

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ**

**EMÍLIA PEREIRA**

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO TRABALHO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) EM ZONA RURAL**

**Pouso Alegre - MG**

**2024**

**EMÍLIA PEREIRA**

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO TRABALHO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) EM ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Sapucaí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia, orientado pelo Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva.

**Pouso Alegre - MG**

**2024**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca

Pereira, Emília.

Desafios e perspectivas no trabalho em Estratégia de saúde da família (ESF) em zona rural / Emília Pereira – Pouso Alegre: Univás, 2024.

30f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade do Vale do Sapucaí, 2024.

Orientador: Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva.

1. Humanização. 2. Zonas rurais. 3. Saúde da família. I. Título.

CDD – 174.2

Bibliotecária responsável: Michelle Ferreira Corrêa

CRB 6-3538

**EMÍLIA PEREIRA**

**DESAFIOS E PERSPECTIVAS NO TRABALHO EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) EM ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Sapucaí, como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Psicologia, orientado pelo Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva.

Banca Examinadora:

---

Orientador: Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva

Universidade do Vale do Sapucaí



---

Examinador(a): Prof. Me. Eveline Raquel de Oliveira Moura

Universidade do Vale do Sapucaí

---

Examinador(a): Dr. Fábio Rezeck

Universidade do Vale do Sapucaí

Aprovada em 06 de novembro de 2024

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar, fortalecer e iluminar o caminho durante esta jornada.

Quero expressar minha gratidão ao meu orientador, Prof. Me. Lucas Navaroli Ribeiro Silva, por não medir esforços em me auxiliar e direcionar, tornando possível a realização deste trabalho. Sua orientação foi fundamental para o meu desenvolvimento.

Aos meus pais, João Viane e Maria José, agradeço a paciência, apoio incondicional e por sempre acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Vocês são a minha maior inspiração.

Ao meu irmão, João Henrique, agradeço a parceria, por me incentivar e por estar ao meu lado em todos os momentos.

Grata ao meu namorado Douglas Moreira Machado que esteve ao meu lado demonstrando amor e carinho que me impulsionaram e fizeram toda a diferença.

Aos meus amigos, Fernanda, Luís Eduardo, João Pedro, Raíssa e Thales, agradeço a compreensão, apoio e companheirismo, que tornaram essa caminhada mais leve e cheia de boas memórias.

Por fim, agradeço a todos aqueles que fizeram e fazem parte da minha trajetória. Vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

## **RESUMO**

A presente pesquisa busca analisar a presença de angústias e sofrimentos psíquicos em profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família em zonas rurais, considerando as dificuldades e particularidades desses ambientes. O estudo será fundamentado na teoria psicanalítica, com base em teóricos como Freud e Christophe Dejours. Além disso, utilizará revisões bibliográficas em periódicos, livros e artigos que tratam da história do SUS e seus desdobramentos, considerando as angústias mencionadas nesses materiais.

**Palavras-chave:** Humanização; Zonas Rurais; Saúde da Família.

## ***ABSTRACT***

This research seeks to analyze the presence of anguish and psychological suffering in professionals who work in the Family Health Strategy in rural areas, taking into account the difficulties and particularities present in these environments. The research will be based on psychoanalytic theory, using theorists such as Freud and Christophe Dejours. Furthermore, it will make use of bibliographic reviews in periodicals, books and articles that discuss the history of the SUS and its developments. Anxieties will also be considered through these files.

***Keywords:*** Humanization; Rural Areas; Family Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SEMSATs	Semanas de Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>8</b>
<b>2. Da reforma sanitária ao caminho para a criação do SUS.....</b>	<b>10</b>
<b>3. A saúde da família .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Humanização no trabalho em saúde e suas particularidades no meio rural .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Presença de angústias e sofrimentos psíquicos advindas da experiencia de trabalho ..</b>	<b>19</b>
<b>6. Considerações finais .....</b>	<b>22</b>
<b>Referências .....</b>	<b>24</b>

## 1. Introdução

O interesse em estudar o tema aqui proposto possui raízes nas vivências da pesquisadora no ambiente rural, onde passou a maior parte de sua vida. Pretende-se construir articulações entre essas experiências e os conteúdos estudados durante a jornada acadêmica de graduação em Psicologia, iniciada em 2020..

Com base nessa perspectiva, é indispensável correlacionar o tema com o Sistema Único de Saúde (SUS) e as mudanças sociais e políticas associadas à sua criação, que ocorreu por meio de mecanismos constituintes de um espaço democrático, com o apoio dos precursores da reforma sanitária. Dessa forma, o SUS adotou princípios que priorizam a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (Scherer; Marino; Ramos, 2005).

Com o objetivo de fortalecer a atenção básica de saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi assumida como prioritária em 1998, resultado de uma trajetória de tentativas de superação do modelo biomédico (Marino; Ramos; Scherer, 2005). A humanização do trabalho no ambiente de saúde é necessária para que se reflita verdadeiramente nas práticas e diretrizes do SUS, além de proporcionar uma atuação mais empática com os pacientes, contribuindo para suas superações e fortalecimentos (Sampaio, 2012).

O debate em torno da humanização em saúde passa pelos conceitos de trabalho, uma vez que este é o suprimento das necessidades humanas e não apenas um meio de aumentar rendimentos e lucros (Sampaio, 2012). Além disso, para uma atuação eficaz da equipe de ESF, é necessária a participação pluridimensional da comunidade, considerando características ambientais, econômicas, recursos disponíveis, educação, cultura e cuidados de saúde, respeitando as singularidades das populações indígenas, minorias e comunidades rurais (Cavalcante *et al.*, 2018).

Considerando que as comunidades rurais são notadamente afetadas pelo distanciamento e pelas particularidades de seu estilo de vida, torna-se necessário que as práticas de cuidado oferecidas pelas equipes de ESF sejam contextualizadas de acordo com os valores, culturas, crenças e hábitos próprios das populações desses territórios. Ademais, em comparação com a população urbana, as populações rurais apresentam diferenças significativas no acesso a itens básicos (Cavalcante *et al.*, 2018).

