de estudos selecionados	54

Fonte: elaborado pela autora.

Na segunda etapa desta pesquisa foram identificados 417 estudos na base de dados LILACS, 114 na Scielo e 20 na PubMed/MEDLINE. Após a leitura do título e/ou resumo, foram excluídas 155 duplicidades e 210 estudos inelegíveis, de acordo com a questão orientadora e com os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 52 pesquisas pré-selecionadas na LILACS. Na Scielo.org foram excluídas 49 duplicidades e 39 publicações que não atendiam ao propósito desta pesquisa, sendo pré-selecionados 26 estudos. Enquanto na PubMed/MEDLINE 18 produções foram excluídas por não possuírem relação com o tema deste trabalho e/ou por não atenderem aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa, sendo 2 pré-selecionadas nesta base de dados (Tabela 3).

Tabela 3 - Estudos identificados nas bases de dados na segunda etapa desta pesquisa.

Base de dados	Estudos identificados	Estudos excluídos	Estudos pré-selecionados
Lilacs	417	365	52
Scielo.org	114	88	26
PubMed/MEDLINE	20	18	2
Total	551	471	80

Fonte: elaborado pela autora.

Ao cruzar as publicações pré-selecionadas nas bases de dados LILACS, Scielo.org e PubMed/MEDLINE, dos 80 estudos encontrados, 27 estavam duplicados, o que resultou em 53 publicações pré-selecionadas na segunda etapa desta pesquisa (Tabela 4).

Tabela 4 - Estudos selecionados entre as bases de dados na segunda etapa desta pesquisa.

Lilacs, Scielo e PubMed/MEDLINE	
Estudos pré-selecionados	80
Duplicidade entre as bases	27
Total de estudos selecionados	53

Fonte: elaborado pela autora.

Considerando as publicações selecionadas nas duas etapas deste trabalho, chegou-se ao total de 107 documentos, após a retirada de 41 duplicidades, restaram 66 publicações, que compõem a amostra final deste estudo (Tabela 5)

Tabela 5 -Estudos selecionados nas duas etapas desta pesquisa.

Amostra final	
BVS e Scielo	54
Lilacs, Scielo e PubMed/MEDLINE	53
Duplicidade entre as bases	- 41
Total de estudos selecionados	66

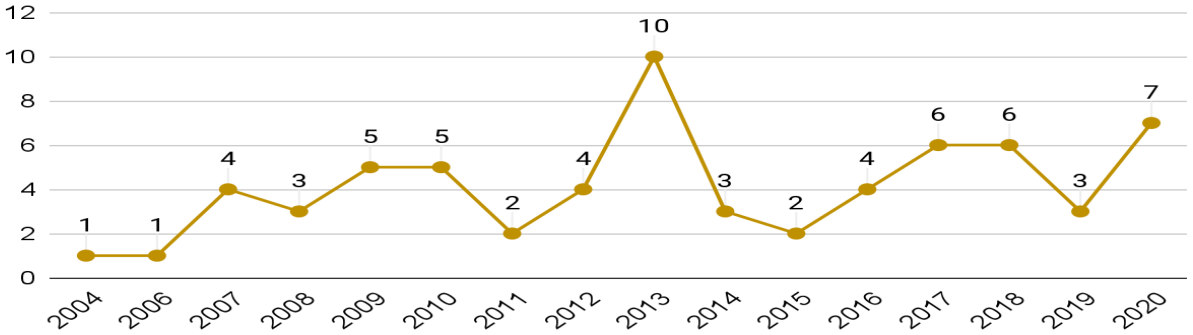
Fonte: elaborado pela autora.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Classificação e distribuição dos estudos

Apesar de ter sido considerado o intervalo de tempo de 1994 a 2020, todas as 66 pesquisas que compõem a amostra final deste estudo foram publicadas a partir do ano de 2004, dez anos após a implantação do Programa Saúde da Família no Brasil (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição dos estudos por ano de publicação.



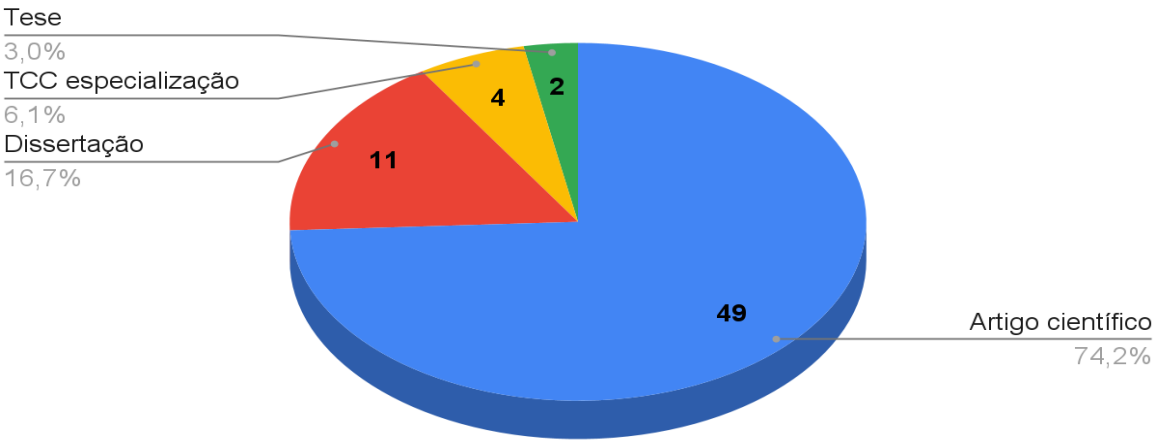
Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

O número de publicações apresentou oscilações a cada ano, com média de 4,4 pesquisas por ano. Apenas 1 publicação foi selecionada nos anos de 2004 e 2006, 2 em 2011 e 2015, 3 em 2008, 2014 e 2019, 4 em 2006, 2012 e 2016, 5 em 2009 e 2010, 6 em 2017 e 2018, 7 em 2020 e 10 em 2013. O ano de 2005 não teve nenhum estudo selecionado.

Apesar da uniformidade no número das publicações, o ano de 2013 apresentou um comportamento atípico, para o qual não foi possível identificar nenhum motivo aparente, visto que, os temas obedeceram o padrão dos demais anos e não houve nenhum fator relacionado à temática que chamasse a atenção neste período.

Quanto ao formato das publicações, observou-se que 49 delas (74, 2%) eram artigos científicos, 11 dissertações (16,7%), 4 trabalhos de conclusão de curso de especialização (6,1%) e 2 teses (3,0%), como demonstra o gráfico 2.

Gráfico 2- Distribuição dos estudos por formato da publicação.



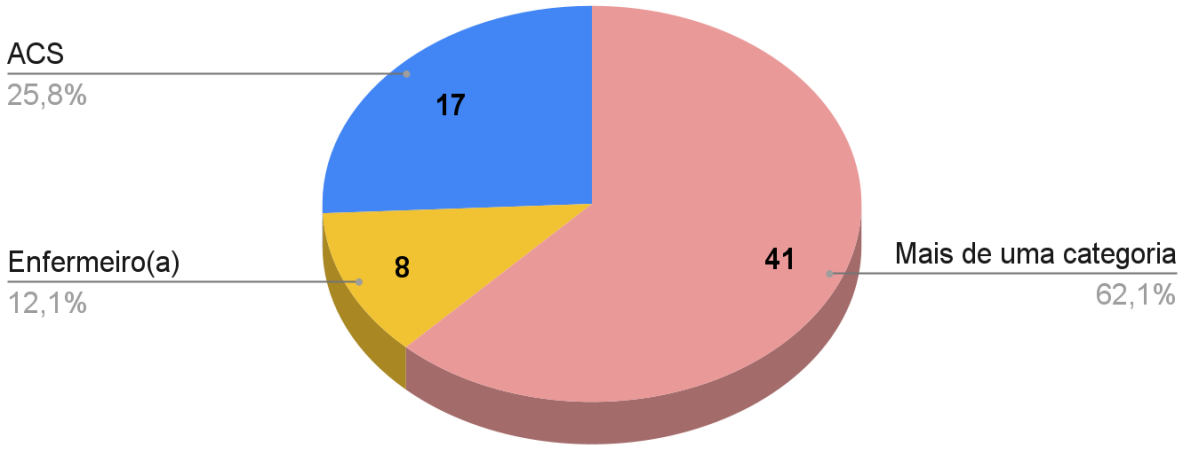
Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Embora todos os estudos selecionados possuam em comum a relação com a questão orientadora desta pesquisa, foram identificadas algumas especificidades no modo como os processos de trabalho refletem na saúde dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família.

Uma das diferenças identificadas entre estes estudos, foi no tocante às categorias profissionais investigadas. Como já mencionado anteriormente, as equipes de Saúde da Família são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entretanto, nem todos os estudos consideraram esta composição ao realizarem as suas pesquisas, alguns se debruçaram na investigação referente aos processos de trabalho e as condições de saúde de categorias profissionais específicas dentro das EqSF.

A maioria das publicações selecionadas, 62,1% (41) consideraram mais de uma categoria profissional ao desenvolverem as suas pesquisas, enquanto 25,8% (17) focaram apenas nos(as) agentes comunitários de saúde e 12,1% (8) nos(as) enfermeiros(as) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos estudos por categoria profissional investigada.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

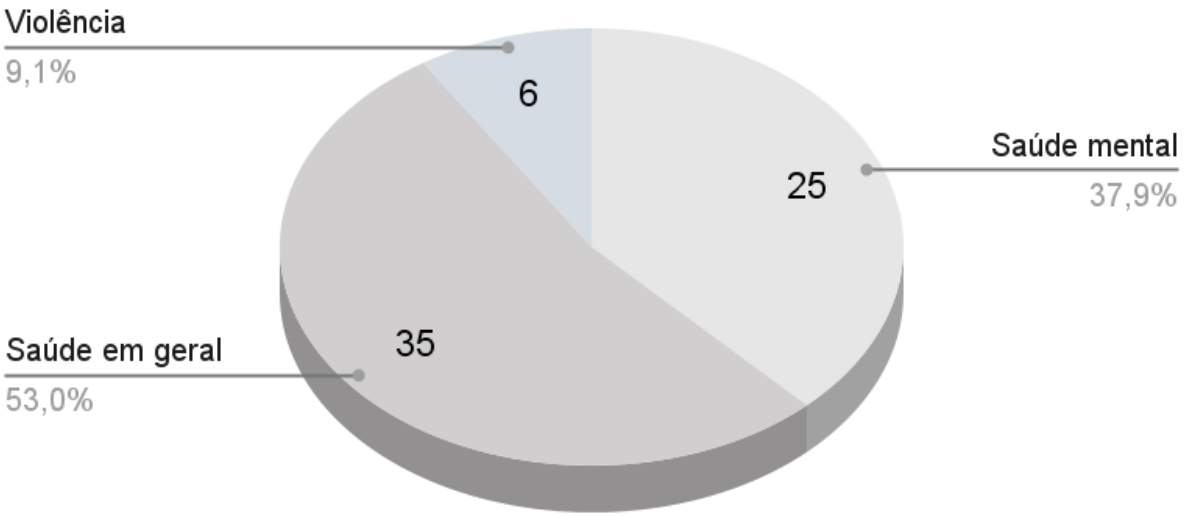
Durante a análise dos estudos foi observado que eles discutiam as repercussões do processo de trabalho na saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família a partir de alguns temas centrais. Os temas centrais identificados foram: violência, saúde mental e saúde geral.

Das 66 publicações selecionadas, 6 (9,1%) abordaram a interferência da violência nos processos de trabalho e as suas consequências na saúde dos trabalhadores de equipes de Saúde da Família (Gráfico 4).

Outras 25 publicações (37,9%) utilizaram o tema saúde mental como ponto principal para discutir as reverberações dos processos de trabalho na saúde dos trabalhadores de EqSF, a partir de alguma condição específica, como depressão ou síndrome de Burnout, ou de modo amplo, abarcando diferentes condições de saúde mental (Gráfico 4).

Enquanto 35 documentos (53%) discutiram os reflexos do processo de trabalho na saúde dos profissionais tomando como tema central a saúde em geral, considerando aspectos físicos, psíquicos, emocionais, morais, entre outros (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos estudos por tema central.

