

Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana¹

Work and psychic suffering in the Family Health Strategy: a Dejouriana's perspective¹

Marilise Katsurayama¹, Rosana Cristina Pereira Parente², Rosângela Dutra de Moraes³, Rodrigo Otávio Moretti-Pires⁴

Resumo

O presente trabalho propõe uma análise teórica do constructo "sofrimento psíquico" do trabalhador na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para isso, optou-se pelo uso da teoria da psicodinâmica do trabalho do autor Christophe Dejours, visando a uma articulação entre a teoria e os aspectos da práxis do modelo de reorientação da atenção primária no Brasil. Nesse aspecto, a análise da saúde mental dos trabalhadores inseridos na linha de frente da atenção à saúde mostra-se de suma importância, uma vez que pode auxiliar na construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes, indicando caminhos para a superação de entraves nas políticas públicas, a fim de que seja oferecido aos usuários serviço satisfatório na Atenção Básica. Ainda, foi possível por meio dessa articulação teórica permitir uma ampliação acerca das possibilidades de falar sobre o trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas, esperando causar um reflexo direto na organização do trabalho.

Palavras-chave: saúde da família; saúde mental; saúde do trabalhador.

Abstract

This paper proposes a theoretical construct of "mental suffering" of the worker at the Family Health Strategy (FHS). To this end, we opted for using the theory of the psychodynamics of work from the author Christophe Dejours, seeking a link between theory and practice aspects of the reorientation of primary care model in Brazil. In this sense, the analysis of the workers' mental health employed at the health care forefront appears to be of paramount importance, since it can assist in building evaluation proposals that go beyond traditional and exclusionary perspectives, indicating ways to overcome barriers in public policies, so that it is offered satisfactory service to users in Primary Care. Still, it was possible through this theoretical articulation allow an expansion about the possibilities of talking about work, be heard, to exercise subjective mobilization and seek the transformation of pathogenic conditions, hoping to cause a direct reflection on the organization of work.

Keywords: family health; mental health; occupational health.

Trabalho realizado na Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia – Manaus (AM), Brasil.

¹Mestre em Saúde, Sociedade e Endemia da Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal do Pará (UFAM/Fiocruz/UFPA) – Manaus (AM), Brasil.

²Doutora em Estatística e Experimentação Agronômica pela Universidade de São Paulo (USP), Professora Titular do Instituto de Ciências Exatas da UFAM – Manaus (AM), Brasil.

³Doutora em Ciências: Desenvolvimento Sócioambiental pela Universidade Federal do Pará, Professora Adjunto IV da Faculdade de Psicologia da UFAM – Manaus (AM), Brasil.

⁴Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela USP, Professor do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Marilise Katsurayama – Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane – Avenida Teresina, 476 – CEP: 69057-070 – Manaus (AM) – Brasil. E-mail: marilise_k@hotmail.com

Fonte de financiamento: CNPq (Edital MCT/CNPq 14/2008).

Conflito de interesses: nada a declarar.

¹Texto inédito, resultado de pesquisa teórica para consecução de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia – UFAM/Fiocruz/UFPA, 2010).

■ O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE O REAL E O PRESCRITO

A classificação para o termo “trabalho”, elaborada por Antunes (p. 2)¹, esclarece:

espaço de sobrevivência possível para aqueles que só dispõem da venda de sua força de trabalho, tornou-se, então, o *locus* por excelência das jornadas extenuantes, da precarização dos direitos sociais, dos medos e dos temores constantes do desemprego, do *stress* para se manter no emprego, ou ainda das lesões por esforço repetitivo (LER) e dos múltiplos modos de ser do adoecimento.

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) se fundamenta na política da assistência integral do Sistema Único de Saúde (SUS), constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais, conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação².

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários por meio de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade a um tratamento de referência e contrarreferência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde³.

Particularmente, o SUS tem como base teórico-conceitual princípios como “universalidade” do acesso aos serviços, e “equidade e integralidade” como metas a serem atingidas no processo de trabalho com os usuários. A adaptação do sistema

às diversas realidades do país está prevista nas diretrizes como “descentralização”, “regionalização” e “controle social”.

Pode-se considerar, portanto, as atividades previstas para a equipe da ESF pelo Ministério da Saúde³ (MS) como a “prescrição do trabalho” na Atenção Básica e os princípios (universalidade, equidade e integralidade) como pontos norteadores dessa prescrição. Segundo Abrahão e Torres⁴, a organização do trabalho prescreve normas e parâmetros que determinam quem vai fazer, o que vai ser feito, como, quando, com que prazos, em que quantidade, com que qualidade, constituindo a “viga central” da produção.