Os profissionais que atuam nas ESF enfrentam diversos desafios e precisam se aproximar das bases epidemiológicas, sociais e demográficas para uma atuação eficaz no

ambiente rural (Cavalcante *et al.*, 2018). O trabalho, além de ser um meio concreto de sustento familiar e quitação de dívidas, também oferece sentido e reconhecimento à vida das pessoas (Araújo; Sachuk, 2007).

De acordo com Dejours (2007), o trabalhador que enfrenta dificuldades em seu ambiente de trabalho e não recebe o reconhecimento esperado pela expressão de sua subjetividade tende a desenvolver mecanismos defensivos. Logo, a partir dessa perspectiva, é possível afirmar que quando o trabalho é valorizado, os esforços, angústias, dúvidas, decepções e desânimos vivenciados também ganham sentido (Leão; Pignatti; Pistório, 2021).

Segundo Freud (2012), a angústia é uma maneira de liberar a tensão sexual acumulada. No entanto, é possível estabelecer uma relação com novas experiências traumáticas, identificando a noção de angústia automática, o que leva à conclusão de que, nesses momentos, o Eu não é capaz de lidar com experiências intensas (Pisseta, 2008). Ao tentar conceituar a angústia fora das representações simbólicas, Freud a descreve como uma sensação de acúmulo de outro estímulo endógeno, que não pode ser psiquicamente elaborado, exceto pela própria respiração (Freud, 2012).

Acredita-se que a angústia pode estar continuamente presente nos profissionais de saúde que atuam nas unidades de Estratégia de Saúde da Família em zonas rurais, resultante tanto de questões internas (endógenas) quanto de fatores externos que impactam nesse afeto. Um exemplo disso são as demandas que chegam até esses profissionais, muitas vezes na forma de angústia e sofrimentos aparentes, contribuindo para a crescente solidificação desse sentimento.

Além disso, pode-se sugerir que a falta de reconhecimento, a sobrecarga de trabalho, o mau relacionamento entre a equipe, a má organização do trabalho e o cansaço físico e mental podem agravar essa realidade desconfortável. Assim, essas circunstâncias podem ser associadas ao conceito de angústia realística, que surge em paralelo às situações mencionadas, como possíveis desencadeadoras desse afeto.

Freud (1917/1980) supõe a existência de dois tipos de angústia: angústia neurótica e angústia realística. A primeira continua a tese de que a angústia é resultado da transformação da libido sob recalque. A segunda é considerada a reação original diante de perigos externos. Não obstante, seja na angústia neurótica, seja na angústia realística, Freud constata sempre a expectativa de um perigo (seja ele interno, no caso da angústia neurótica, seja externo, no caso da angústia realística) (Lourenço, 2004, p. 2).

Com a explanação sobre a angústia realística, aproxima-se a hipótese de que os trabalhadores da saúde podem lidar com a angústia em seu cotidiano, já que ela não é exclusiva de fatores internos. Na contemporaneidade, os trabalhadores dedicam grande parte do seu

tempo ao ofício, sendo frequentemente expostos a riscos e à necessidade de lidar com a imprevisibilidade, algo mais evidente nas atuações profissionais em ESF em zonas rurais. Além disso, a atuação desses profissionais exige a criação de vínculos e o interesse pelos costumes e hábitos das comunidades do território em que atuam, com o objetivo de garantir os princípios norteadores do SUS.

Com base nessas percepções, o presente estudo se justifica pela necessidade de explorar se a angústia é um dos afetos presentes nas vivências e experiências dos profissionais que atuam na ESF em unidades de saúde localizadas em zonas rurais.

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é explorar se estão presentes sofrimentos psíquicos e angústias advindas da experiência de trabalho nos profissionais que atuam em comunidades rurais nas ESF, e quais são suas ligações com o campo de atuação profissional e o quanto a humanização do trabalho em saúde se demonstra fragilizada nesse meio. Ademais, tem como objetivo específico servir como referência para a criação de intervenções que possam suprir possíveis necessidades desses trabalhadores, melhorando, assim, a qualidade de vida no ambiente profissional. Com a concretização dessas ações, espera-se impactar positivamente na qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço.

A metodologia utilizada abrangeu revisões de teóricos da psicanálise, com destaque para Freud e Christophe Dejours, este último dedicado ao estudo do trabalho em um sentido mais amplo. Foram analisados os livros *Inibição, sintoma e angústia* e *Mal-Estar na Civilização* de Sigmund Freud e *A banalização da injustiça social; Psicodinâmica do trabalho e A Loucura do Trabalho* de Christophe Dejours. Além disso, foram analisados artigos e revistas em base de dados como BVS, SciELO, PePSIC, Google acadêmico buscando artigos e trabalhos que tratem dos sofrimentos psíquicos presentes em profissionais, especialmente enfermeiras e agentes de saúde, que atuam em Unidades de Estratégia de Saúde da Família(ESF) em zonas rurais.

## **2. Da reforma sanitária ao caminho para a criação do SUS**

A Reforma Sanitária no Brasil teve início em 1986, marcando mudanças significativas nas políticas de saúde, ao promover a democracia e a ascensão da cidadania no país, fortalecendo o direito à saúde e os princípios ideológicos defendidos pela política de saúde (Noronha, 2013).

Assim, a Reforma Sanitária Brasileira foi além de uma reforma setorial, pois abrangeu a expansão da cidadania no país. A saúde passou a ser repensada de forma integral, deixando de seguir um modelo que considerava a saúde apenas com base em questões como alimentação, habitação, educação e lazer, e compreendendo essas áreas como condições básicas de vida e indicadores das desigualdades presentes na sociedade (Paim, 2008).

Nesse percurso, percebe-se uma inclinação para preceitos concretos da Reforma Sanitária, que considerou a saúde um direito de todo cidadão, independentemente de classe social, não podendo haver exclusão ou discriminação no acesso à assistência à saúde. Além disso, as intervenções em saúde passaram a focar na promoção e prevenção, sendo incluídas em um sistema único. O princípio da descentralização das gestões administrativas e financeiras mostrou-se favorável à autonomia das regiões, promovendo um controle social das ações de saúde (Bracarense, 2014).