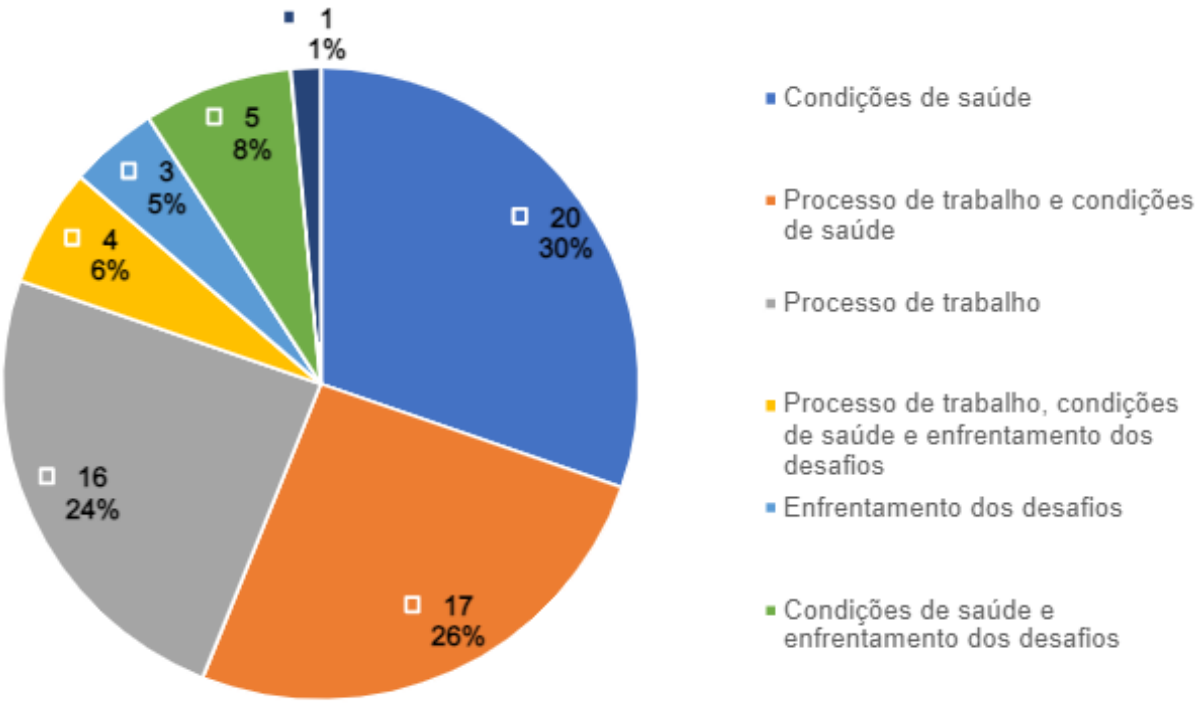


Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Após a leitura das publicações selecionadas e identificação das principais informações relacionadas à questão orientadora desta pesquisa, realizou-se a categorização do material a partir dos conceitos que foram expressos na figura 1.

Desta forma, foram consideradas as seguintes categorias: processo de trabalho, condições de saúde e estratégias de enfrentamento, todavia, a análise possibilitou a combinação de uma ou mais categorias em cada publicação, resultando em seis grupos (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição dos estudos por categorias



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

A categoria condições de saúde apresentou 46 estudos, o maior número dentre as demais categorias. Destes, 20 (30%) apareceram unicamente nesta categoria; 17 (26%) tiveram aparição tanto na categoria condições de saúde, como em processo de trabalho; 5 (8%) foram identificados também na categoria enfrentamento e outros 4 (6%) apareceram combinados simultaneamente nas categorias processo de trabalho e enfrentamento.

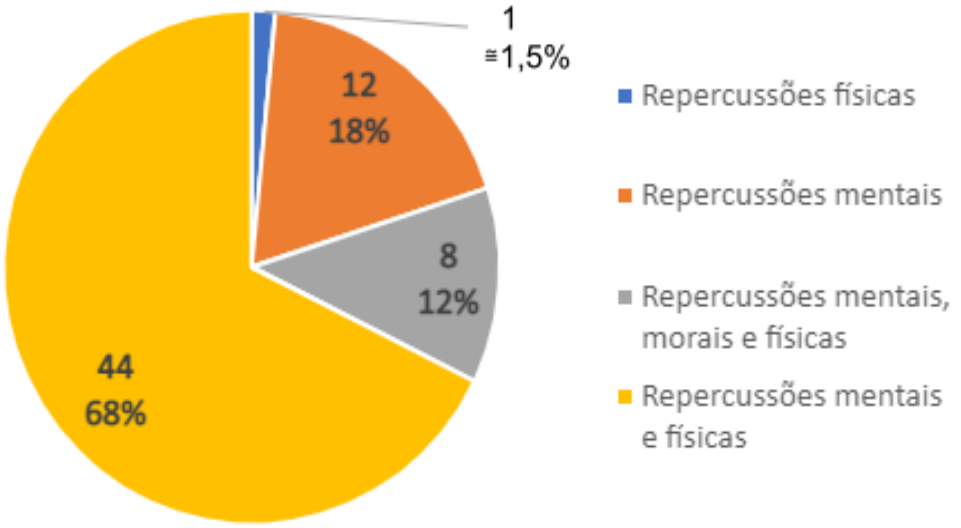
Em segundo lugar ficou a categoria processo de trabalho, com o total de 38 estudos. Dos quais 16 (24%) foram identificados exclusivamente nesta categoria e 1 (≅ 1,5%) apareceu também na categoria enfrentamento. Os demais foram aqueles que apareceram nas combinações já mencionadas com a categoria condições de saúde.

A categoria enfrentamento teve 13 publicações. Destas, 3 (5%) foram identificadas apenas nesta categoria e as outras já foram citadas nas combinações com as categorias condições de saúde e processo de trabalho.

Quanto aos reflexos do processo de trabalho na saúde dos profissionais, os estudos foram distribuídos de acordo com as reverberações apresentadas, foi

observada a referência a repercussões físicas, mentais/psíquicas e morais, sendo que alguns estudos apresentaram mais de um tipo de repercussão (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição dos estudos por tipo de repercussões.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

As repercussões mentais e físicas foram identificadas concomitantemente em 44 (68%) estudos, ao passo que, 22 (18%) referiram apenas repercussões na saúde mental, seguido do aparecimento conjunto das repercussões mentais, morais e físicas que foram encontradas e 8 (12%) publicações e somente 1 (≅ 1,5%) estudo falou exclusivamente sobre repercussões dos processos de trabalho sobre a saúde física dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

6.2 O processo de trabalho das equipes de Saúde da Família

Ao examinar as publicações à luz dos componentes do processo de trabalho em saúde, percebeu-se que ainda existe pouca clareza em relação ao objeto de trabalho da ESF. Em algumas localidades tanto para a população quanto para os profissionais, em especial aqueles recém chegados à ESF e que não tiveram experiências acadêmicas e/ou profissionais nos moldes desse novo modelo de atenção à saúde, ainda é possível perceber a presença do modelo médico hegemônico hospitalocêntrico, tanto nas concepções quanto nas práticas analisadas (TRINDADE *et al.,* 2014; LIMA *et al.,* 2014; RIBEIRO *et al.,* 2018).

Todavia, a não compreensão acerca do que propõe a Estratégia Saúde da Família e ao que ela se destina, representa um risco para o seu adequado funcionamento e inevitavelmente reverbera na qualidade do processo de trabalho dos profissionais. Vale ressaltar que, para além da incompreensão de usuários e trabalhadores, a lógica de atenção à saúde apresentada pela ESF ainda sofre limitações internas, decorrentes das elevadas metas estabelecidas para as equipes de Saúde da Família e da priorização de programas como: hipertensão, diabetes, tuberculose, entres outros, o que confere ao trabalho das EqSF um caráter voltado para aspectos mais quantitativos e menos qualitativos; mais voltados a prevenção e controle de agravos e menos conectados às estratégias de promoção da saúde (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007).

Acerca dos agentes, componente essencial para o processo de trabalho em saúde, representado nas equipes de Saúde da Família pelos profissionais, é notório que a proposta do trabalho em equipe trazida pela ESF pode ser tanto um aspecto positivo, quanto negativo. No espaço da Estratégia Saúde da Família o agente se revela como uma peça fundamental para o bom desenvolvimento do processo de trabalho, pois não é apenas o detentor dos conhecimentos e saberes necessários, mas é também o elo que une o serviço ao usuário/comunidade, sendo responsável pela construção de vínculo com os demais sujeitos envolvidos no seu processo de trabalho, sejam colegas, chefias, usuários, comunidade entre outros. Em equipes que possuem boas experiências, aquelas nas quais o trabalhador conta com a solidariedade e confiança dos colegas, o trabalho em equipe se revela como algo positivo (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012); mas em outros contextos, trabalhar em equipe pode representar um ponto negativo para alguns profissionais, pois a existência de conflitos e a dificuldade de trabalhar em equipe, por parte de alguns colegas, acaba por reverberar no trabalho desenvolvido por cada um dos agentes (MOREIRA, 2013).

À semelhança do objeto, a finalidade do trabalho proposto pela Estratégia Saúde da Família, ainda é mal compreendida em certos territórios: há equipes que vivenciam uma realidade pautada numa gestão do processo de trabalho taylorizado, onde a finalidade é atingir a máxima produtividade, com excesso de cobrança, repetição das tarefas e metas que não se colocam em discussão, o que resulta no

deslocamento da qualidade da assistência para o segundo plano. (SANTOS, SOARES e CAMPOS, 2007; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; CARREIRO *et al*., 2013).

Sobre os instrumentos, muitos são os relatos referentes à escassez dos recursos materiais para a realização do trabalho (TINOCO, 2015; FLUMIAN e FIORINI, 2017; CELESTINO *et al*., 2020). Além dos problemas relacionados aos instrumentos materiais, há relatos também sobre os instrumentos imateriais, como a falta de formação e/ou preparo para atuar na ESF e a ausência e /ou insuficiência das capacitações profissionais depois que o trabalhador é inserido na Estratégia Saúde da Família. (CAMELO e ANGERAMI, 2007; CARREIRO *et al.,* 2010; PEREIRA, 2011; LIMA *et al.,* 2014; RIBEIRO *et al.*, 2018).

6.3 Fontes de sofrimento e prazer no trabalho dentro das equipes de Saúde da Família

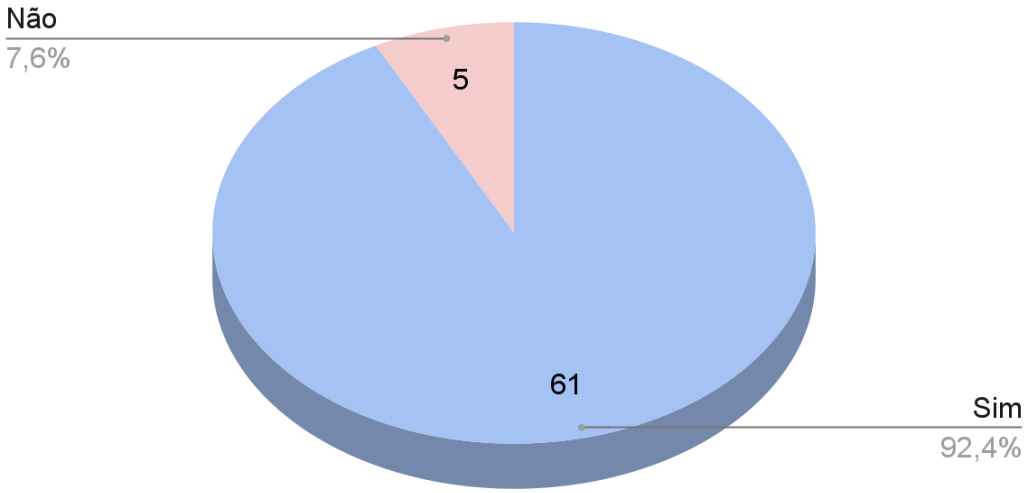
Durante a análise dos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, foram identificadas diversas fontes de sofrimento ou prazer no cotidiano dos profissionais. Essas fontes de sofrimento ou prazer se expressaram de diversas formas, através de fatores capazes de gerar reverberações (benéficas ou prejudiciais) à saúde do trabalhador.

