



O processo de trabalho como determinante no processo saúde-doença

Sílvia Franco da Rocha Tonhom

siltonhom@gmail.com

Graziela Marques

grazielamqm@hotmail.com

Bruna Brueno da Silva

brunecab@hotmail.com

Cármemo Giansante R. Filho

karmenum@hotmail.com

Christiane Salvador Ruy

chris_ruy@hotmail.com

Erika Sana Moraes

erikamoraes@famema.br

Faculdade de Medicina de Marília - Famema

Resumo

Citado nos relatos de profissionais de saúde e usuários do PSF, o trabalho mostra-se determinante no processo saúde-doença. São vários os fatores elucidados na literatura que influenciam o contexto do trabalho, seja ele saudável ou prejudicial. Nossa revisão tenta associar os estudos já realizados com as diversas opiniões relatadas pelos entrevistados. Os sujeitos do estudo foram selecionados de forma aleatória, sendo pessoas que fazem parte da equipe das USFs, quatro usuários de cada USF, sendo dois do sexo feminino e dois do masculino, adultos maiores de 20 anos, incluindo idosos e estudantes da 4ª série de medicina e enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas compostas de duas partes, englobando dados de identificação e questões norteadoras baseadas no objeto desse estudo. A análise foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. Concluiu-se que a adequação de recursos humanos e estruturais não depende apenas da organização interna do processo de trabalho da unidade de saúde, mas também de um campo mais amplo,



compreendendo as políticas públicas de saúde nas três esferas do governo.

Palavras-chave: Trabalho; Programa de saúde da família; Processo saúde-doença; Políticas publicas de saúde; Avaliação em saúde.

Abstract

Quoted in reports of health professionals and users of FHP, working is determinant in the health-illness. Several effects that influence the context of work, be it healthy or harmful, were elucidated in literature. Our review attempts to link the studies already carried out with different opinions reported by respondents. The study subjects were selected randomly, including people who are part of the team of family health unit (FHU), four users for each FUH, two female and two male adults over 20 years, including the elderly and students in the 4th grade of medicine and nursing. Data collected was conducted through semi-structured interview in two parts, comprising identification data and guiding questions based on the object of this study. The analysis was performed analyzing thematic content. It was concluded that the adequacy of human and structures resources depends not only on the internal organization of the work process of the clinic, but also on a broader field, including health policy in the three spheres of government.

Keywords: Work; Family Health Program; Health-illness process; Health Policy; Health evaluation.

Resumen

Citado en relatos de profesionales de salud y usuarios del PSF, el trabajo se muestra determinante en el proceso salud-enfermedad. Son varios los factores elucidados en la literatura que influyen al contexto del trabajo, lo sea saludable o perjudicial. Nuestra revisión intenta asociar los estudios ya realizados con las diversas opiniones relatadas por los entrevistados. Los sujetos del estudio fueron seleccionados de forma aleatoria, siendo personas que hacen parte del equipo de las USFs, cuatro usuarios de cada USF, siendo dos del sexo femenino y dos del masculino, adultos mayores de 20 años, incluyendo ancianos y estudiantes del 4º año de medicina y enfermería. La colecta de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestructuradas compuestas de dos partes, englobando datos de identificación y cuestiones norteadoras basadas en el objeto de ese estudio. El análisis fue realizado por la técnica de análisis de contenido, modalidad temática.



Se concluyó que la adecuación de recursos humanos y estructurales no depende sólo de la organización interna del proceso de trabajo de la unidad de salud, sino de un campo más amplio también, comprendiendo las políticas públicas de salud en las tres esferas del gobierno.

Palabras-clave: Trabajo; Programa de salud de la familia; Proceso salud-enfermedad; Políticas públicas de salud; Evaluación en salud.

Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) é destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da Saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências dirigidos aos estudantes da área (Brasil, 2009).