Estabeleceu-se um consenso acerca dos papéis desempenhados pelo Estado como responsável pela promoção do desenvolvimento e da solidariedade social, provendo direitos básicos como previdência social, saúde, educação e assistência social (Paiva; Teixeira, 2014). Esse colóquio se estruturou, basicamente, em três eixos principais: educação para a saúde, que promove o diálogo com o objetivo de enriquecer o ensino em saúde; promoção para controlar os fatores de risco e a prevenção e em outras condutas necessárias ao tratamento para prevenir e evitar precocemente algumas doenças (Bracarense, 2014).

Em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foram reafirmados os principais condicionantes para uma melhor definição da relação saúde-doença. Concluiu-se que essa relação está vinculada a fatores como idade, sexo, hereditariedade, água, alimentação, moradia, ocupação, renda e oportunidades de acesso aos serviços de saúde (Bracarense, 2014). A referida conferência representou uma iniciação para a Reforma Sanitária Brasileira, ao considerar modificações no sistema nacional de saúde, no modo de financiamento das ações de saúde e ao destacar a saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos. As questões levantadas durante essa conferência influenciaram diretamente na elaboração da seção de saúde da Constituição Federal de 1988 (Bracarense, 2014).

Dessa forma, a Constituição Federal vigente, no Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, estabelece os princípios fundamentais do direito à saúde no Brasil:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 119).

A reforma mostrou-se como um fenômeno sócio-histórico, pois se refere ao entendimento de que a história é construída pelas realizações de indivíduos sociais, dadas as circunstâncias e limitações de cada período (Paim, 2008). A Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, ocorreu em concomitância com transformações políticas e sociais, como a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979 (Paiva; Teixeira, 2014).

Diante desse contexto, é possível afirmar que a Reforma foi construída juntamente com as mudanças expressivas de redemocratização do país, através das alterações políticas e acadêmicas (Koifman, 2006). Assim, a reforma surge como uma necessidade de resolver demandas que vão além do fator biológico, incorporando também enfoques políticos e sociais. A vinculação do CEBES ao período da reforma é a prova de como uma ideia pode se transformar em um movimento capaz de desencadear um projeto. Portanto, a Reforma Sanitária avançou junto com a aproximação dos segmentos populares, especialmente com a classe operária (Paiva; Teixeira, 2014).

Diante do exposto, pode-se observar que houve a reafirmação de um novo modelo de política de saúde no Brasil, com a criação do SUS. Esse sistema reúne princípios e diretrizes fundamentados na Universalidade, Equidade, Integralidade, Hierarquização, Regionalização, Resolutividade, Descentralização e Participação Comunitária. Suas descrições podem ser verificadas no quadro a seguir:

Quadro 1: Apresentação dos princípios e diretrizes do SUS

<b>Princípios e Diretrizes</b>	<b>Descrição</b>
Universalidade	O acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, com o objetivo de promover a atenção à saúde e a organização dos serviços.
Equidade	O SUS deve priorizar aqueles que mais necessitam, garantindo que os desiguais sejam tratados de acordo com suas necessidades específicas.
Integralidade	Deve haver um conjunto contínuo de assistência em saúde em todos os níveis de complexidade, desde a prevenção até a reabilitação.
Hierarquização	Hierarquização refere-se à organização dos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade.
Regionalização	Os serviços de saúde devem ser organizados em diferentes níveis de complexidade, garantindo que as ações sejam coordenadas e integradas entre si.
Resolutividade	A resolutividade está relacionada à capacidade dos serviços de saúde em resolver os problemas em todos os níveis de assistência.
Descentralização	A descentralização delega aos municípios a execução da maioria das ações de saúde, considerando que cada esfera de governo é responsável pela garantia dos direitos, respeitando os princípios gerais e incentivando a participação da sociedade.

Participação Comunitária	A participação comunitária refere-se ao papel da população nos conselhos e conferências de saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar as políticas públicas realizadas.
--------------------------	---

Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado de Brasil (1990).

A criação do SUS se destacou como um dos mais expressivos exemplos da luta pela união com movimentos sociais, sendo articulada em um amplo debate sobre a saúde, com base em referenciais da Medicina Social brasileira. Esses debates envolveram associações de bairros e comunidades eclesiais de base, além de retomarem a participação de profissionais de saúde em grupos democráticos, como as Semanas de Saúde do Trabalhador (SEMSATs). Também houve críticas do CEBES e de intelectuais militantes às políticas de saúde do regime autoritário (Paim, 2008).

Assim, é possível afirmar que a criação do SUS nos moldes atuais é o resultado de anos de luta contra sistemas autoritários e de enfrentamentos ideológicos em defesa dos interesses e direitos comuns da população brasileira (Bracarense, 2014).

### **3. A saúde da família**

O aspecto familiar pode ser entendido como uma abordagem diferente do modelo hegemônico de atendimento à saúde, pois não se baseia unicamente na cura da doença, mas atribui ênfase às ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Diante disso, as ações deixam de focar exclusivamente no serviço de atendimento primário e passam a compreender o meio social e familiar. Sob essa perspectiva, a família é vista como um espaço de planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção da saúde (Seclen; Fernandes, 2004).

A saúde no Brasil se organizou em três níveis de atenção: primária/básica, secundária e terciária. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o único nível presente em todo o território nacional, o que faz com que a população dependa de acordos intermunicipais e regionais para acessar os demais níveis de atenção (Faria, 2020).

O incentivo a ações de caráter preventivo e os investimentos em assistência básica fomentaram a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi ampliado com o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1992, com o objetivo de reformar os modelos assistenciais brasileiros, melhorando a prevenção de doenças e reduzindo a mortalidade infantil e materna (Ribeiro; Scatena, 2019).