Neste estudo os fatores que desencadeiam sofrimentos e/ou adoecimentos e/ou agravos à saúde dos trabalhadores serão nomeados como fatores negativos, enquanto os fatores que propiciam prazer, satisfação e bem estar, atuando como estruturantes da saúde serão denominados fatores positivos.

6.3.1 Fatores negativos, os geradores de sofrimentos e adoecimentos/agravos

Os fatores negativos estiveram presentes em 61 (92,4%) dos 66 estudos selecionados e mostraram relação com situações de sofrimentos, adoecimentos e agravos à saúde física, mental/psíquica e moral dos trabalhadores, como mostra o gráfico 7.

Gráfico 7- Distribuição dos fatores negativos dentre as publicações selecionadas.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Foram identificados diversos fatores negativos à saúde do trabalhador, o que levou ao agrupamento deles de acordo com as suas naturezas e similaridades, a partir das definições apresentadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) e por Laurell (1993), sobre riscos e cargas existentes no trabalho, resultando em seis grupos distintos de fatores negativos, que estão relacionados a episódios de sofrimento, adoecimento e agravos à saúde dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família.

De acordo com Laurell (1993), as cargas de trabalho são compreendidas como parte do processo de trabalho que interagem com o trabalhador, podendo resultar em alterações no funcionamento biopsíquico do profissional. O Ministério da Saúde (2018), ressalta que o trabalho pode ser nocivo ao trabalhador, apresentando riscos a sua saúde, por meio dos insumos e matérias-primas, objetos, máquinas e ferramentas empregadas no exercício profissional; ou ainda, pela presença de poeiras, substâncias químicas e agentes físicos perigosos ou nocivos; bem como em decorrência da organização do trabalho, que se exprime na duração, intensidade, exigências de produtividade, jornada de trabalho em turnos e noturno, relações conflituosas com a chefia e os colegas ocasionando sofrimento e adoecimento, afetando não apenas o trabalho, mas se expandindo para o ambiente domiciliar, a família, a vizinhança e o ambiente geral no qual o trabalhador está inserido.

O Ministério da Saúde considera a existência de cinco tipos distintos de carga de trabalho, que são: físicas, químicas, biológicas, mecânicas e psicossociais (BRASIL, 2018). Enquanto Laurell (1993), considera seis grupos diferentes: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

Apesar de apresentar um grupo a mais, a definição de Laurell contempla o aspecto psíquico, enquanto a definição adotada pelo Ministério da Saúde considera o aspecto psicossocial que é mais amplo, deste modo, o presente estudo considerará os seguintes fatores de risco: psicossociais, fisiológicos, mecânicos, biológicos, químicos e físicos (Tabela 6), com o objetivo de considerar uma variedade maior de riscos e com uma definição mais abrangente.

Tabela 6 - Fatores geradores de sofrimento aos profissionais de equipes de Saúde da Família

Fatores geradores de sofrimento	Aparições
Riscos psicossociais	60
Riscos biológicos	11
Riscos físicos	9
Riscos químicos	8
Riscos mecânicos	3
Riscos fisiológicos	3

Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Como riscos psicossociais foram consideradas todas as situações laborais relacionadas aos efeitos prejudiciais da organização do trabalho e do tipo de gestão (FACAS, 2013), que podem acarretar consequências físicas, psicológicas, emocionais e sociais ao trabalhador, sejam de caráter crônico ou temporário (FACAS, 2013; MESQUITA *et al.*, 2019). Este risco foi o mais referido nas publicações selecionadas. Das 61 publicações que apresentaram fatores geradores de sofrimento nos profissionais, 60 delas mencionaram os riscos psicossociais.

Entre os fatores geradores de sofrimento nos riscos psicossociais apareceram: sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento, cobrança

exagerada, exposição a violência, desvalorização profissional, vínculos precários etc. (TRINDADE, 2007; CHEAVEGATTI, 2008; CEZAR-VAZ *et al.*, 2009; JARDIM e LANCMAN, 2009; OLIVEIRA NETO, 2011; PEREIRA, 2011; MOREIRA, 2013; FERNANDES e MARCOLAN, 2017; KEBIAN e CECCHETTO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; SANTOS, HOPPE e KRUG, 2018; OLIVEIRA e NERY, 2019; MELLO *et al*., 2020).

Nos riscos biológicos compreendem-se todas as circunstâncias derivadas do ambiente de trabalho e do seu estado de higiene, que resultam na exposição do profissional a quaisquer agentes que possam ocasionar prejuízos à saúde, como parasitas, bactérias, fungos, vírus etc. (CHEAVEGATTI, 2008). Este foi o segundo tipo de risco mais frequente, aparecendo em 11 publicações.

Os principais riscos biológicos identificados foram: contato com rato, cão, pulga, barata, cobra, escorpião, piolho, bicho de pé, Sarcoptes scabiei (ácaro causador da escabiose humana), exposição a doenças infecto-contagiosas, entre outros (TRINDADE, 2007; CHEAVEGATTI, 2008; CEZAR-VAZ *et al.,* 2009; MOREIRA *et al.*, 2013; MESQUITA *et al.,* 2019).

Os riscos físicos, por vezes, são provenientes das necessidades técnicas exigidas para a transformação do objeto de trabalho, contemplam, portanto, as características dos instrumentos, máquinas, posto de trabalho e outros, que vão originar energia, perceptível ou não, capaz de causar danos momentâneos ou crônicos à saúde do profissional (CHEAVEGATTI, 2008; MOREIRA *et al.,* 2013; MESQUITA, *et al.*, 2019).

Em terceiro lugar, entre os riscos mais frequentes, os riscos físicos apareceram em 9 estudos. Sendo os riscos físicos mais citados: a exposição à condição climática (altas temperaturas no verão, claridade solar, chuva e frio), a exposição ao ruído, a exposição à radiação etc. (CHEAVEGATTI, 2008; JARDIM e LANCMAN, 2009; MOREIRA, 2013; SANTOS, HOPPE e KRUG, 2018; OLIVEIRA e NERY, 2019; MESQUITA, *et al.*, 2019).

Os riscos químicos são representados pelas substâncias químicas existentes no ambiente de trabalho, que derivam do objeto e dos meios empregados na sua transformação e que ao entrar em contato com o corpo humano podem agredir a

saúde (BRASIL, 2018; CHEAVEGATTI, 2008; PEREIRA, 2011; TINOCO 2015; MESQUITA, *et al.,* 2019).

No total, 8 publicações referiram o risco químico no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. Estes riscos foram exemplificados nos estudos a partir de situações de exposição ao pó, à poeira, à gases, ao lixo tóxico, à fumaça, entre outros (CHEAVEGATTI, 2008; PEREIRA, 2011; CARREIRO *et al.*, 2013; VIANNA, 2013; TINOCO, 2015; MESQUITA, *et al.,* 2019; MENDES,2020).

Os riscos mecânicos e os fisiológicos foram os que tiveram o menor número de citações, aparecendo em apenas 3 estudos cada.

Como riscos mecânicos foram entendidos aqueles decorrentes de materiais cortantes, perfurocortantes, aquecidos, em movimento, energizados, irregularidades do piso e do calçamento e demais riscos semelhantes a estes que podem ocasionar lesões como: queimaduras, cortes, escoriações, torções, distensões, choques elétricos, fraturas e outras alterações ósteo-músculo-esqueléticas (CHEAVEGATTI, 2008; MATTOS e MÁSCULO, 2011).

Os riscos mecânicos identificados nas publicações estavam relacionados às longas caminhadas diárias (muitas vezes em ruas esburacadas), a postura incorreta ao sentar (quando os profissionais não dispunham de bancos ou cadeiras nas visitas domiciliares), a necessidade de transportar mochilas pesadas, etc. (CHEAVEGATTI, 2008; PEREIRA, 2011; TINOCO, 2015).

Por fim, os riscos fisiológicos resultam da maneira como o trabalho é executado pelo profissional, por isso, englobam o esforço empregado no desenvolvimento das tarefas, a postura exigida para o exercício profissional, os movimentos do corpo do trabalhador necessários para a função, os deslocamentos realizados, a manipulação de peso etc, que se associam ao espaço destinado ao trabalho, à disponibilidade e qualidade dos recursos laborais e os turnos de trabalho (CHEAVEGATTI, 2008).

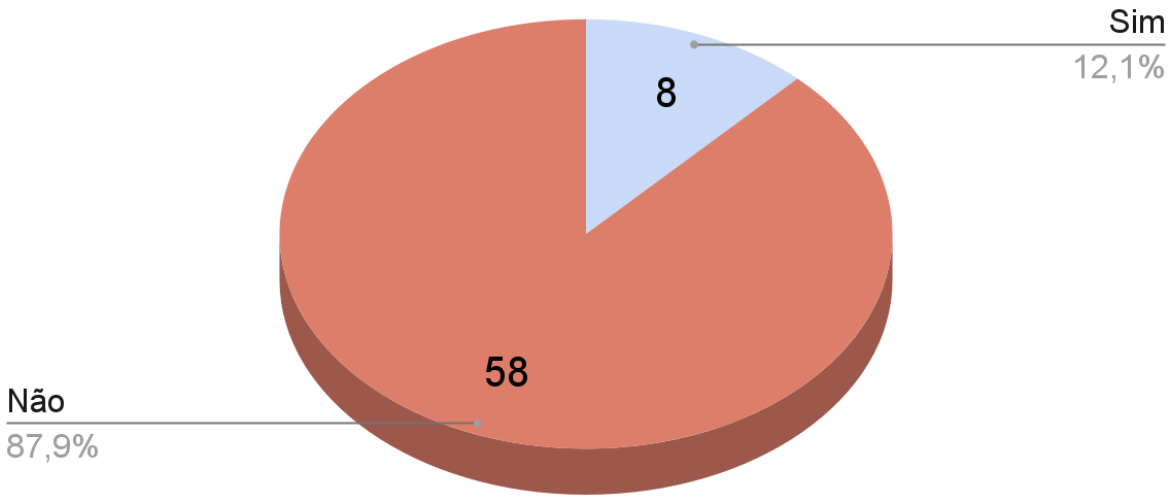
Os principais riscos fisiológicos descritos nos estudos foram: utilizar recursos materiais inadequados, permanecer em posições incômodas, carregar peso, usar a visão de forma contínua, andar excessivamente e escrever excessivamente (CHEAVEGATTI, 2008; PEREIRA, 2011; MELLO *et al.,* 2020).

6.3.2 Fatores positivos, os geradores de prazer, satisfação e bem estar

Os fatores positivos, assim como, os fatores negativos, advêm dos processos de trabalho, nesse caso o trabalho nas equipes de Saúde da Família. Portanto, algumas situações podem ser geradoras de sofrimento, adoecimento e agravos à saúde em alguns contextos e promover prazer, satisfação e bem estar em outros.

Em comparação com os fatores negativos, os fatores positivos apareceram em menor número de publicações. Dos 66 estudos selecionados, apenas 8 (12,1%) apresentaram fatores positivos do processo de trabalho sobre a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Gráfico 8).

Gráfico 8- Distribuição dos fatores positivos dentre as publicações selecionadas.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Os fatores positivos tiveram poucas aparições, o que tornou possível nomear separadamente cada situação geradora de prazer, satisfação e bem estar, não havendo a necessidade de agrupá-los como foi feito com os fatores negativos. Entretanto, se fosse realizada uma categorização dos fatores positivos, todas as situações encontradas seriam enquadradas como cargas psicossociais.

Foram identificadas 7 situações relacionadas aos aspectos positivos dos processos de trabalho sobre a saúde do trabalhador, que são: realização profissional; trabalho em equipe; liberdade de expressão; trabalho no território; ser resolutivo; vínculo com o usuário e remuneração/vínculo empregatício (Tabela 7).

Tabela 7 - Fatores geradores de satisfação aos profissionais de equipes de Saúde da Família

Fatores geradores de satisfação	Número de aparições
Realização Profissional	6
Trabalho em equipe	5
Liberdade de expressão	4
Trabalho no território	3
Ser resolutivo	3
Vínculo com o usuário	2
Remuneração/ vínculo empregatício	1

Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

A presença de realização profissional é reconhecidamente uma fonte de prazer para o trabalhador, enquanto a sua ausência pode ocasionar sofrimento (GUIMARÃES, 2005). Dos 8 estudos que mencionaram fatores positivos do trabalho à saúde, 6 (75%) trouxeram situações que remetem à realização profissional como origem de prazer, satisfação e bem estar para o trabalhador das equipes de Saúde da Família, tornando este o principal fator positivo observado nas publicações.