O PET-SAÚDE é direcionado às Instituições de Educação Superior (IES), abrangendo 14 cursos de graduação da área da Saúde, e às Secretarias Municipais de Saúde. Em janeiro de 2009, foram selecionados 84 projetos, de 67 IES e 71 Secretarias de Saúde, envolvendo 306 grupos PET-Saúde. Cada grupo PET-Saúde é formado por um tutor acadêmico, 30 estudantes e seis preceptores, o que representa 5.814 bolsas/mês, além da participação de 5.508 estudantes não bolsistas, totalizando 11.322 participantes/mês (Brasil, 2009).

Os resultados esperados são fomento à integração ensino-serviço-comunidade; qualificação/fortalecimento da Atenção Básica em Saúde; desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde; constituição de Núcleos de Excelência em Pesquisa Aplicada à Atenção Básica; estímulo para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país; publicações e participação dos professores tutores, preceptores e estudantes em eventos acadêmicos; e desenvolvimento de novas práticas de atenção e experiências pedagógicas, contribuindo para a reorientação da formação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde (Brasil, 2009)..



O SUS - Sistema Único de Saúde - baseia-se em princípios éticos de universalidade, integralidade e equidade, e pelos princípios organizacionais de descentralização, hierarquização e participação social. Houve uma necessidade de mudanças nas práticas de atendimento e, com isso, outros programas foram criados, dentre eles o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, considerado o primeiro embrião dessa nova modalidade de prestação de assistência à saúde da população, e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, como uma das principais estratégias na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais.

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) como forma de atenção à saúde iniciou-se na cidade de Marília a partir de 1998, com a implantação de quatro unidades, que devido à expansão gradativa, hoje são cenário para residência multiprofissional e inserção de alunos de medicina e enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA - que cursam a Unidade de Prática Profissional (UPP). Para o desenvolvimento de tal proposta, o programa conta com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMS), com a qual compartilha não só a estrutura, mas o processo de trabalho por meio da participação dos profissionais do serviço na construção e desenvolvimento curricular, e no acompanhamento dos estudantes, que também participam do processo de trabalho das unidades de saúde de forma a favorecer as discussões e reflexões para a construção de um novo modelo de atenção.

Os estudantes são estimulados a ter contato com as pessoas, famílias e organizações/equipamentos sociais, de uma determinada área do município, com a intenção de compreender as necessidades de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. Essas necessidades não dizem respeito apenas às queixas de sintomas referidos pelo indivíduo, considerando que nessa perspectiva a "escuta" será ampliada e as necessidades de saúde se constituirão no centro das intervenções e práticas de saúde ao longo de todo o curso (Famema, 2008).

Na Constituição Federal Brasileira, que institucionalizou o SUS, inscreveram-se determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, reconhecendo, portanto, que saúde não se aprimora somente com a atenção à doença. Com base nessa definição, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem nos determinantes, e não só na doença, que já é o resultado do desgaste expresso no corpo biopsíquico individual. Pode-se então afirmar que a concepção de saúde-doença expressa no SUS sanciona necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas (Campos, et al, 2007).



Portanto, por meio dessa pesquisa, será possível a apreensão do conhecimento dos vários atores envolvidos no processo a respeito do qual o conceito de necessidades de saúde não só possibilitará implementar novas estratégias para o processo de formação acadêmica, como também contribuirá para as reflexões do processo de trabalho sob a ótica de quem “supostamente” produz e de quem consome as ações de saúde.

No projeto Necessidades de Saúde: um conceito com diferentes entendimentos, mas fundamental para o cuidado integral na estratégia saúde da família, após a realização de pesquisa de campo e análise de dados, foram elaboradas sete temáticas, dentre elas o Processo de Trabalho como determinante no Processo Saúde-Doença.

Com o desenvolvimento dessa temática, notamos que no processo de trabalho ocorre um encontro entre profissionais e usuários, que muitas vezes vem repleto de necessidades que envolvem inúmeras dimensões da vida, e torna-se permeado dos saberes de saúde, práticas assistenciais, dor e sofrimento que afetam estes indivíduos. Diante de tal complexidade, esse processo requer a utilização de tecnologias que influenciam na prestação de um cuidado, o que se torna determinante o processo saúde-doença.