O PSF tem a família como foco para possibilitar assistências integrais e intervenções em saúde, considerando os fatores territoriais, sociais e os possíveis riscos aos quais a família pode estar exposta. Cabe salientar que o PSF foi implementado após as indignações da população quanto à falta de amparo às famílias brasileiras, devido ao precário acesso aos serviços de saúde, já que na época 1.000 municípios brasileiros não contavam com nenhum médico (Ribeiro; Scatena, 2019).

O PSF foi o principal modelo de Atenção Primária do SUS, permanecendo como a política prioritária nos anos 2000. O programa trouxe características inovadoras ao priorizar a identificação e resolução de problemas provenientes de territórios específicos. Além do PSF, esse período também foi marcado pela criação da ESF em 1998 (Lima *et al.*, 2023).

A ESF trouxe uma abordagem diferente do modelo biomédico ao estimular a valorização do trabalho em equipe e propor uma abordagem multidisciplinar, com o estabelecimento de vínculos com a população, a garantia da integralidade na atenção e o incentivo à participação comunitária. Dessa forma, percebe-se que são contempladas as características do SUS (Santos *et al.*, 2024).

A equipe multiprofissional da ESF é composta, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Também é possível o acréscimo de dentistas ou outros profissionais responsáveis pela saúde bucal (Brasil, 2024).

As equipes de profissionais da ESF são responsáveis pelo acompanhamento familiar, identificando problemas de saúde e situações de risco a que a família e a comunidade podem estar expostas, possibilitando a realização de atividades de educação em saúde. As consultas são agendadas pelos agentes comunitários de saúde responsáveis pelo território em que a família reside (Bracarense, 2014).

As equipes de ESF são estrategicamente mantidas em unidades de saúde próximas das moradias e locais de trabalho das populações dos territórios atendidos. Além disso, as equipes podem se deslocar até o domicílio dos habitantes que possuem alguma restrição de mobilidade (Santos *et al.*, 2024).

A ESF passou a ser a principal forma de intervenção em saúde dentro da APS. Ela se apresenta como uma maneira de contrapor a segmentação da prática profissional em saúde, buscando fortalecer a relação médico-paciente por meio da comunicação, e não apenas com o uso de técnicas (Barbosa, 2013).

Com a implementação da ESF, as prefeituras assumiram, de forma gradual, a responsabilidade pelos serviços de saúde, estabelecendo uma estrutura administrativa por meio

das secretarias municipais de saúde, contribuindo assim para o financiamento da atenção à saúde (Santos *et al.*, 2024).

Dado o avanço promovido pela ESF, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi aprovada em 2006 e revisada em 2011. É importante destacar que a criação do PNAB foi uma forma de fortalecer a atenção primária à saúde, buscando aplicar os princípios e diretrizes do SUS, apesar das lacunas que ainda parecem persistir em algumas regiões (Lima *et al.*, 2023).

Em 2008, as ESF passaram a contar com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de aumentar o suporte para demandas locais, oferecendo apoio e compartilhando saberes e condutas em saúde na gestão e atenção. O NASF atua com práticas de apoio matricial, em conjunto com as equipes de saúde de referência, fornecendo retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico (Constantino *et al.*, 2020).

Entretanto, conforme aponta a literatura, a saúde pública brasileira passou por um período de subfinanciamento, entrando em uma fase de desfinanciamento, o que confirma o descompromisso com a saúde e os direitos à cidadania, colocando em risco a assistência oferecida pelas ESF (Cunha, 2021).

As desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, que se intensificaram no Brasil nos últimos anos, juntamente com problemas de saúde emergentes e o aumento dos índices de morbimortalidade, representaram um grande desafio para os profissionais da ESF. Um exemplo disso são as condições emergentes durante a pandemia de COVID-19, que trouxeram grandes dificuldades na gestão, organização e prestação de cuidados pelas equipes da ESF (Aleluia *et al.*, 2021).

#### **4. Humanização no trabalho em saúde e suas particularidades no meio rural**

A discussão sobre a humanização no ambiente de trabalho em saúde foi proposta em 2003, com o objetivo de oferecer um atendimento de qualidade humanizada aos usuários do SUS, levando o Ministério da Saúde a optar pela criação da Política Nacional de Humanização (PNH). A política foi criada com a proposta de cumprir os princípios do SUS, fortalecendo a saúde pública brasileira, e estimulando as trocas e comunicações entre usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2004).

A PNH defende o uso de estratégias para a construção de atitudes éticas e corresponsáveis entre funcionários e usuários, visando à realização plena da saúde. Ou seja, trata-se de uma política que promove a produção conjunta em todas as instâncias que compõem

o SUS, incluindo a discussão de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, além de abordagens de implementação e avaliação. Tudo isso em união com trocas solidárias, constituindo-se como a produção de saúde e de sujeitos (Brasil, 2004).

Partindo desse princípio, a humanização é entendida como um processo que visa promover mudanças nas etapas de trabalho e nas culturas de acompanhamento dos usuários, priorizando a criação de vínculos e garantindo os direitos dos pacientes e suas famílias. Isso incentiva a participação ativa dos usuários, por meio do controle social (Brasil, 2004).

De acordo com os documentos oficiais da PNH, ela se orienta por princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, os quais estão organizados e definidos no quadro a seguir.

Quadro 2. Apresentação dos princípios do PNH

Transversalidade	Indissociabilidade	Protagonismo
A política de humanização deve estar presente em todas as políticas e programas do SUS, ampliando o contato entre indivíduos e grupos, com o objetivo de romper as relações hierarquizadas.	A indissociabilidade entre atenção e gestão refere-se ao fato de que as decisões da gestão interferem diretamente nos serviços de saúde. Dessa forma, torna-se fundamental que usuários e trabalhadores conheçam o funcionamento dos serviços e das redes de saúde, além de participarem de forma ativa nas tomadas de decisões. Da mesma maneira, destaca-se a importância da responsabilização do sujeito pelo cuidado de si e de seus familiares.	O protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos são fundamentais, uma vez que as mudanças na gestão se tornam mais concretas quando incluem a participação ativa daqueles que compartilham as responsabilidades.

Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado de Brasil (2013).

Os métodos da PNH propõem a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, uma vez que a comunicação e as trocas entre esses atores são vistas pelo PNH como motores essenciais para promover as mudanças necessárias (Brasil, 2013). As diretrizes, por sua vez, são baseadas em conceitos como acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, Valorização do trabalhador e Defesa dos direitos dos usuários. Suas definições podem ser verificadas no quadro a seguir.

Quadro 3: Apresentação das diretrizes do PNH.

<b>Acolhimento</b>	<b>Gestão participativa e cogestão</b>	<b>Ambiência</b>	<b>Clínica Ampliada e compartilhada</b>	<b>Valorização do trabalhador</b>	<b>Defesa dos direitos dos usuários</b>
Envolve reconhecer as necessidades de saúde apresentadas pelo outro como legítimas e únicas.	Assegura a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e tomada de decisão.	Criação de ambientes saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade nos locais de trabalho e permitam o encontro entre as pessoas.	Possui como finalidade valorizar as singularidades do sujeito, especialmente daqueles que passam pelo processo de saúde/doença.	Garantir visibilidade às experiências dos trabalhadores e sua participação no processo de tomada de decisão.	Sujeitos com direitos garantidos por lei, que precisam ter esses direitos assegurados desde a recepção até a alta, sendo informados e incentivados a exercerem esses direitos.

Fonte: Elaborado pela própria autora, adaptado de Brasil (2013).

Os dispositivos referem-se a mudanças nas práticas de saúde, abrangendo os coletivos e as formas de atenção e gestão, como o acolhimento, classificação de riscos, equipes de referência, apoio matricial, Projeto Terapêutico Singular, Saúde Coletiva, sistemas de escuta qualificada de usuários e trabalhadores de saúde; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação; além de Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde (Brasil, 2023).

Teoricamente, as pretensões do PNH demonstram uma preocupação com os usuários e trabalhadores de saúde, uma vez que sua política inclui dispositivos, diretrizes, métodos e princípios que reforçam esse ideal de atenção aos indivíduos. No entanto, mesmo com essa teoria em alinhamento com a prática, na realidade os profissionais enfrentam situações inesperadas, como influências ambientais adversas, que resultam em conflitos e desgastes físicos e mentais (Oliveira, 2019).

O SUS enfrenta constantemente fragilidades estruturais e assistenciais precárias, devido à escassez de recursos e a uma visão fragilizada sobre as particularidades ambientais, sociais e culturais da população usuária. Além disso, há dificuldade em manter uma assistência digna para os profissionais de saúde envolvidos (Luiz, 2023).

As relações de poder, trabalho e afetos, muitas vezes, acabam gerando atitudes desumanizadoras, o que pode comprometer a autonomia e as responsabilidades dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho, bem como o cuidado oferecido aos usuários. Nesse contexto, a comunicação entre os três setores do SUS — trabalhadores, gestores e usuários — é vista como um motor para promover mudanças que visem à humanização do trabalho em saúde (Luiz, 2023).

Em ambientes rurais, esse cenário enfrenta desafios adicionais, como a dificuldade em reter profissionais por longos períodos, devido às condições de trabalho que diferem dos meios urbanos. Entre essas condições estão o pouco acesso a tecnologias, a falta de água encanada, saneamento básico e o distanciamento territorial das comunidades atendidas. Dessa forma, a falta de investimentos financeiros em áreas rurais compromete a qualidade do trabalho e o atendimento à população usuária (Oliveira, 2019).

Embora tenha havido uma redução da pobreza nas últimas décadas no Brasil, o país ainda apresenta significativas diferenças entre as áreas urbanas e rurais, percebidas nas desigualdades sociais, econômicas, culturais, estruturais e nas dimensões geográficas. Essas desigualdades contribuem para os altos índices de pobreza e analfabetismo, além do acesso insuficiente aos serviços de saúde. O elevado índice de mortalidade infantil nas áreas rurais também difere da zona urbana, com 5,4% para menores de 1 ano e 1,6% para crianças entre 1 e 4 anos, mais que o dobro das taxas urbanas (Oliveira, 2019).

Comparada à população urbana, a saúde da população rural revela-se ainda mais precária. Apenas 32% da população rural possui acesso ao saneamento básico, enquanto cerca de 62% utilizam água sem tratamento ou de fontes precárias. Essa situação contribui para problemas de saúde, como parasitoses intestinais e diarreia, sendo responsáveis pelas altas taxas de mortalidade infantil (Brasil, 2013).

Residir em localidades mais isoladas e afastadas aumenta os gastos financeiros dos moradores, devido às distâncias e dificuldades de acesso aos serviços públicos. Esses fatores impactam negativamente o bem-estar dos indivíduos, favorecendo o estresse e outros efeitos adversos sobre a saúde (Oliveira, 2019).

Além disso, as equipes de saúde da atenção primária em áreas rurais geralmente trabalham com um número reduzido de turnos, e, somado às dificuldades de transporte em longas distâncias, os profissionais precisam ser criativos e flexíveis para se locomover. Um exemplo disso é o uso de bicicletas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para chegar aos domicílios nas áreas atendidas (Oliveira, 2019).

O acesso à ESF representa, para muitos moradores dessas regiões, a única forma de obter cuidados de saúde. Diferente das zonas urbanas, as unidades de saúde em áreas rurais não estão abertas o tempo todo, o que leva a população a buscar atendimento em massa quando necessário. Essa realidade, além de ser exaustiva para os moradores, sobrecarrega os profissionais de saúde, que precisam lidar com a alta demanda (Oliveira, 2019).

Esses profissionais frequentemente se sentem isolados devido às dificuldades de transporte para atender as demandas e à falta de apoio matricial, já que raramente contam com

o suporte do NASF (Oliveira, 2019). Considerando que o trabalho é percebido como uma forma de encontrar satisfação para as necessidades humanas, sejam elas de bem-estar físico ou psicológico, capazes de proporcionar conforto e segurança, é fundamental que as atividades laborais se aproximem dessas metas (Silva, 2023).