A realização profissional esteve correlacionada com: o reconhecimento e valorização do trabalho realizado; gostar da profissão/trabalho desempenhado na ESF e a possibilidade de visualizar a satisfação dos usuários com a assistência recebida (LOPES *et al.*, 2012; SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012; LIMA *et al.,* 2014; FREITAS *et al.,* 2016; FLUMIAN e FIORINI, 2017; GLANZNER *et al.,* 2017).

O trabalho em equipe permite aos profissionais a possibilidade de compartilharem uns com os outros as dificuldades enfrentadas no trabalho e ao mesmo tempo receber e oferecer auxílio. Ao se sentir apoiado dentro da equipe, o profissional tem no trabalho em equipe uma fonte de prazer (LOPES *et al.,* 2012). Este foi o segundo fator positivo proveniente dos processos de trabalho à saúde dos profissionais de EqSF, ele foi referido por 5 (62,5%) das 8 publicações que abordaram fontes de prazer, satisfação e bem estar e se expressaram a partir de

situações como: ocorrência de apoio entre os membros da equipe; existência de confiança entre os colegas; cooperação entre os pares e existência de solidariedade entre os profissionais da equipe (LOPES *et al.*, 2012; LIMA *et al.,* 2014; FREITAS *et al.,* 2016; FLUMIAN e FIORINI, 2017; GLANZNER *et al.,* 2017).

Segundo Campos, David e Souza (2014), ter liberdade de expressão no ambiente de trabalho oportuniza ao trabalhador a construção da sua identidade profissional, o que foi constatado em 50% (4) das 8 publicações que apresentaram fatores positivos do trabalho. A liberdade de expressão foi citada como propiciadora de boas repercussões do trabalho à saúde do profissional, pois, possuir liberdade para se expressar nos processos de trabalho reverbera de diferentes formas sobre a sensação de prazer, satisfação e bem estar.

Poder expressar as opiniões no local de trabalho; dialogar entre os colegas e as chefias e utilizar a criatividade no exercício profissional dentro da EqSF são algumas das situações em que a liberdade de expressão foi evidenciada como um fator positivo do trabalho sobre à saúde do trabalhador (LOPES *et al.,* 2012; SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012; FLUMIAN e FIORINI, 2017; GLANZNER *et al.,* 2017).

Trabalhar junto à comunidade proporciona ao trabalhador grande interação com a sociedade e responsabilidade social, o que pode transformar o trabalho no território em um promotor de prazer e satisfação para o profissional (SANTOS *et al.*, 2010; FREITAS *et al.,* 2016; FLUMIAN e FIORINI, 2017). 3 publicações descreveram situações em que trabalhar no território foi um fator positivo do trabalho sobre a saúde, por proporcionar encontros que impulsionam os trabalhadores de EqSF, gerando a sensação de bem-estar (SANTOS *et al.,* 2010; FREITAS *et al.,* 2016; FLUMIAN e FIORINI, 2017).

Diante do seu caráter estratégico, a ESF tem na resolutividade uma das suas principais características (FARIAS *et al.,* 2018). Conseguir alcançar a resolutividade preconizada para este modelo de atenção à saúde é um fator que contribui para a proteção do trabalhador das equipes de Saúde da Família contra o desgaste e adoecimento (PIRES, 2020). Ao todo 3 estudos afirmaram que realizar as ações diárias e resolver conflitos presentes nos processos de trabalho cooperam para satisfação do profissional (SANTOS *et al.,* 2010; LOPES *et al.,* 2012; FLUMIAN e

FIORINI, 2017).

Estabelecer maior vínculo com os usuários é algo previsto para o processo de trabalho do profissional que atua na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que, ele realiza atividades tanto na unidade de saúde quanto no Território, ficando mais próximo da população (SORATTO *et al.*, 2020). Foi mencionado em 2 publicações que a existência de bons vínculos dos profissionais com os usuários, incluindo o recebimento de presentes, é uma fonte geradora de satisfação e prazer para o trabalhador que sente o seu trabalho reconhecido pelo público atendido (LIMA *et al.,* 2014; FLUMIAN e FIORINI, 2017).

A remuneração, junto com a estabilidade profissional e econômica são elementos que impulsionam o trabalho (TENANI *et al.,* 2014). Todavia, apenas 1 estudo referiu a remuneração e a estabilidade do vínculo empregatício como algo motivador para o trabalhador, sendo portanto, um fator positivo (FLUMIAN e FIORINI, 2017). O baixo número de estudos que apresentam estes aspectos como positivos pode ser justificado pelo fato de que em algumas realidades o profissional da ESF está exposto a baixos salários e a vínculos precários (OLIVEIRA NETO, 2011; BARBOSA *et al.,* 2012) .

6.4 Repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família

O processo de trabalho pode ser considerado tanto como um mediador da saúde como também um elemento patogênico para o trabalhador, ou seja, ao mesmo tempo em que pode atuar como estruturante da saúde, o processo de trabalho pode ser o causador de danos à saúde física e/ou mental de trabalhadores (RANGEL E GODOI, 2009).

Ao analisar os estudos selecionados observou-se a presença de inúmeras repercussões dos processos de trabalho na saúde dos profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família. Foram repercussões negativas como doenças e/ou agravos ou positivas como fonte de prazer e bem estar.

Neste estudo foram identificados efeitos do trabalho reverberando em aspectos físicos, mentais/psíquicos e morais, os quais serão apresentados nos

tópicos a seguir.

6.4.1 Repercussões na saúde mental

O processo de trabalho está relacionado a múltiplas situações de sofrimento psíquico, podendo ser o propulsor de transtornos mentais clássicos. No trabalho em saúde os profissionais presenciam inúmeros casos de sofrimento e morte, expondo-os a uma ambiguidade de sentimentos, diante da linha tênue entre o seu exercício profissional e as suas emoções pessoais. Tais situações geram custo emocional e ecoam na saúde mental do trabalhador, como relata Borges *et al.* (2002).

No tocante às reverberações do processo de trabalho na saúde mental dos profissionais, elas foram referidas em 65 (98,5%) das 66 publicações selecionadas, sendo relatados desde sentimentos de solidão e impotência até casos mais graves como depressão e Síndrome de Burnout.

Neste estudo foram consideradas todas as reverberações na saúde mental que apareceram em dois estudos ou mais, resultando num total de 22 repercussões elencadas, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Principais repercussões do processo de trabalho na saúde mental dos profissionais de equipes de Saúde da Família

Sintoma/condições de saúde mental	Número de aparições	Sintoma/condições de saúde mental	Número de aparições
Cansaço mental	34	Nervosismo	5
Estresse	33	Tensão emocional	4
Ansiedade	20	Impaciência	3
Frustração	14	Desmotivação	3
Sofrimento psíquico	11	Baixa auto-estima	3
Irritação	10	Raiva	2
Depressão	9	Revolta	2
Medo	9	Preocupação	2

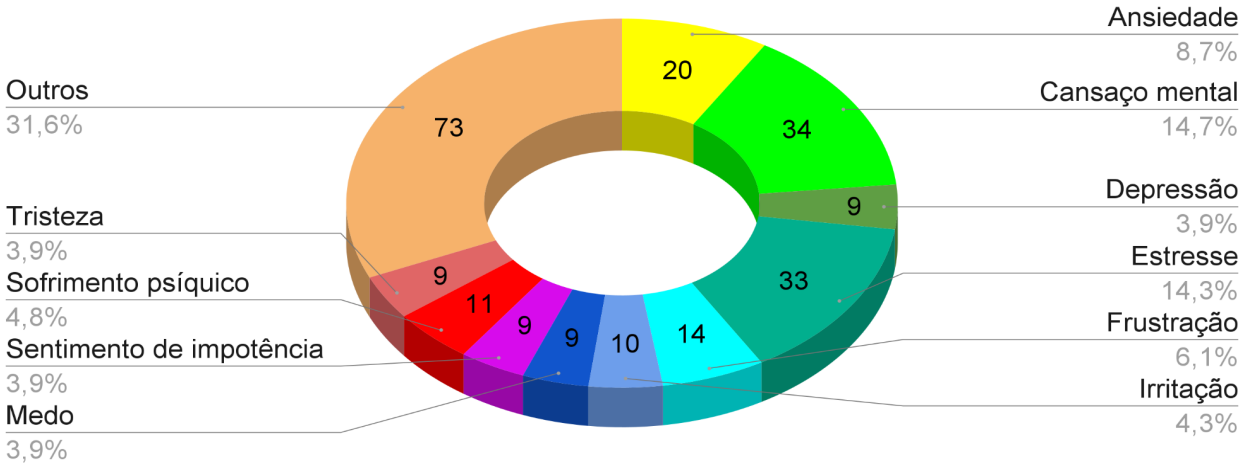
Sentimento de impotência	9	Sufoco	2
Tristeza	9	Sentimento de inutilidade	2
Angústia	8	Sentimento de sobrecarga	2
Insegurança	7	Sentimento de solidão	2
Desânimo	7	Conflito	2
Síndrome de Burnout	7	Despersonalização	2
Insatisfação	6	Sensação de não dar conta	2

Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo

Dentre as 22 repercussões identificadas, o cansaço mental, o estresse, a ansiedade, a frustração, o sofrimento psíquico e a irritação representaram mais da metade (52,9%) das consequências provocadas pelos processos de trabalho sobre a saúde mental dos profissionais de equipes de Saúde da Família.

O cansaço mental foi o principal sinal/sintoma referido em meio a estas 22 repercussões listadas. Citado em 34 publicações, ele correspondeu a 14,7% das reverberações do trabalho na saúde mental dos trabalhadores, contabilizadas neste estudo (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Distribuição das principais repercussões do processo de trabalho na saúde mental dos profissionais.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Nas publicações o cansaço psíquico/mental foi referido de distintas maneiras, como: desgaste, exaustão, esgotamento, dentre outros. Ribeiro (2006), discutiu como o desgaste mental vivenciado pelos profissionais das EqSF pode estar associado à organização do trabalho, fato explicitado por um dos seus entrevistados, ao afirmar a crença de que a lógica de trabalho na Estratégia Saúde da Família desgasta os trabalhadores psicologicamente. Este cansaço seria consequência da exposição do trabalhador a uma série de questões sócio-econômicas que extrapolam a sua governabilidade enquanto profissional da saúde, porém, que refletem diretamente no estado de saúde da população assistida.

Fernandes e Marcolan (2017), identificaram a presença de cansaço mental em decorrência de situações que envolvem demandas do processo de trabalho, como as consultas, o acolhimento, as solicitações dos pacientes e os programas do Ministério da Saúde, corroborando com a observação feita por Camelo *et al.* (2012), de que o volume de atendimento em associação à intensidade das atividades realizadas e a insuficiência de recursos desencadeiam um ritmo de trabalho inadequado e provavelmente causador de cansaço mental nos profissionais.

Em segundo lugar nesta lista, ficou o estresse, que apareceu em 33 publicações distintas, equivalente a 14,3% do total das reverberações encontradas (Gráfico 9).

Santos (2010), ao pesquisar o estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro, observou a influência do estresse sobre os agravos de saúde apresentados por estes trabalhadores. Embora alguns profissionais negassem esta possível relação, o autor destacou que as falas dos entrevistados acabavam revelando indícios que confirmavam a veracidade da relação. Apontando para situações de sofrimento dos profissionais no ambiente de trabalho, Leonelli (2013), por vezes, investigou o estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde e dos 450 trabalhadores participantes da pesquisa, 25% apresentaram níveis iguais ou superiores aos moderados de estresse percebido, o que se traduz como um aumento no risco para sintomas e condições clínicas associadas ao estresse.

A ansiedade foi mencionada em 20 estudos, o que a deixou em terceiro lugar dentre as repercussões mais frequentes do processo de trabalho na saúde mental

dos profissionais das equipes de Saúde da Família, representando 8,7% destas repercussões (Gráfico 9).