Objetivos

Identificar qual o conceito de necessidades de saúde que é concebido por estudantes, profissionais de saúde e usuários; analisar se o conceito de necessidades de saúde apreendido por esses sujeitos está em sintonia com o ideário do SUS; e contribuir com a reflexão da prática profissional.

Método

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa exploratória, escolhida por trabalhar com o universo dos significados, dos motivos e aspirações, das crenças, valores e atitudes (Minayo, 1998) e por favorecer os sujeitos ao expressarem suas opiniões e sentimentos vivenciados.

O cenário definido para o desenvolvimento da pesquisa serão as Unidades de Saúde da Família (USFs) que têm inserção de estudantes da 4ª série dos Cursos de Enfermagem e Medicina da FAMEMA, localizadas nas regiões norte, sul, leste e oeste do município de Marília, e considerando a diversidade sócio-econômica das famílias adscritas.



Enquanto sujeitos do estudo, foram selecionadas, de forma aleatória, pessoas que fazem parte da equipe das USFs, contemplando um auxiliar de enfermagem, um agente comunitário de saúde e três profissionais de nível superior (médico, enfermeiro e dentista); quatro usuários de cada USF, sendo dois do sexo feminino e dois do masculino, adultos maiores de 20 anos, incluindo idosos. Também serão selecionados um estudante da 4ª série de medicina e um de enfermagem que desenvolvem suas práticas nesse cenário, considerando que os mesmos tiveram oportunidade de várias aproximações com o conceito de necessidades de saúde, pois já desenvolveram atividades nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. Pensando no sigilo das informações coletadas, caracterizamos os entrevistados da seguinte forma: A - usuário, B - auxiliar de enfermagem, C - agente comunitário de saúde, D - médico, E - dentista, F - enfermeiro, G - estudante da 4ª série de enfermagem, H - estudante da 4ª série de medicina.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas compostas de duas partes. A primeira englobou dados de identificação e a segunda, questões norteadoras baseadas no objeto desse estudo. As entrevistas foram gravadas após permissão dos sujeitos e transcritas para serem melhores exploradas.

A análise dos dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (Gomes, 2007). Após essa etapa, identificamos sete temáticas: Saúde e doença: contradições de um conceito; As interferências das políticas públicas no atendimento da unidade de saúde; A reorganização dos serviços de saúde e das práticas profissionais como determinantes para ampliar a atenção às necessidades de saúde; A construção de espaços participativos para a produção da corresponsabilidade e participação social; Necessidades de saúde: aproximações na perspectiva dos sujeitos envolvidos; As ações dos serviços de saúde voltadas para o âmbito individual e pouco coletivo; O processo de trabalho como determinante no processo saúde-doença.

É importante ressaltar que, em cumprimento da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob nº 167/09, e do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde. Com base nessa resolução, todos os sujeitos da pesquisa foram envolvidos após concordarem com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Resultados

“O homem, mediante o trabalho, transforma o mundo ao mesmo tempo em que transforma a si mesmo, humanizando-se”. Essa é a concepção de Hegel (1985) da importância do processo de trabalho para a dignificação do ser humano, bem como expressou Marx (1983), em que o trabalho se apresentava como condição básica para a libertação humana e como atividade fundamentalmente responsável pela hominização (Jacques, 2007).

A saúde é entendida por alguns profissionais entrevistados como uma conquista, um objetivo a ser alcançado, intimamente relacionada com o processo de trabalho. Esse se apresenta como o centro de nosso meio, tanto pela dedicação de grande parte de nosso dia a ele, como por sua influência primordial em nossas condições de vida, envolvendo relações entre indivíduos e com o meio onde se trabalha (Silva, 2008).