Diante dos fatores expostos, é possível afirmar que todas essas precariedades na atenção à saúde em ambientes rurais podem resultar em sofrimentos físicos e psíquicos tanto para os profissionais da rede de saúde quanto para os usuários. Essas condições acarretam preocupações entre os usuários e sobrecarregam os profissionais, devido à alta demanda de atendimentos e às dificuldades em estabelecer fluxos eficientes dentro das redes de cuidado, situações que podem gerar estados de angústia (Oliveira, 2019).

## **5. Presença de angústias e sofrimentos psíquicos advindas da experiência de trabalho**

Em 1930, Freud desenvolveu a teoria sobre o “Mal-estar na Civilização”, na qual discorre sobre o trabalho como sinônimo de serviço, emprego, obra e tarefa. Além disso, o autor menciona que o ser humano possui uma certa aversão ao trabalho, afirmando que ela é responsável por gerar diversos problemas sociais:

(...) A atividade profissional traz particular satisfação quando é escolhida livremente, isto é, quando permite tornar úteis, através da sublimação, pendores existentes, impulsos instintuais subsistentes ou constitucionalmente reforçados. E, no entanto, o trabalho não é muito apreciado como via para a felicidade. As pessoas não se lançam a ele como a outras possibilidades de gratificação. A imensa maioria dos homens trabalha apenas forçada pela necessidade, e graves problemas sociais derivam dessa natural aversão humana ao trabalho. (Freud, 2016, p. 36).

Ademais, Freud (2016) refere-se ao trabalho como uma maneira pela qual o sujeito investe sua energia psíquica, inserindo o ser humano em um aspecto de realidade e segurança que não é visto em outras ocasiões.

O capitalismo tem se solidificado e adquirido novas aparências, estando presente em todos os aspectos do cotidiano, com novos termos e estratégias. No entanto, a todo momento, ele depende do trabalho humano para se estruturar. Dessa maneira, o trabalho é constituído pela subjetividade humana, cumprindo seu papel psicológico no indivíduo (Coelho; Motta, 2020).

O trabalho permanece presente em vários cenários da atualidade, como no atendimento ao público, nos serviços de saúde, na cultura, no lazer e na educação. Ele se mostra presente nas subjetividades humanas, sendo fonte de lucro, satisfação e realização pessoal (Dejours, 2018). Logo, o trabalho acaba sendo uma mediação entre o homem e a natureza, por meio da

qual o ser humano modifica os recursos naturais, atribuindo-lhes utilidades que atendem às suas necessidades e transformam as relações do indivíduo com o outro (Oliveira, 2019).

No entanto, o trabalho se apresenta como uma aparente fonte de simbolização prazerosa, gerando crescimento para o sujeito e proporcionando realizações pessoais. Contudo, pouco se atenta para as insatisfações vivenciadas, que podem simbolizar sofrimentos somáticos decorrentes de determinismos físicos diretos e agravantes de sofrimentos mentais (Dejours, 2018). Dessa forma, o trabalho estabelece uma relação subjetiva com os profissionais, tanto como uma construção de saúde quanto como um influenciador de desequilíbrios psíquicos, psiquiátricos e psicossomáticos (Dejours, 2016).

Dados estatísticos confirmam a presença de sofrimentos mentais decorrentes do trabalho. Por exemplo, de acordo com o Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho, os transtornos mentais representam a terceira maior causa de afastamento do trabalho (Modesto, 2023). Além disso, dados apontam que 30% dos trabalhadores brasileiros são acometidos pela síndrome de *burnout*, uma patologia reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2022 como doença ocupacional (Silva, 2023).

Ansiedade e depressão estão entre as principais causas de adoecimento entre os trabalhadores, juntamente com *burnout* e tentativas de suicídio. Essas condições são motivadoras de afastamentos por incapacidades temporárias e permanentes, refletindo um cenário em que 288.041 benefícios foram concedidos pelo INSS em 2023 (Brasil, 2024).

Essa realidade está presente em várias profissões, especialmente naquelas em que o trabalho humano foi substituído por robôs e máquinas. Nessas situações, o adoecimento no trabalho é motivado por fatores como controle excessivo, falta de autonomia e comprometimento real com a empresa, expondo os trabalhadores a cargas excessivas sob condições incertas (Coelho; Motta, 2020).

As equipes de saúde que atuam nas ESFs enfrentam a difícil situação econômica e social dos usuários, o que acaba intensificando o sofrimento dos profissionais da saúde. Sozinhos, os profissionais não conseguem atender a todas as demandas, tornando-se necessária a criação de diretrizes e políticas de saúde que evitem a sobrecarga de trabalho (Cavalcante *et al.*, 2018).

Os agentes de saúde também enfrentam sofrimento, pois frequentemente vivenciam uma discrepância entre as expectativas em relação ao seu trabalho e a realidade do ambiente laboral. Nesse contexto, a fragilidade do sistema de saúde impacta a capacidade de resolver os problemas da comunidade, gerando sofrimento nos agentes de saúde, que acabam estabelecendo vínculos e sentindo uma possível responsabilidade em relação às pessoas que atendem. Além disso, há relatos de ACS que enfrentam conflitos éticos, por não conseguirem

agir de acordo com suas próprias convicções, o que gera sofrimento moral, sentimento de impotência, frustração e angústia (Caçador *et al.*, 2021).

De acordo com Osório (2010), o conceito de angústia começou a ser explorado por Freud em meados de 1894, no texto "Neuroses de Angústia", no qual ele correlacionou a angústia com afetos originados de excitações sexuais que não foram elaboradas psicologicamente. Em "Inibição, Sintoma e Angústia", Freud (2012) associa a angústia às vivências traumáticas do Eu, ligadas ao acúmulo de excitações não toleradas pelo Ego. O Ego, com sua função de defesa, tenta lidar com o excesso de reações psíquicas diante de ameaças à subjetividade (Coelho; Motta, 2020).