Santos, Soares e Campos (2007), em estudo sobre a relação trabalho-saúde de enfermeiros que atuam em equipes de Saúde da Família no município de São Paulo, identificaram que a maneira como o processo de trabalho é organizado e dividido, gera ansiedade e outras repercussões à saúde dos enfermeiros. Estes profissionais se veem em um cenário permeado por incompatibilidades internas nas EqSF, ausência de integração entre os enfermeiros, uso excessivo da subjetividade, necessidade de assumir multifunções, além da pressão originada pelas demandas da população, o que leva à repercussões na saúde mental deles, a exemplo, da ansiedade. Cezar- Vaz *et al.* (2009), ao investigarem a percepção do risco no trabalho em Saúde da Família, trouxeram relatos dos profissionais que sinalizaram que as condições físicas e a organização do trabalho são fatores relacionados à percepção de risco e consequentemente causadores de inúmeras repercussões à saúde física e mental dos trabalhadores, dentre elas a ansiedade.

No quarto lugar dentre as principais reverberações na saúde mental esteve a frustração. A frustração foi referida em 14 das publicações selecionadas, correspondendo a 6,1% destas reverberações (Gráfico 9).

O sentimento de frustração em trabalhadores das equipes de Saúde da Família foi constatado por Lucena (2009), ao estudar a atividade de trabalho e saúde de enfermeiras da ESF do município de João Pessoa-PB. As profissionais que participaram do referido estudo se sentiam frustradas, pois mesmo diante de grandes esforços as suas exigências no processo de trabalho junto à comunidade não eram correspondidas. No estudo com agentes comunitários de saúde, Jardim e Lancman (2009), perceberam que estes trabalhadores vivenciavam o sentimento de frustração ao compreenderem que não teriam a possibilidade de resolver os problemas que eram apresentados a eles, apesar da dedicação, tempo, energia física e psíquica despendidas no processo de trabalho. Simões (2014), identificou algo semelhante em sua pesquisa sobre trabalho e saúde em equipes de Saúde da Família no município de Manaus, um dos seus entrevistados confessou se sentir frustrado por não conseguir resolver as questões que apareciam em seu processo de trabalho, por falta de recursos financeiros e tempo.

Na quinta colocação nesta lista o sofrimento psíquico foi citado em 11 publicações, equivalente a 4,8% das repercussões na saúde mental.

O sofrimento psíquico esteve em diferentes estudos atrelado à organização dos processos de trabalho nas equipes de Saúde da Família. Ribeiro (2006), ao investigar o sofrimento psíquico de trabalhadores de uma equipe de Saúde da Família, identificou que a existência de dificuldades estruturais e funcionais na organização do trabalho da equipe trazia implicações para o sofrimento psíquico dos trabalhadores. Jardim e Lacman (2009), por vezes, ao examinar a rotina dos agentes comunitários de saúde identificaram que a obrigatoriedade de residir no mesmo território de trabalho era uma fonte adicional para o sofrimento psíquico destes trabalhadores, com risco de evolução para um quadro patogênico.

A irritação foi relatada em 10 estudos, ficando em sexto lugar na lista das mais frequentes repercussões dos processos de trabalho na saúde mental dos profissionais das EqSF, representando 4,3% destas repercussões.

A pesquisa realizada por Oliveira Neto (2011), em uma Unidade de Saúde da Família, mostrou que o sentimento de irritação apareceu como um dos sintomas do desgaste emocional decorrente das condições de trabalho. Vianna (2013), observou em estudo com agentes comunitários de saúde que a irritação era um dos sintomas de ordem psíquica ressaltados por estes profissionais, devido o processo de trabalho perpassado por situações como os abusos praticados pela população, a hostilidade do ambiente de moradia e trabalho (pois, os ACS residem no mesmo território em que trabalham), os problemas de resolubilidade do Sistema Único de Saúde e outras coisas mais.

6.4.2 Repercussões na saúde física

Como já discutido ao longo deste estudo, as características dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família trazem implicações às cargas de trabalho das equipes, sendo que, estas implicações podem reverberar negativamente na saúde dos trabalhadores, em virtude das exigências físicas e psíquicas que lhes são impostas no desempenho das suas funções (TRINDADE *et al.,* 2014).

Percebeu-se nesta pesquisa que os efeitos dos processos de trabalho na saúde física dos profissionais de equipes de Saúde da Família apareceram em menor número quando comparados às repercussões que afetam a saúde mental destes trabalhadores.

Das 66 publicações selecionadas, 54 (81,9%) mencionaram algum tipo de reverberação do trabalho em EqSF sobre a saúde física dos profissionais.

Em conformidade com o critério utilizado na contabilização das repercussões do trabalho na saúde mental, foram computadas apenas as repercussões na saúde física que apareceram em duas ou mais publicações. No total foram identificados 19 tipos distintos de reverberações do processo de trabalho à saúde física dos profissionais de equipes de Saúde da Família (Tabela 9).

Tabela 9 - Principais repercussões do processo de trabalho na saúde física dos profissionais de equipes de Saúde da Família

Sintomas/ condições de saúde física	Número de aparições	Sintomas/ condições de saúde física	Número de aparições
Cansaço físico	28	Problemas/sintomas vocais	4
Dores	18	Acidentes de trânsito	3
Problemas/sintomas cardiovasculares	16	Doenças reumáticas	2
Alterações no sono	13	Excesso de peso	2
Problemas/sintomas osteomusculares	7	Fraqueza	2
Problemas/sintomas respiratórios	6	Tremores	2
Contaminação	6	Problemas na coluna lombar	2
Cortes e/ou perfurações	5	Problemas na visão	2
Alergias	4	Queixas dermatológicas	2

Problemas/sintomas gastrointestinais	4	

Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Dentre as 19 repercussões na saúde física identificadas, o cansaço físico, as dores, os problemas/sintomas cardiovasculares e as alterações no sono somam mais de 61,8% do total de reverberações neste grupo.

O cansaço físico teve o maior número de aparições, presente em 28 publicações, representou 21,9% das repercussões físicas consideradas neste estudo.

Numa unidade de Saúde da Família do estado do Espírito Santo, o cansaço físico foi referido como um dos incômodos advindos das condições de trabalho (OLIVEIRA NETO, 2011). Enquanto uma das causas do cansaço sentido por profissionais de três unidades de Saúde do Rio de Janeiro, seria a grande demanda de trabalho (CASTRO e OLIVEIRA, 2017), o que também foi identificado no estudo realizado em unidades de Saúde da Família das cinco regiões do país, no qual os aspectos gerenciais envolvendo a insuficiência de profissionais e as demandas e jornadas de trabalho, aparecem como causadores do cansaço físico dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família (MENDES *et al.,* 2018). Tais achados corroboram com o que foi encontrado em dezessete unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB, nas quais o cansaço também esteve atrelado ao processo de trabalho, como resultado das metas a serem cumpridas e da dedicação exigida para realização do trabalho na ESF (CARREIRO *et al.*, 2013).

Em seguida, apareceram as dores, que foram citadas em 18 estudos, correspondendo a 14% do total de reverberações físicas consideradas.

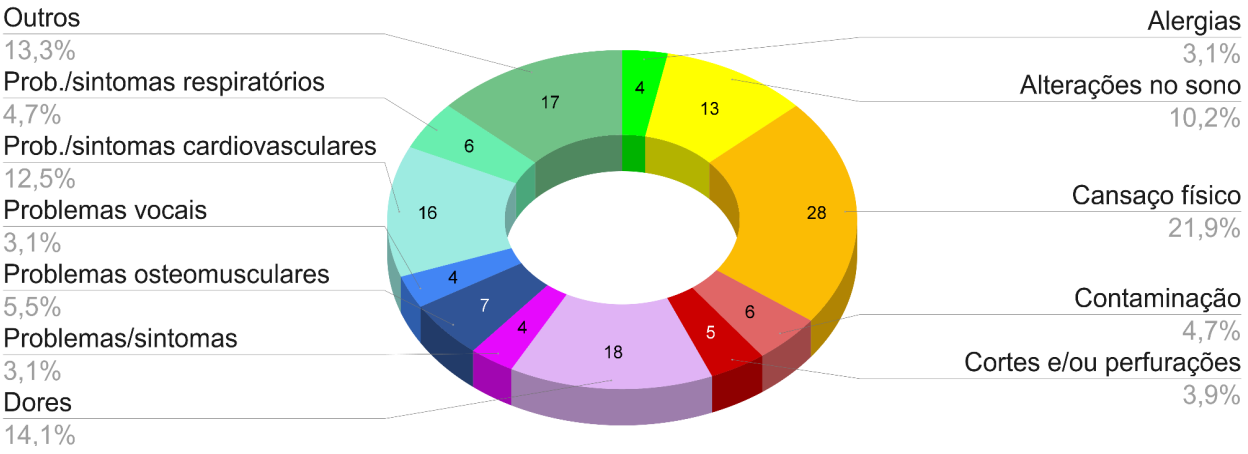
No estudo realizado com agentes comunitários de saúde do município de São Paulo, as dores foram mencionadas como decorrentes das cargas de trabalho fisiológicas e mecânicas impostas a estes profissionais (CHEAVEGATTI, 2008). Já na cidade do Rio de Janeiro, as dores de cabeça e no corpo foram associadas ao estresse ocupacional vivenciado pelos agentes comunitários de saúde (SANTOS, 2010), algo semelhante foi encontrado no interior do estado de São Paulo, onde os profissionais referiram que a sobrecarga de trabalho faz com que eles enfrentem

situações de nervosismo, que resultam em problemas de saúde, entre os quais as dores (RIBEIRO, 2006).

Os problemas/sintomas cardiovasculares ficaram em terceiro lugar, com 16 aparições, correspondendo a 12,5% do total destas repercussões (Gráfico 10).

Em estudo realizado com 4.749 profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo 1.730 de dois estados da região sul e 3.019 de cinco estados do nordeste do Brasil, observou-se que os principais problemas de saúde apresentados por eles eram do aparelho cardiovascular (TOMASI *et al.,* 2008). Em meio aos problemas cardiovasculares, a hipertensão arterial foi o mais frequente nos estudos selecionados (SANTOS, 2007; CHEAVEGATTI, 2008; CARREIRO, 2010; LEONELLI, 2013; LEONELLI *et al.,* 2017), embora também tenham sido referidos problemas do coração, palpitações (LEONELLI *et al.,* 2017; FERNANDES e MARCOLAN, 2017) e demais problemas/sintomas cardiovasculares. Confirmando estes achados, Santos (2010), apresenta o relato de uma agente comunitária de saúde que informou ter picos de pressão alta em virtude do estresse no trabalho, além de, conhecer colegas que ficaram hipertensos depois que começaram a trabalhar na Estratégia Saúde da Família, o que foi reafirmado por outra agente comunitária de saúde neste mesmo estudo, que disse ter desenvolvido hipertensão arterial após começar a trabalhar na ESF, o que ela acreditava ser consequência do estresse no ambiente de trabalho.

Gráfico 10 - Distribuição das principais repercussões do processo de trabalho na saúde física dos profissionais.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

As alterações do sono apareceram em 13 estudos, o que equivale nesta pesquisa a 10,2% das repercussões dos processos de trabalho em EqSF sobre a saúde física dos profissionais.

Os problemas/distúrbios do sono foram mencionados tanto como resultado de outras alterações na saúde, a exemplo do estresse (SANTOS, 2010; VIANNA, 2013; TINOCO, 2015; MELLO et al., 2020), assim como, estiveram relacionados à sobrecarga de trabalho a qual os profissionais da Estratégia Saúde Família enfrentam no processo de trabalho.

6.4.3 Repercussões benéficas à saúde

Ao analisar as relações existentes entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família, observou-se que estas relações não são apenas patogênicas. O trabalho não necessariamente vai produzir efeitos prejudiciais à saúde física e/ou psíquica, podendo ser promotor de experiências que contribuem para higidez e vitalidade do trabalhador. Tal afirmação pôde ser evidenciada em alguns dos estudos selecionados, que demonstraram situações nas quais o processo de trabalho operou de modo benéfico à saúde dos profissionais que atuam em EqSF.

Todavia, os achados identificados quanto aos benefícios proporcionados pelo trabalho à saúde destes trabalhadores apareceram em um número menor de publicações, quando comparados às consequências negativas dos processos de trabalho sobre a saúde deles.