Neste processo ocorre um encontro entre trabalhador e usuário que, muitas vezes, vem repleto de necessidades que envolvem inúmeras dimensões da vida, e torna-se permeado dos saberes de saúde, práticas assistenciais, dor e sofrimento que afetam os sujeitos (usuários e trabalhadores da saúde). Diante de tal complexidade, o fator processo de trabalho requer a utilização das tecnologias de trabalho que influenciam na prestação de um cuidado, o que acaba influenciando na determinação da sua saúde (Brasil, 2005).

“...Se você não tiver, é... uma equipe estabilizada, pé no chão, firme, você não vai dar conta...”C2

“Vou falar a verdade. Ela deixa a desejar, bastante. Porque muitas vezes você vê bastante coisa errada. Têm muitos privilégios para uns e poucos para outros”. A20

“Bem, têm muitas maneiras do posto de saúde melhorar, vai também dos funcionários que trabalham, se os funcionários tratar os pacientes bem pra ir lá, tudo bem, mais... tem aí, vou ser sincero, aí eles me tratam bem, mais tem gente que vai lá e não são bem tratados”. A7

Na perspectiva de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, e com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre estes aspectos - de forma a eliminá-los ou controlá-los - identifica-se a importância da vigilância em saúde do trabalhador (VST), um processo contínuo em que vários atores, inclusive a sociedade, executam o seu protagonismo cotidianamente em níveis distintos de



ação e com integrações organizadas por processos de promoção da saúde ou de reprodução do capital, em contextos perceptíveis e imperceptíveis se tocando continuamente (Azambuja et al, 2005).

Identificamos que a lógica da organização e divisão do trabalho em saúde situa-se nos dois modelos de assistência: o médico-curativo e o de promoção da saúde. Embora o PSF tenha surgido como estratégia de mudança do antigo modelo, com foco meramente curativo, esta herança ainda persiste no processo de trabalho e na percepção popular, o que leva a uma série de problemas para ambas as partes.

"Quando eu estou doente (risos)... Ah quando eu to muito ruim, porque, assim... quando tá com uma gripe ruim, alguma coisa a gente deixa, mas quando tem uma febre alta que não passa, uma tosse super... aí sim .. ou alguma coisa estranha ... mas de resto (balança a cabeça dizendo não)..." H8

"No meu caso, eu procuro quando preciso fazer algum exame, só quando precisa, não precisa procurar o médico quando não tem nada." A25

Observamos nas falas dos profissionais de saúde entrevistados, que ter um trabalho é importante para se ter saúde. De um modo similar, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também pontuaram a forma positiva que seu trabalho pode influenciar na obtenção de saúde. No entanto, a organização desse processo de trabalho é um fator importante, capaz de influenciar no processo saúde-doença, tanto usuário como trabalhador. Os profissionais de saúde relatam a importância do diálogo, da comunicação e do trabalho em equipe, como algo essencial para uma dinâmica de trabalho em saúde saudável, o que contribui para o bem estar mental e organizacional do trabalho.

"Ter um trabalho que eu também acho que é bastante importante, sem trabalho fica meio sem rumo e acaba adoecendo também ?" C5

"Ter um trabalho feito em equipe para dar mais qualidade de atendimento, poder ver o paciente como um todo, no seu contexto." E2

"Ter um trabalho em equipe com diálogo e comunicação". C6

Tais limitações e/ou ausências, com base nas relações de cooperação em equipe, assim como a falta de responsabilidade coletiva do trabalho e o baixo grau de interação entre as categorias profissionais, bem como a gestão que deveria ser compartilhada pelo trio gestor composto pelo médico, enfermeira e dentista, ficam restritas e, às vezes, limitadas. Estas situações os desmotivam e acabam gerando



preocupações e estresse. Apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro, o que leva a uma série de desarranjos, podendo atuar de forma conjunta no desencadeamento de transtornos emocionais e mentais (Silva, 2005).

O *desgaste* psíquico é associado à imagem de “mente consumida”, reunindo três abrangências: a primeira, compreendendo quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente, seja em acidentes do trabalho, seja pela ação de produtos tóxicos; a segunda, compreendendo as variações do “mal-estar”, das quais faz parte a fadiga, tanto mental e física; a terceira, que identifica o desgaste que afetam a identidade do trabalhador, ao atingir valores e crenças que podem ferir a sua dignidade e esperança (Fernandes et al, 2006).