Além disso, Freud (2012) reconhece que a angústia tem uma relação íntima com a neurose, sendo expressa quando há uma percepção de ameaça ou perigo. Em algumas situações, no entanto, a angústia pode se manter suspensa e se manifestar por meio de sintomas. Ademais, o autor sugere que a angústia também pode ocorrer com a perda de um objeto, como nas experiências de luto.

Uma revisão da literatura evidenciou que o trabalho dos ACS em zonas rurais durante a pandemia de COVID-19 foi marcado por sofrimentos, sobrecargas, angústias e lutos antecipados, causados pelo medo e pela proximidade com os sofrimentos dos pacientes atendidos (Teixeira, 2024).

Além disso, entre os discursos dos profissionais, é possível perceber diferenças significativas entre os atendimentos prestados em zonas urbanas e rurais, sendo que as dificuldades de transporte nas áreas rurais impedem que os ACS realizem seus serviços de maneira eficaz (Teixeira, 2024).

De acordo com uma pesquisa realizada com enfermeiras que trabalham em zonas rurais, foram coletados relatos de que, ao prestarem atendimentos sob condições inadequadas, com poucos materiais e recursos, elas se sentem angustiadas e cansadas, o que desperta sentimentos de impotência e perda de sentido no trabalho realizado (Oliveira, 2019). Segundo Dejours (2018), a precariedade no trabalho e a falta de condições dignas geram impactos que levam à sensação de falta de sentido no trabalho para os profissionais, podendo resultar em adoecimento e sofrimentos psíquicos.

## 6. Considerações finais

Os serviços de saúde prestados em ambientes rurais podem gerar sensações prazerosas aos profissionais envolvidos, devido aos vínculos e acompanhamentos construídos com as famílias atendidas. No entanto, os sofrimentos físicos e psíquicos representam uma dura realidade laboral, já que os profissionais precisam lidar com a falta de recursos, gerando insatisfações com os resultados das atividades realizadas sob condições precárias.

Em particular, enfermeiros(a) e agentes comunitários(a) de saúde enfrentam desafios complexos no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em zonas rurais. Esses profissionais desempenham um papel central no acompanhamento contínuo das comunidades, muitas vezes estabelecendo vínculos próximos com as famílias atendidas. No entanto as dificuldades estruturais, podem intensificar as angústias e sofrimentos psíquicos vivenciados. O sentimento de impotência diante da falta de recursos – como medicamentos, equipamentos e suporte técnico – afeta profundamente o desempenho e o bem-estar desses trabalhadores, que frequentemente se veem sobrecarregados pela multiplicidade de demandas.

A humanização do trabalho em saúde nas zonas rurais, portanto, deve ser entendida como um processo contínuo, que não apenas valorize a singularidade de cada paciente, mas também atenda às necessidades das profissionais que compõem as equipes da ESF. Enfermeiros(a) e agentes de saúde, necessitam de suporte técnico, psicológico e institucional para lidar com os desafios diários. A implementação de práticas humanizadas passa por investimentos que garantam infraestrutura adequada, capacitação contínua e condições de trabalho dignas, a fim de minimizar os desgastes físicos e emocionais.

Considerando que muitas áreas rurais permanecem em condições precárias, tanto econômicas quanto sociais, é fundamental que políticas e diretrizes de saúde sejam traduzidas em ações concretas que fortaleçam as comunidades e valorizem as profissionais. Sem isso, a sobrecarga física e mental dessas trabalhadoras tende a se intensificar, comprometendo não apenas o bem-estar individual, mas também a qualidade dos serviços prestados.

Por fim, ao integrar políticas de saúde que reconheçam a importância dos profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde na ESF e que promovam condições de trabalho mais justas e humanizadas, será possível alcançar avanços tanto na saúde da população atendida quanto no bem-estar dessas profissionais. Minimizar os sofrimentos advindos da experiência de trabalho para esses profissionais é essencial para que se sintam valorizados e encontrem

sentido em suas atividades laborais, contribuindo assim para a consolidação de uma atenção primária mais eficiente e humanizada nas zonas rurais.

## Referências

ALELUIA, Italo Ricardo Santos; MENDONÇA, Milena, Marques; SOUSA, Maria Lidiany Tributino; PEREIRA, Marcos. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1625-1636, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202105016251636>. Acesso em: 18 de jun. 2024.

ARAÚJO, Romilda Ramos de; SACHUK, Maria Iolanda. Os sentidos do trabalho e suas implicações na formação de indivíduos inseridos nas organizações contemporâneas. **Revista de Gestão da USP**, v. 14, n. 1, p. 53-66, jan/mar. 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268313506.pdf>. Acesso em: 18 de jun. 2024.

BARBOSA, Simone de Pinho. **Acesso na Atenção Primária à Saúde em municípios de uma região de saúde de Minas Gerais**. 2013. 134 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-9H7GB7/1/simone\\_de\\_pinho\\_barbosa.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-9H7GB7/1/simone_de_pinho_barbosa.pdf). Acesso em: 16 out. 2024.

BRACARENSE, Carolina Feliciano. **Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais de saúde da estratégia de saúde da família**. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2014. Disponível em: <https://bdtd.uftm.edu.br>. Acesso em: 08 jun. 2024.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 06 ago. 2024.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 17 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias). Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. **Projetos e Desenvolvimentos de Serviços em Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-398410?src=similardocs>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS. Método e Dispositivos da PNH. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ana/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/gestao-ambiental-e-sustentabilidade/programa-de-qualidade-de-vida-pqv>. Acesso em: 16 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2024. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/>. Acesso em: 16 out. 2024.

CAÇADOR, Beatriz Santana; CARMO, Gian Batista; FONSECA, Samara Belisa Vieira Lobo; MELO, Rodolfo Gonçalves de; REZENDE, Lilian Cristina; SILVA, Laylla Veridiana Castória. O cotidiano do Agente Comunitário de Saúde na zona rural: entre o sofrimento e a pertença profissional, **Tempus –Actas de Saúde Coletiva**, 2021. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index>. Acesso em: 15 out. 2024.