Dos 66 estudos selecionados, apenas 8 (6,1%) discutiram as reverberações favoráveis advindas do trabalho à saúde dos profissionais de equipes de Saúde da Família. Os tipos de repercussões descritas também apareceram em menor número, quando comparados aos tipos de reverberações desfavoráveis.

As repercussões positivas identificadas nestas 8 publicações foram: satisfação; bem estar; motivação; prazer; orgulho; realização e felicidade (Tabela 10). A maioria das publicações apresentaram mais de um tipo de repercussões positivas do trabalho sobre a saúde do trabalhador.

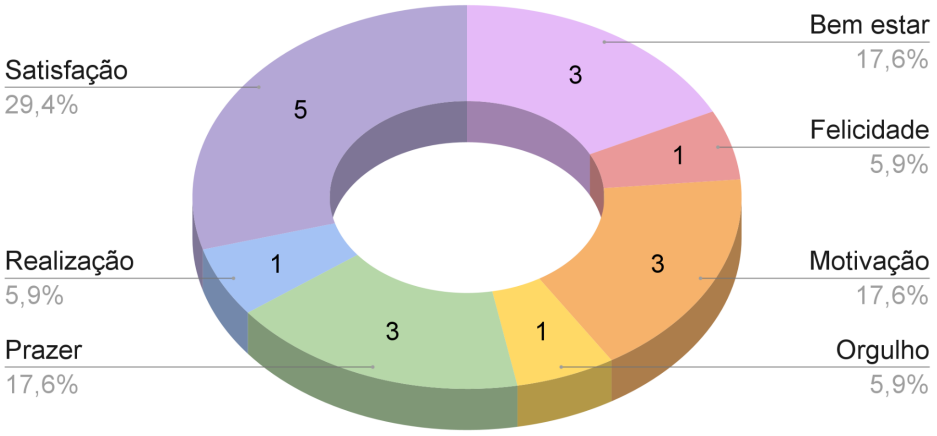
Tabela 10 - Repercussões positivas na saúde dos profissionais de equipes de Saúde da Família

Sentimentos / sensações	Número de aparições
Satisfação	5
Bem estar	3
Motivação	3
Prazer	3
Orgulho	1
Realização	1
Felicidade	1

Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

Na distribuição das repercussões favoráveis à saúde, a sensação de satisfação foi a que teve o maior número de aparições, sendo referida em 5 estudos; as sensações de bem estar, motivação e prazer foram mencionadas em 3 publicações cada; enquanto as sensações de orgulho com a profissão, realização profissional e felicidade apareceram apenas uma vez (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição das repercussões positivas na saúde dos profissionais.



Fonte: elaborado pela autora a partir dos resultados deste estudo.

O sentimento de satisfação foi a reverberação positiva que obteve o maior número de aparições, sendo referido por 5 das 8 publicações selecionadas, representando 29,4% do total de boas repercussões.

Shimizu e Carvalho Junior (2012), observaram em trabalhadores de equipes de Saúde da Família do Distrito Federal que as vivências de satisfação deles estava atrelada a realização profissional, algo semelhante ao apresentado por Lima *et al.* (2014), que notaram que a satisfação dos profissionais possuía relação com: a afinidade deles à profissão, o gostar do que faz, o contentamento dos usuários diante da assistência prestada e o vínculo estabelecido com eles, bem como, com o modelo de trabalho em equipe proposto pela ESF. Enquanto Lopes *et al*. (2012), em estudo com agentes comunitários de saúde, identificaram que a sensação de satisfação tinha ligação ao fato destes profissionais serem resolutivos no trabalho. Glanzner *et al.* (2017), por vezes, constataram que a liberdade em ser e construir o seu trabalho estava vinculada com o sentimento de satisfação experimentado pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. Por fim, Vianna (2013), observou que a satisfação de agentes comunitários de saúde se relacionava com o reconhecimento do trabalho deles pela população.

A sensação de bem-estar foi referenciada em 3 das 8 publicações que abordaram as repercussões positivas dos processos de trabalho sobre a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família, equivalente a 17,6% destas reverberações.

Semelhante ao sentimento de satisfação, o bem-estar esteve vinculado à realização profissional (SANTOS, 2010; SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012), ao fato de gostar do que faz, ser resolutivo (SANTOS, 2010) e possuir liberdade para ser e construir o seu trabalho (GLANZNER *et al*., 2017).

Também citada por 3 das 8 publicações que tratam das reverberações favoráveis, o sentimento de motivação em profissionais de equipes de Saúde da Família esteve relacionado a fatores como remuneração, estabilidade no emprego (FLUMIAN e FIORINI, 2017) e a realização profissional (SHIMIZU e CARVALHO JUNIOR, 2012).

Da mesma maneira que os sentimentos de motivação e bem-estar, a sensação de prazer foi relatada em 3 estudos, correspondendo igualmente a 17, 6% das repercussões positivas.

Na pesquisa realizada com agentes comunitários de saúde da ESF de Manguinhos, Vianna (2013), observou que o fato de contribuir com a equipe e

estabelecer vínculos e laços entre os profissionais, era algo que não se encerrava no trabalho ou na unidade de saúde, colaborando para o sentimento de prazer entre os agentes comunitários. Lopes et al. (2012), por vezes, em estudo com ACS de um município do Rio Grande do Sul, identificou que aspectos como o reconhecimento, demonstrado pelas manifestações de afeto, carinho e gratidão dos usuários pelo trabalho desenvolvido; a resolutividade, caracterizada pela chance de solucionar os problemas dos usuários e em perceber que o seu trabalho está resultando em melhoria das condições de saúde da comunidade e a oportunidade de trabalhar com os pares, eram situações que estavam relacionadas ao sensação de prazer experimentada por estes profissionais em decorrência do trabalho.

O sentimento de orgulho foi um dos menos mencionados, apenas o estudo realizado por Shimizu e Carvalho Junior (2012), abordou este sentimento como uma repercussão positiva dos processos de trabalho sobre a saúde dos profissionais, segundo os autores, o sentimento de orgulho tinha correlação com o fator de realização profissional.

Por vezes, a sensação de realização no trabalho também foi citada somente pelo estudo de Shimizu e Carvalho Junior (2012), que identificou que o sentimento de realização profissional operava como causa e efeito de outros sentimentos, como satisfação, bem-estar, motivação, entre outros.

Por fim, a felicidade foi relatada no trabalho de Santos (2010), que percebeu que este sentimento se expressava a partir da concretização das atividades diárias, pois, ao conseguir alcançar os seus objetivos os agentes comunitários de saúde se sentiam felizes, tanto pela realização do trabalho, como pelos ganhos “indiretos” que o alcance das atividades trazia consigo, em decorrência das relações que eles possuíam com a comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar as relações existentes entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família, pautando-se na necessidade de se compreender como e o quanto o processo de trabalho interfere no estado de saúde destes trabalhadores e se essa

interferência vem sofrendo modificações ao longo dos anos, diante das mudanças nos cenários políticos, econômicos e sociais ocorridos no Brasil de 1994 até 2020.

Os resultados obtidos evidenciam que os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das EqSF se relacionam de diversas maneiras, ocasionando reverberações negativas e positivas na situação de saúde destes trabalhadores.

Diante das mudanças ocorridas ao longo dos anos, a ESF enfrenta atualmente ameaças de retrocessos com as inovações presentes na PNAB 2017, conjuntura que se agrava por questões anteriores, como a dificuldade de compreensão dos elementos dos seus processos de trabalho. Por exemplo, observou-se que o objeto e a finalidade do trabalho das equipes de Saúde da Família ainda não são bem compreendidos por parte dos usuários e de alguns profissionais da estratégia. Nesse sentido, talvez caiba um questionamento acerca das razões desta não compreensão, tendo em vista que essa estratégia existe no âmbito do Sistema Único de Saúde há mais de 20 anos. Estariam os profissionais de saúde sendo formados em conexão com as reais necessidades de saúde da população? As instâncias de gestão do SUS têm proporcionado condições de trabalho coerentes com a proposição de um modelo de atenção voltado para a promoção da saúde? Existem reais possibilidades para o aprendizado intra-equipes e para a troca de experiências em relação ao processo de trabalho?

Estes questionamentos levaram à constatação de um aspecto preocupante, o fato de que muitos profissionais chegam a Estratégia Saúde da Família sem a adequada qualificação para o processo de trabalho proposto por esse modelo de atenção, o que ressoa na prática profissional e consequentemente sobre a situação de saúde deles. Tal achado aponta para a importância de que as Instituições de Ensino Superior (IES) atualizem os projetos e as práticas pedagógicas dos cursos da área da saúde, de modo a preparar os futuros profissionais para atuação nessa estratégia de reorganização da atenção à saúde no Brasil. Outras iniciativas que promovam a integração entre ensino e serviço também são necessárias neste contexto, por exemplo, os programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde voltados para a Estratégia Saúde da Família. Devem ser valorizados, ainda, os espaços de Educação Permanente em Saúde, a fim de qualificar e capacitar os profissionais já inseridos na ESF, a partir dos problemas identificados

cotidianamente, de modo que o processo de trabalho possa ser alvo de transformação.

Quanto aos agentes do processo de trabalho, percebeu-se que o trabalho em equipe funciona como um elemento benéfico ou prejudicial para a realização do trabalho e/ou para a saúde do profissional, a depender da qualidade dos vínculos estabelecidos entre os membros da equipe, aspecto que já se relaciona com outro componente do processo de trabalho, os recursos imateriais. Esse cenário serve como um alerta para a necessidade da implantação de medidas que visem otimizar as relações interpessoais, como atividades voltadas à inteligência emocional, à mediação de conflitos, dentre outras, que preparem os profissionais para o estabelecimento de um bom clima organizacional, o que trará repercussões positivas para a atuação profissional e saúde destes trabalhadores.

Nos instrumentos de trabalho das EqSF, também foram encontrados inúmeros pontos negativos, tanto em relação à escassez dos recursos materiais para a realização do trabalho, quanto sobre a falta de formação e/ou preparo para trabalhar na ESF (instrumentos imateriais), que leva à incompreensão do objeto e da finalidade do trabalho na estratégia, como visto anteriormente. Estas situações se constituem em desafios para a prática profissional e para a saúde física e/ou psíquica dos trabalhadores que atuam nas equipes de Saúde da Família. O que sinaliza para a importância de melhorias na oferta e na qualidade dos recursos materiais e imateriais necessários para a Estratégia Saúde da Família, já que, a escassez e/ou a deficiência dos instrumentos de trabalho resultam em custos aos aspectos físico, emocional, cognitivo e às relações interpessoais, contribuindo para o adoecimento do trabalhador.

Foi visto neste estudo que as repercussões dos processos de trabalho na saúde do trabalhador de equipes de SF estão ligadas a vários fatores e possuem características distintas. As principais reverberações observadas foram negativas, ou seja, apontaram para danos à saúde física e/ ou mental do trabalhador, sendo os problemas mais frequentes aqueles relacionados à saúde mental. Em decorrência do do trabalho na Estratégia Saúde da Família alguns profissionais apresentaram condições de saúde agudas e/ou crônicas, com relatos apontando para a cronificação de determinadas condições, como o estresse excessivo que foi

relacionado a quadros depressivos, de Síndrome de Burnout ou de Hipertensão Arterial.

Dentre os fatores geradores de sofrimento identificados, que consequentemente repercutiram de forma negativa na saúde dos profissionais, destacaram-se os riscos psicossociais. Relacionados à organização do processo de trabalho e ao tipo de gestão, os fatores psicossociais representam riscos nos âmbitos físico, psíquico, emocional e social do indivíduo.

Constatou-se ainda, que o processo de trabalho de alguns profissionais das EqSF é perpassado por situações de violência, incluindo a violência armada, a qual repercute negativamente na situação de saúde e gera impactos e sofrimento moral ao trabalhador. Tais achados apontam para a necessidade de se investir tanto em estudos científicos, quanto no aperfeiçoamento da gestão e da organização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e na segurança das unidades de saúde e dos profissionais.