O fator estresse é expresso por vários profissionais que o relacionam com o trabalho e uma relação entre ambos, ou seja, apresenta o estresse como um desequilíbrio entre as demandas do trabalho, que acabam sendo excessivas, e a capacidade de resposta dos trabalhadores nas responsabilidades assumidas por eles, em que vários aspectos se inter-relacionam, como a questão salarial, que é desigual entre as diversas categorias.

Quase a totalidade dos agentes comunitários declara não ser saudável, devido ao excesso de trabalho, gerador de estresse e insatisfação profissional, principalmente na baixa qualidade e na grande quantidade das visitas domiciliares (Furlan, 2010). Tal insatisfação apresenta causas com aspectos bem delimitados, como dificuldade para a transformação do cenário em problema, compreendendo sua complexidade, na essência, já que o próprio ACS está inserido neste meio, vivendo no contexto em que trabalha.

“Eu acho que o excesso de trabalho contribui para uma péssima saúde.” C4

“O que afeta minha saúde é o psicológico com o estresse no meu trabalho”. F2

“A Sobrecarga de trabalho desencadeia estresse, gerando dificuldades de enfrentar situações, o que pode causar doenças psicossomáticas.” F5

“Trabalho sob estresse, obrigações, cobrança desproporcional ao que se ganha.” D6

A questão salarial definida para o PSF deve ser única, garantindo que os profissionais de saúde trabalhem com satisfação e com salários dignos; que dentro dos Planos de Cargos e Salários seja adotado o TIDE (incentivo à dedicação exclusiva); que se garanta a isonomia salarial entre os trabalhadores de saúde das três esferas



de governo e se assegure salários iguais para funcionários que desempenhem as mesmas atividades e trabalhem para os mesmos programas, tomando-se como referência, para tanto, o maior valor de salário já estabelecido; que seja de responsabilidade do SUS a aprovação de novos cargos na área de saúde, cumprindo a Constituição Federal (Brasil, 2000).

Grande parte dos profissionais queixa-se da má remuneração, das condições do trabalho, de seus processos e dificuldade de reciclagem na profissão, desestimulando-os. Em estudo sobre o mercado de trabalho no Estado de São Paulo, foi observado que a maior parte dos médicos aliava trabalho assalariado e prática autônoma em consultórios e organizações hospitalares, em jornada que chegava a acumular três ou mais atividades. No setor público, predominava a contratação de médicos de forma assalariada e, no setor privado, por prestação de serviços por meio de cooperativas ou empresas médicas, levando a um excesso de trabalho que culmina em sofrimento patológico Nascimento – Sobrinho et al, 2006).

As categorias dos agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e enfermeiras, mostram-se incomodadas e até mesmo preocupadas com o número insuficiente de ACS e o excesso de famílias por equipe de saúde, sendo que um ACS deveria ser responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas, e cada equipe se responsabilizaria pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, do sistema preconizado ao Programa pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002).

“O numero de ACS é pouco para o numero de habitantes da área, o que dificulta o trabalho preventivo, sendo realizado mais o curativo.” F1

“O quadro de funcionários deve ser adequado, falta ACSs, o agente ter senso crítico para identificar as necessidades dos outros, pois isso compromete andamento e qualidade do serviço.” F5

Defende-se a idéia de que “é preciso pensar e propor formas de organização do trabalho que tenham um impacto na qualidade da assistência e, ao mesmo tempo, considerem a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador da riqueza da diversidade de formação dos profissionais da saúde. Um trabalho que possibilite a satisfação pessoal e a integração do potencial humano do trabalhador, com vistas a superar a realidade majoritária do locus do trabalho com deformidade” (Ribeiro, 2004).



Trabalhar na lógica da vigilância à saúde pressupõe o cuidado na perspectiva da integralidade, buscando melhoria na qualidade de vida dos usuários, sem perder de vista os profissionais, resgatando que essa pessoa supostamente cuidadora também é sujeito de necessidades.