CAVALCANTE, Mara Clara Wanderley; COSTA, Raquel Teixeira de Araújo; MEDEIROS, Ana Lucia de França; PORTELA, Regilene Alves; SILVA, Evandilson Marcos da. Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa, **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 14, n. 28, p. 1–12, 2018. DOI: 10.14393/Hygeia142801. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view>. Acesso em: 10 ago. 2024.

COELHO, Rosana; MOTTA, Diego Airoso da. Trauma, angústia e desamparo: contribuições da psicanálise à saúde mental no trabalho. In: COELHO, R.; MOTTA, D, A (org.). **Psicanálise & trabalho retratos do contemporâneo**. Porto Alegre; 2020. E-book. Disponível em: <https://www.trt4.jus.br/portais/media/>. Acesso em: 15 jul. 2024.

CONSTANTINO, Amanda Eloisa Arcaño; FRANÇA, Janine Greyce Martins de; FRANÇA, Dimas Cícero Martins de; GERONIMO, Charlene Aguiar da Silva; OLIVEIRA, Allana Stephany Cordeiro de; MARCELINO, Marcio Cavalcante; PEREIRA, Luis Eduardo Alves; SALES, Wesley Barbosa; SILVA, Rafaela Larissa Magalhães da; SILVA, Rayza Brenda Tomaz Barbosa da., A importância da equipe NASF/AB-enfretamentos e multidisciplinariedade: uma revisão narrativa/crítica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 48, p. e3256-e3256, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3256/1935>. Acesso em: 09 mai. 2024

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. **Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social**, v. 7 n. 1 p. 59–77, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10>. Acesso em: 15 out. 2024.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho: Casos Clínicos**. Loucura e Trabalho: Da análise etiológica às contradições teóricas (acerca de uma crise asmática). Porto Alegre: Dublinense, 2016.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho: Estudo da psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2018.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521–4530, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/?format=pdf&lang=pt/> Acesso em: 30 jun. 2024.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia. In: FREUD, Sigmund. **Obras completas, volume 17: inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929)**. Tradução de Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. p. 10-98.

FREUD, Sigmund. **O Mal-estar na civilização** (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

KOIFMAN, Lilian. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, n. 4, v. 2, 472–474, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462006000200018>. Acesso em: 15 out. 2024.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; PIGNATTI, Marta Gislene; PISTÓRIO, Bianca Vasquez. Sofrimento Social de Trabalhadores Rurais Assentados na Contracorrente do Agronegócio, na Bacia do Juruena – MT. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, n. spe2, p. 98-110, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CNsTBVPtGPs6TG4gDNTjYdb/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2024.

LIMA, Luciana Dias de; MARTINS, Caroline Pagani; MENDONÇA, Fernanda de Freitas; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 13–30, 2023.

LOURENÇO, Lara Cristina d’Avila. A função da angústia; segundo Freud **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 22 n1, p. 32-44, dez. 2004. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle>. Acesso em 05 jun. 2024.

LUIZ, Izabella Viana Rosario. **Assistência à saúde na perspectiva da humanização, segundo profissionais da atenção primária**. 2023. 58 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2023. Disponível em: <https://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/123456789/1726/1/Dissert%20Izabella%20V%20Rosario.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

MODESTO, Celina. **Transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento do trabalho no Brasil**. Justiça do Trabalho. TRT 13º Região (PB), 25 jan. 2023. Disponível em: <https://www.trt13.jus.br/informe-se/noticias/transtornos-mentais-sao-a-terceira-maior-causa-de-afastamento-do-trabalho-no-brasil>. Acesso em: 29 ago. 2024.

NORONHA, José Carvalho de. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n. 5. p. 1-3, mai. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 12. abr. 2024.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil**. 2019. 177 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCEK74/1/arleusson\\_ricarte\\_de\\_oliveira.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-BCEK74/1/arleusson_ricarte_de_oliveira.pdf). Acesso em: 16 out. 2024.

OSORIO, Francisco Javier Perez. **A angústia na literatura freudiana: uma revisão do seu percurso histórico**. 2010. Monografia (Especialização em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2010.

Disponível em:  
<https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/33242/1/Francisco%20Xavier%20monografia-revisada.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. **Historia, Ciências, Saúde**, v.21, n.1, p.15-35, 2014, Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 19.mai. 2024.

PISSETA, Maria Angélica Augusto de Melo. Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. **Psicologia: Ciência e Profissão, Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 2, p. 404-417, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 30 abr. 2024.

RIBEIRO, Lorena Araújo Ribeiro; SCATENA, João Henrique Gurtler. Avaliação da qualidade da Estratégia de Saúde da Família em um município de porte médio. **Saúde Em Debate**, v. 43, n. 7, p. 126–140, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 10.jul. 2024.

SAMPAIO, Jader dos Reis. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 12, n. 1, p.121-136, 2012. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SANTOS, Caroline Castro de Assis et al. Avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho no Brasil no contexto da saúde do trabalhador: uma revisão de escopo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 49, n. 1, p. 9-22, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/WqvMgZRcNgRxckh5JZSWwSx/>. Acesso em: 15 out. 2024.

SECLLEN, Juan A; FERNANDES, Afra Suassuna. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar**: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. Disponível em:  
[https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ap\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Familiar-Brasil.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/ap_Atencion Primaria_Salud_Familiar-Brasil.pdf). Acesso em: 15 out. 2024.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; MARINO, Selma Regina Andrade; RAMOS, Flávia Regina Souza. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhniananas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, p. 53-66, 2005.

SILVA, Otavio Pinto. Síndrome de burnout acomete 30% dos trabalhadores brasileiros [entrevista a Roxane Ré]. **Jornal da USP no Ar A**. 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/sindrome-de-burnout-acomete-30-dos-trabalhadores-brasileiros>. Acesso em: 29 ago.2024.

TEIXEIRA, Leonora de Oliveira. **O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde antes e durante a pandemia de Covid-19**: uma análise do discurso. 2024. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2024. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-19072024-113006/publico/DissertLeonora.pdf>. Acesso em: 16 out. 2024.