Apesar de aparecer em menor número, as repercussões positivas também estiveram presentes, demonstrando que os fatores geradores de sofrimento podem promover o prazer e o bem-estar em outras realidades, afinal, trata-se da mesma proposta de processo de trabalho preconizada pela Estratégia Saúde da Família. Portanto, isso nos leva a inferir que o contexto no qual o trabalho é desenvolvido apresenta relação direta com o tipo de repercussão provocada pelo processo de trabalho na saúde dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Por conseguinte, é necessário considerar as especificidades de cada equipe ao se pensar no seu processo de trabalho e em estratégias que possam otimizá-lo, de forma a mitigar as repercussões negativas do trabalho sobre a saúde do trabalhador.

No intervalo de tempo em que foram encontradas publicações sobre a temática desta pesquisa, de 2004 a 2020, com exceção do ano de 2005 que não teve estudos selecionados, não observou-se mudança quanto às questões discutidas referentes à relação entre os processos de trabalho e a saúde dos profissionais das EqSF.

Por fim, ressalta-se a importância de que sejam realizadas outras pesquisas sobre esse tema, em especial que contemplem as questões de gênero, racismo e divisão social do trabalho, bem como o investimento em ações de promoção da

saúde e prevenção de agravos e sequelas relacionadas à vida profissional, principalmente pelo fato das repercussões mais frequentes estarem relacionadas a efeitos negativos, em especial à saúde mental, logo, é preciso se investigar o quanto isso afeta o trabalho, a saúde e a vida destes profissionais de modo geral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.R *et al*. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Revista Panamericana de Salud Pública. v. 42, 2018.

ALMEIDA, E.R e MEDINA, M.G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. Cadernos de Saúde Pública. v. 37, n. 10, 2021.

ARANTES, L. J; SHIMIZU, H. E; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 1499-1510, 2016.

ASSUNÇÃO, A.A. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. In: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. cap.21, p. 453-478.

BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html> Acesso em: 16 out. 2020.

BARBOSA, G.B *et al.* Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 37, p. 306-315, 2012.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.

BETTIOL, L. M. Saúde e participação popular em questão: o Programa Saúde da Família. São Paulo: Editora UNESP; 2006.

BRAGA, L. C; CARVALHO, L. R; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1585-1596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Programa Saúde da Família. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª ed. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Saúde na escola. Cadernos de Atenção Básica; n. 27. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo – Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília, 2018.

BRASIL. Câmara dos deputados. Projeto de Lei PL 1.111/ 2019 (Apensado PL2.550/2019). Dispõe sobre a inclusão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional nas equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1785874 > . Acesso em: 26 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica - e-Gestor AB. 2020. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> . Acesso em: 16 ago. 2021.

BROCARDO, D. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua Interface com Atenção Básica: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ. 2018.

CAMELO, SHH; ANGERAMI, ELS. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais. Rev. enferm. UERJ, p. 502-507, 2007.

CAMELO SHH, CHAVES LDP, SILVA VLS, ANGERAMI, ELS. Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho. Rev enferm UERJ. 2012

CAMPOS, G. W. S *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. Interface-comunicação, saúde, educação, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, J; DAVID, H. M.S. Leal; SOUZA, N. V. D. O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. Escola Anna Nery, v. 18, p. 90-95, 2014.

CARREIRO, G.S.P *et al*. O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família. 2010.

CARREIRO, G.S.P *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.

CATANI, AM; OLIVEIRA, JF de; DOURADO, LF. Mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. Educação & Sociedade, p. 67-83, 2000.

CELESTINO, L. C *et al.* Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020.

CEZAR-VAZ, M.R *et al.* Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009, v. 17, n. 6 , pp. 961-967.

CHEAVEGATTI, D. Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-oeste do Município de São Paulo – São Paulo: 2008.

COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DALPIAZ, A.K; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. V Jornada internacional de políticas públicas-estado, desenvolvimento e crise do capital. São Luís, 2011.

DAVID, M. R. F. B. Organização do processo de trabalho em saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte 2010.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2020. Disponível em: < http://decs.bvsalud.org >. Acesso em 18 de mai. 2020.

DUARTE, M. L. C; AVELHANEDA, J. C; PARCIANELLO, R. R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 2, 2013.

ERCOLE, F. F; MELO, L. S; ALCOFORADO, C. L. G C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 1, p. 9-12, 2014.

FACAS, Emílio Peres. Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho-contribuições da psicodinâmica do trabalho. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

FARIA, H. *et al*. Processo de trabalho em saúde. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.

FARIAS, S.F *et al.* Programa de melhoria do acesso e da qualidade: ferramenta norteadora para as equipes de saúde da família. 2018.

FAUSTO, M. C. R, MATTA, G. C. "Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas." EPSJV, 2007.

FERNANDES, M.C.P; BACKES, V. M.S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010.

FERNANDES, D. M; MARCOLAN, J. F. Work and depression symptoms in Family Health Strategy nurses. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 13, n. 1, p. 37-44, 2017.

FERRAZ, E. B. S *et al.* A saúde do trabalhador da estratégia saúde da família: revisão na literatura dos fatores de risco. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade da Área de Ciências Biológica da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, p. 52. 2009.

FERREIRA, J. S *et al*. Estresse e estratégias de enfrentamento em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de saúde da família. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 3, p. 818-823, 2017.

FERTONANI, H. P. *et al*. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, E.N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. UNIFESP. UMA-SUS. 2012.

FRAGA, O. S. Agente comunitário de saúde: elo entre a comunidade e a equipe da ESF? [trabalho de conclusão de curso]. Governador Valadares: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2011.

FREITAS, P. H *et al.* Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na Estratégia Saúde da Família. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 25, 2016.

FLUMIAN, R. B; FIORONI, L. N. Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 11, n. 2, p. ág. 179-198, 2017.

GIOVANELLA, L *et al*. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

GLANZNER, C. H *et al*. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, 2017.

GUEDES, H. M *et al.* Resultados alcançados com a estratégia saúde da família após cinco anos de implantação em uma cidade do interior de Minas Gerais. Revista Mineira de Enfermagem, v. 11, n. 4, p. 363-368, 2007.

GUEDES, S. A. G; OLIVEIRA, C. C. C; ALBUQUERQUE, R. L. C. Análise da satisfação dos profissionais de saúde da família com as condições de trabalho. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 1, p. 121-130, 2013.

GUIMARÃES, F. A. L *et al*. Realização profissional, prazer e sofrimento no trabalho e valores: um estudo com profissionais de nível superior. 2005.

GUIMARÃES, A. L. O; FELLI, V. E. A. Notificação de problemas de saúde em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitário. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 3, p. 507-514, 2016.

GOLDBAUM M *et al*. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev. Saúde Pública 2005; 39:90-9.

JARDIM, T. A; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. 28, p. 123-135, 2009.

JÓIA, C. A. O. Desafios no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, p.27. 2011.

KEBIAN, L. V. A; CECCHETTO, F. Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 41, n. 1, 2017.

LACERDA, J.T; MORETTI-PIRES, R.O. Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. 2. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LAURELL, A. C. Para La investigación sobre La salud de los trabajadores. OPA; OMS, 1993.

LAVRAS, C. C.C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2011.

LEONELLI, L.B. Estresse percebido em profissionais da atenção primária à saúde. São Paulo, s.n; 2013. 56 p.

LEONELLI, L.B. *et al.* Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, n. 02, 2017.

LIMA, L *et al*. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 17-24, Mar. 2014 .

LOPES, D. M. Q *et al.* Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 46, p. 633-640, 2012.

LUCENA, Ana Paula Ponce. A atividade de trabalho e a saúde das enfermeiras na estratégia saúde da família- ESF. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

MACIEL, R. H. M. O; SANTOS, J. B. F; RODRIGUES, R. L. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 40, n. 131, 2015.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. Saúde em Debate, v. 42, p. 18-37, 2018.

MARX K. O capital: crítica à economia política. 11ª ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1987.

MARX K. O capital. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 1994.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. Ciência & Saúde Coletiva. v. 25, n. 4, 2020.

MATTOS, G.C.M et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 19, n. 02, 2014.

MATTOS, U e MÁSCULO, F. Higiene segurança do trabalho. Elsevier Brasil, 2011.

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MAEYAMA, M. A *et al*. Política Nacional de Atenção Básica (2017): um golpe político-ideológico do capital. Inova Saúde, v. 9, n. 2, p. 236-260, 2020.

MEDEIROS, P. A *et al*. Condições de saúde entre profissionais da atenção básica em saúde do município de Santa Maria: RS. Rev. bras. ciênc. saúde, p. 115-122, 2016.

MELO, E. A *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em debate, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELLO, I. A. P *et al.* Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. Trabalho, Educação e Saúde.v. 18, n. 2, 2020.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.

MENDES, J. M. R; BELLINI, M. I. B. Textos e contextos. Porto Alegre: Edipucrs, 2004.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto-enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, M. *et al*. Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 54, 2020.

MENDES-GONÇALVES RB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo; 1992.

MENDONÇA, M. H. M. *et al*. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.

MESQUITA, B. R. A. *et al.* Riscos ocupacionais no processo de trabalho do agente comunitário de saúde: revisão integrativa/Occupational risks in the work process of

the community health agent: integrated review. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 18, n. 3, 2019.

MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO, J. M. H; PENA, P. G. Lopes. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.

MOREIRA, D. B. *et al*. Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. 2013.

MOROSINI, M.V.G.C; FONSECA, A.F; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v. 42, p. 11-24, 2018.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Sistema Único de Saúde-SUS. In: GIOVANELLA, Lígia. *et al*. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014. p.365-393.

OBSERVATÓRIO DE ANÁLISE POLÍTICA EM SAÚDE -OAPS. Boletim epidemiológico, ano.03, ed. 13,Set./Out. 2017. Disponível em: < https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/>. Acesso em 14 de ago. 2021.

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados?. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 6, n. 21, p. 239-248, 2011.

OLIVEIRA, J. S. B; SUTO, C. S. S; SILVA, R. S. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. Saúde. com, v. 12, n. 3, p. 613-62, 2016.

OLIVEIRA, J. S; NERY, A.A. Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde. Rev. enferm. UFPE on line, p. 1503-1512, 2019.

OZANAM, M. A. Q. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho dos profissionais de enfermagem/Satisfaction and dissatisfaction in the work of nursing professionals. Brazilian Journal of Development, v. 5, n. 6, p. 6156-6178, 2019.

PAGE, M. J. et al. A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatórios de revisões sistemáticas. British Medical Journal, v. 372, n. 71, p. n71, 2021.

PAIM, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, JS; ALMEIDA-FILHO, N (orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática 1.ed. 2014. Medbook, Rio de Janeiro: 720p.

PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.- mar. 2014, p.15-35.

PAULINO, VCP *et al*. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. 2012.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas,1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007. 247 p.

PEDUZZI M, SCHRAIBER L.B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 199-207.

PEREIRA, D. G. Síndrome de burnout em trabalhadores do programa de saúde da família: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, p. 37. 2011.

PEREIRA, D. M. A. Planos de saúde e a tutela judicial de direitos: teoria e prática. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. 432 p.

PERUZZO, H. E. *et al*. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018.

PINTO, H. A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. Saúde em Redes, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 53, p. 251-63, 2000.

PIRES, D.E.P *et al*. Enfermeiros e médicos na estratégia saúde da família: cargas de trabalho e enfrentamento. Cogitare Enfermagem, v. 25, 2020.

RANGEL, F.B e GODOI, C.K. Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho. Revista Brasileira de Gestão de Negócios. v. 11, n. 33, 2009.

REIS, S e MENESES, S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2020. Disponível em:

<http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basicaimpactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 03 de jan. de 2022.

RIBEIRO, S. F. R. O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do Programa Saúde da Família na organização do trabalho. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista,2006.

RIBEIRO, A; BARATA, R. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L. *et al*. Politicas e Sistema de Saúde no Brasil (2ª ed.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEBES, 2014.

RIBEIRO, KV *et al.* Estressores ocupacionais vivenciados por enfermeiros da estratégia saúde da família. Espaç. saúde (Online), p. [93-103], 2018.

RODRIGUES, K.G.W. Integralidade, Cuidado e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): transformações de um dispositivo para a construção do SUS. 2020.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Saúde do Salvador (SMS SSA). Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão (DEPG). Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021 / Salvador, 2018.

SANTOS, D. N. Riscos de acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no PSF: uma revisão da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, p. 33. 2013.