Considerações finais

As práticas de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, preconizadas pelas diretrizes do PSF, são caracterizadas pelo trabalho das equipes no modelo de vigilância e promoção à saúde. No entanto, é observado que ações curativas ainda persistem nas práticas assistenciais. Além disso, o trabalho em equipe encontra-se fragilizado, haja vista a limitação no diálogo e na comunicação entre as diversas categorias. Dessa forma, o processo de gestão que deveria ser compartilhado, fica comprometido.

A adequação de recursos humanos e estruturais não depende apenas da organização interna do processo de trabalho da unidade de saúde, mas também de um campo mais amplo, compreendendo as políticas públicas de saúde, as quais envolvem as três esferas de governo. Determinam-se assim, influências diretas no processo saúde-doença, tanto dos trabalhadores, como dos usuários.

Nota-se a necessidade de rever as práticas assistenciais, de maneira a reorganizar e reestruturar o processo de trabalho, alicerçado em condições sócio-políticas, materiais e humanas que viabilize um trabalho de qualidade para quem o exerce e para quem recebe a assistência, com o propósito de minimizar os fatores determinantes e condicionantes no processo saúde-doença.

Identifica-se a necessidade desta reorganização e valorização do processo de trabalho para que ocorra neste encontro entre trabalhador e usuário, a construção e fortalecimento do vínculo favorecendo a oferta de uma atenção integral e humanizada para a produção do cuidado, reduzindo assim o impacto que tal desarranjo possa causar no processo saúde-doença dos sujeitos.



Referências

- Azambuja, E.P., Kerber, N.P.C. & Kirchhof, A.L. (2007). A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*; 41(3):355-62
- Brasil. Ministério da Saúde. (2000). 11º Conferência Nacional de Saúde. O Brasil falando como quer ser tratado. Retirado de http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1444_M.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Guia Prático do PSF. A saúde bucal faz parte da saúde da família?* Retirado de: dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf2.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Programa de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-SAÚDE. Retirado de <http://www.prosaude.org/noticias/prosaude-maio2009/resumoPET-SAUDE-29-04-09.pdf>
- Campos, C.M.S. & Bataiero, M.O. (2007). Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comun Saúde Educ*, 11(23): 605-618.
- Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. (2008). Necessidades de Saúde 1-1ª Série: Cursos de Medicina e Enfermagem. Marília: Faculdade de Medicina de Marília.
- [Fernandes, J.D.](#), Melo, C.M.M., Gusmão M.C.C.M., Fernandes, J. & Guimarães, A. (2006). Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Rev. Latinoam Enferm* Retirado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a24.pdf
- Furlan, P.G. (2010). Intervenção “PAIDÉIA” com agentes comunitários de saúde: Estratégia de Educação Permanente e Apoio Institucional no Contexto das Políticas Públicas. Retirado de www.fcm.unicamp.br/laboratorios/saude_mental/artigos/.../intervencao.pdf
- Gomes, R. (2007). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M.C.S., org. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25ª edição. Petrópolis: Vozes; 79-108.
- Jacques, M.G. (2007). O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma



demanda para a psicologia. Psicol Soc; 19 (spe): 112-9.

Minayo, M.C.S. (1998). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (5ª edição). São Paulo: Hucitec.

Nascimento Sobrinho, C.L., Carvalho, F.M., Bonfim, T.A.S., Cirino, C.A.S. & Ferreira, I.S. (2006). Condições de trabalho e saúde dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública; 22(1): 131-40.

Ribeiro, E.M., Pires, D. & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. Cad Saúde Pública; 20(2): 438-46.

Silva, A.C.B. (2008). O programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre processos de trabalho, saúde e subjetivação. Rev Bras Saúde Ocup Retirado de www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20117%20%20Programa%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf

Silva, I.Z.Q.J. (2005). O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface Comun Saúde Educ ; 9(16): 25-38.