SANTOS, V. C, SOARES, C. B e CAMPOS, CÉLIA, M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 41. 2007.

SANTOS, V. C. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, p.146. 2007.

SANTOS, L. F. B *et al.* O estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro. 2010.

SANTOS, A M. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 18, n. 1, p. 39-49, 2015.

SANTOS, A. S. *et al*. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 15, n. 2, p. 421-438, 2017.

SANTOS, A. C; HOPPE, A. S e KRUG, S. B. F. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 28, n. 04, 2018.

SANGALETTI, J; CERETTA, L. B; SORATTO, M. T. Ansiedade dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 7, n. 1, p. 234-248, 2018.

SETA, M.H, OCKÉ-REIS, C.O E RAMOS, A.L.P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26,2021.

SHIMIZU, H. E; CARVALHO, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2405-2414, 2012.

SIMAS, P.R.P; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 1865-1876, 2017.

SIMÕES, A.L. Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus. 2014. 104 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

SOLEMAN, C. O trabalho do Fonoaudiólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): compreendendo as práticas a partir da composição dos processos de trabalho. Dissertação (Mestrado em Ciências. Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, p.174. 2012.

SORATTO, J *et al.* Satisfação dos profissionais da Estratégia saúde da família no Brasil: um estudo qualitativo. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 29, 2020.

SOUZA, M. T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.

TENANI, M. N.F *et al.* Satisfação profissional dos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos em hospital público. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 285-297, 2014.

TINOCO, M. M. *et al*. A relação saúde/doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

TOMASI, E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. v. 24, 2008.

TRINDADE, L. L. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador. 2007.

TRINDADE, L.L; LAUTERT, L; BECK, C. L. C. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 5, p. 607-612, 2009.

TRINDADE, L.L. *et al.* Trabalho na estratégia da saúde da família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. Cogitare Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 528-535, 2014.

VAIRÃO JUNIOR, N.S; ALVES, F.J.S. A Emenda Constitucional 95 e seus efeitos. Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ, v. 22, n. 2, p. 54-75, 2018.

VELOSO, R.C; ARAÚJO, M.R.N. Avaliação da resolutividade do programa saúde da família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. Rev. APS 2009; 12:238-43.

VIANA, A. L. D. e POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 15, p. 225-264, 2005.

VIANNA, E.C. Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos. 2013. Tese de Doutorado.

APÊNDICE A

Matriz de Revisão da Literatura

Título do trabalho
Autor - nome dos autores.
Link para acesso
Formato- artigo, TCC, tese etc.
Ano de publicação
Tipo do estudo- empírico ou revisão de literatura.
Categoria profissional investigada - se uma ou mais categorias profissionais.
Tema orientador- utilizado para abordar as repercussões do trabalho na saúde. Por ex: saúde mental, violência
Componentes do proc. de trabalho- como são abordados nas publicações
Repercussões na saúde- se negativas ou positivas
Tipo de repercussões na saúde- se físicas ou mentais
Descrição das repercussões- condições de saúde e/ou sinais e sintomas
Estratégia Saúde da Família- especificidades da ESF, trabalho no território, em equipe etc.
Fatores relacionados às condições de saúde- fatores geradores de satisfação ou sofrimento.
Estratégias de enfrentamento- estratégias empregadas pelos profissionais para enfrentar os fatores geradores de sofrimento.
Aspecto de maior relevância no trabalho- Por ex: condições de saúde, processo de trabalho, estratégias de enfrentamento

APÊNDICE B

Síntese dos estudos selecionados, de acordo com o formato e ano de publicação

Título		Autor	Formato	Ano
1	Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de Saúde da Família	CAMELO, Silvia H. Henriques e ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti.	Artigo Científico	2004
2	O sofrimento psíquico dos trabalhadores de uma equipe do programa saúde da família na organização do trabalho	RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa.	Dissertação	2006
3	A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo	SANTOS, Viviane Camargo; SOARES, Cássia Baldini e CAMPOS, Célia Maria Sivalli.	Artigo Científico	2007
4	A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente - Sapopemba: um estudo de caso	SANTOS, Viviane Camargo.	Dissertação	2007
5	O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador	TRINDADE, Letícia de Lima.	Dissertação	2007
6	Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepção dos profissionais	CAMELO, Silvia Helena Henriques e ANGERAMI, Emília Luigi Saporiti.	Artigo Científico	2007
7	Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família	CAMELO, Silvia H. Henriques e ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti.	Artigo Científico	2008
8	Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da Coordenadoria de Saúde centro-oeste do município de São Paulo	CHEAVEGATTI, Denise.	Dissertação	2008
9	Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil	TOMASI, Elaine et al.	Artigo Científico	2008
10	A atividade de trabalho e a saúde das enfermeiras na estratégia saúde da família-ESF	LUCENA, Ana Paula Ponce	Dissertação	2009

11	Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde	JARDIM, Tatiana de Andrade e LANCMAN, Selma.	Artigo Científico	2009
12	Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil	CEZAR-VAZ, Marta Regina et al.	Artigo Científico	2009
13	Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não esgotados da estratégia de saúde da família	TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana, e BECK, Carmem Lúcia Colomé.	Artigo Científico	2009
14	Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família	LANCMAN, Selma et al.	Artigo Científico	2009
15	Riscos ocupacionais no processo de trabalho do agente comunitário de saúde: revisão integrativa	MESQUITA, Bárbara Rodrigues Alves et al.	Artigo Científico	2010
16	O estresse no trabalho dos agentes comunitários de saúde do município do Rio de Janeiro	SANTOS, Luiz Fernando Boiteux.	Dissertação	2010
17	O impacto do trabalho na saúde mental dos profissionais da estratégia saúde da família	CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al.	Dissertação	2010
18	Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde	VILELA, Rodolfo Andrade de Gouveia; SILVA, Reginalice Cera e JACKSON FILHO, José Marçal.	Artigo Científico	2010
19	Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família	TRINDADE, Letícia de Lima e LAUTERT, Liana.	Artigo Científico	2010
20	Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados?	OLIVEIRA NETO, Francisco Senna.	Artigo Científico	2011
21	Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde: aspectos de sua formação e prática	MAIA, Leandro Dias de Godoy; SILVA, Nicácio Dieger e MENDES, Patrícia Helena Costa	Artigo Científico	2011
22	Agentes Comunitários de Saúde e as vivências de prazer - sofrimento no trabalho: estudo qualitativo	LOPES, Denise Maria Quatrin et al.	Artigo Científico	2012
23	O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença	SHIMIZU, Helena Eri e CARVALHO JUNIOR, Daniel Alvão.	Artigo Científico	2012

24	Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho	CAMELO, Silvia Helena Henriques et al.	Artigo Científico	2012
25	Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil	BARBOSA, Gabriella Bené et al.	Artigo Científico	2012
26	A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem	DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; AVELHANEDA, Joice Carvalho e PARCIANELLO, Rodrigo Ritter.	Artigo Científico	2013
27	Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	MOREIRA, Déborah Barros .	TCC de especialização	2013
28	Entre poucas prescrições e subversões: o jeitinho de fazer saúde do agente comunitário de Manguinhos	VIANNA, Eliane Chaves	Tese	2013
29	Estresse percebido em profissionais da Atenção Primária à Saúde	LEONELLI, Luiz Bernardo.	Dissertação	2013
30	O processo de adoecimento mental do trabalhador da estratégia saúde da família	CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al.	Artigo Científico	2013
31	Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba	SILVA, Cleyton Cézar Souto et al.	Artigo Científico	2013
32	Relação entre distúrbio de voz e trabalho em um grupo de Agentes Comunitarios de Saude	CIPRIANO, Fabiana Gonçalves et al.	Artigo Científico	2013
33	Síndrome de Burnout entre profissionais da Estratégia Saúde da Família	DEOTTI, Ana Lúcia Costa.	TCC de especialização	2013
34	Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana	KATSURAYAMA, Marilise et al.	Artigo Científico	2013
35	Violência relacionada ao trabalho das equipes de saúde da família	OLIVEIRA, Lorena Peres; CAMARGO, Fernanda Carolina e IWAMOTO, Helena Hemiko.	Artigo Científico	2013
36	Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica	LIMA, Letícia et al.	Artigo Científico	2014
37	Trabalho na estratégia da saúde da família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais	LIMA TRINDADE, Letícia et al.	Artigo Científico	2014

38	Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus	SIMÕES, Arlete Lima et al.	Tese	2014
39	A relação saúde / doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura	TINOCO, Mariana Machado	Dissertação	2015
40	Assédio moral: estudo com enfermeiros da estratégia saúde da família	SILVA, Alana Franco et al.	Artigo Científico	2015
41	Acidentes de trabalho com agentes comunitários de saúde	ALMEIDA, Mirian Cristina dos Santos; BAPTISTA, Patricia Campos Pavan e SILVA, Arlete.	Artigo Científico	2016
42	Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na estratégia saúde da família	FREITAS, Paula Hübner et al.	Artigo Científico	2016
43	Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde	ALMEIDA, Larissa Amorim et al.	Artigo Científico	2016
44	Síndrome de Burnout em trabalhadores do Programa de Saúde da Família: uma revisão de literatura	PEREIRA, Daniela Gomes	TCC de especialização	2016
45	Avaliação do trabalho na Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro: uma abordagem em saúde do trabalhador	CASTRO, Mariana Monteiro e OLIVEIRA, Simone Santos	Artigo Científico	2017
46	Intervenção em saúde nos profissionais da estratégia saúde da família do município de Camocim de São Félix: um olhar sobre a prevenção da síndrome de Burnout	BARRETO, Elaine Cristina Pedrosa	TCC de especialização	2017
47	Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família	LEONELLI, Luiz Bernardo et al.	Artigo Científico	2017
48	O trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma análise psicológica da saúde do trabalhador	SOTERO, Andréa Luiza Escarabelo.	Dissertação	2017
49	Violência urbana, saúde e "sentimento": percepção dos profissionais da estratégia saúde da família	KEBIAN, Luciana Valadão Alves e CECCHETTO, Fátima	Artigo Científico	2017
50	Trabalho e sintomatologia depressiva em enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família	FERNANDES, Daniella Marques e MARCOLAN, João Fernando	Artigo Científico	2017

51	Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador	SANTOS, Amanda Corrêa dos; HOPPE, Ariane dos Santos e KRUG, Suzane Beatriz Frantz.	Artigo Científico	2018
52	Aproximações às vicissitudes e superações do trabalho do Agente Comunitário de Saúde	FLUMIAN, Raqueli Braga e FIORONI, Luciana Nogueira	Artigo Científico	2018
53	Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho	GLANZNER, Cecília Helena et al.	Artigo Científico	2018
54	Estressores ocupacionais vivenciados por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família	RIBEIRO, Karina Viana et al.	Artigo Científico	2018
55	Síndrome de Burnout em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados	MORAIS, Ariadna Janice Drumond et al.	Artigo Científico	2018
56	Trabalhando no território: violência relacionada ao trabalho da equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família	LEITE, Caroline do Nascimento.	Dissertação	2018
57	Cargas de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: Pesquisa e Assistência na Perspectiva Convergente-Assistencial	LOPES, Denise Maria Quatrin et al.	Artigo Científico	2019
58	Quem somos nós? A identidade não tão secreta dos agentes comunitários de saúde	SOUZA, Tiago Pereira e OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros	Artigo Científico	2019
59	Condições de trabalho e saúde de agentes comunitários de saúde	OLIVEIRA, Juliana da Silva e NERY, Adriana Alves.	Artigo Científico	2019
60	Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil	MELLO, Ilma Amaral Piemonte de et al.	Artigo Científico	2020
61	O conflito armado e os impactos na saúde dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro	SANTOS, Raphael Sampaio et al.	Artigo Científico	2020
62	Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem	MENDES, Mariana et al.	Artigo Científico	2020

63	Enfermeiros e médicos na estratégia saúde da família: cargas de trabalho e enfrentamento	PIRES, Denise Elvira Pires et al.	Artigo Científico	2020
64	Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro da Saúde da Família e estratégias de gerenciamento	CELESTINO, Lázaro Clarindo et al.	Artigo Científico	2020
65	Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura.	FARIA, Magda Guimarães de Araújo et al.	Artigo Científico	2020
66	Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família	TOMAZ, Henrique Cisne et al.	Artigo Científico	2020