A percepção de que existe uma distância irredutível entre o “trabalho prescrito” e o “trabalho real” surgiu da interface entre a psicodinâmica e a ergonomia da atividade⁵. Os estudos iniciais da psicodinâmica tiveram como campo empírico o processo de trabalho em indústrias, escutando as experiências subjetivas de trabalhadores semiqualeificados submetidos a uma organização de trabalho taylorista, para os quais há uma rígida prescrição das tarefas⁶. Observa-se uma difusão dos princípios tayloristas (controle) para outros coletivos e para outros espaços de trabalho, como é o caso dos profissionais de saúde da ESF. Assim, guardadas as devidas proporções, no presente estudo será aplicado o conceito de prescrição de trabalho aos profissionais da ESF.

Para Dejours⁵, a “prescrição” (em ergonomia: tarefa ou modos operatórios prescritos) não permite a alteração dos procedimentos determinados pela organização do trabalho; no entanto, a imposição do “real” faz com que ela jamais possa ser integralmente respeitada, sendo sua transgressão uma maneira de dar sentido ao trabalho.

O “real” é definido como “aquilo que o mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico”⁵ (p. 40). É sobre o “real”, que é imprevisível, que a técnica prescrita fracassa; assim, o “real do trabalho” está ligado consubstancialmente ao fracasso, aquilo que no mundo nos escapa e se torna um enigma a decifrar, representando um convite a prosseguir no trabalho de descoberta. O “real” não decorre do conhecimento, está além dele e é apreendido inicialmente sob a forma de experiência, no sentido de experiência vivida⁵.

O confronto com o real, que inicialmente se dá pela experiência subjetiva de fracasso e sofrimento, também cria o espaço para mobilização subjetiva, para a manifestação da criatividade, que conduz à solução do problema e ao usufruto do prazer no trabalho^{6,7}. Daí a importância de se abordar os processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com o “real do trabalho”, voltando para o interesse das vivências subjetivas dos sujeitos, a intersubjetividade que permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho nos processos de regulação psíquica⁸.

No entanto, é importante ressaltar a diferença teórica entre a “realidade da atividade” (atividade real ou trabalho real) e “real do trabalho”, que diz respeito aos limites do saber, do conhecimento e da concepção, com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho.

Diante da realidade brasileira, os profissionais de saúde da ESF encontram uma série de dificuldades. Uma delas é a sobrecarga de trabalho reflexo da grande demanda por atendimento, como comenta Oliveira e Albuquerque (p. 238)⁹:

Apesar de haver um limite de pessoas definido pelo Ministério da Saúde, a realidade de alguns PSF aponta para números de atendimentos superiores com uma equipe sendo responsável por até 7 mil pessoas.

Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços destinados à atenção básica de saúde nos municípios, que, em muitos casos, é a única opção de atendimento daquela população. É nessa realidade social que o profissional se vê diante do “real do trabalho”.

Inúmeras pesquisas¹⁰⁻¹² abordam a questão da sobrecarga de trabalho nestes profissionais, referindo como causas principais: a grande quantidade de famílias sob responsabilidade da equipe e a carência de serviços de atenção básica em alguns municípios. Essas condições levam a equipe a assumir uma duplicidade de papéis, apresentando alto nível de estresse e cansaço, o que representa um obstáculo à proposta do MS de substituir o modelo curativo por outro com características preventivas e promocionais.

As patologias da sobrecarga se encontram em expansão na atualidade, e se caracterizam quando o sujeito é levado a assumir uma carga de trabalho superior à sua capacidade, conduzindo ao adoecimento^{6,7}.

Identificar a sobrecarga e intervir na organização de trabalho que a condiciona é uma relevante faceta de promoção de saúde no trabalho.

Diversas são as dificuldades que impedem os profissionais de seguir a proposta do MS. Destaca-se a falta de investimentos. A precariedade nas condições estruturais e materiais de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS, surgindo o “nó crítico” principal: de um lado os ideais expressos nos princípios do SUS e do outro a realidade atual de abandono e sucateamento dos serviços públicos de saúde.

Segundo Dejours¹³, as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico; condições de higiene; de segurança; e as características antropométricas do posto de trabalho) influenciam na saúde física do trabalhador, enquanto as questões relacionadas à organização do trabalho (abordada mais adiante) influenciam na saúde psíquica do sujeito. Quando as

condições de trabalho se configuram como fonte de frustração, dada a má qualidade do atendimento oferecido à população, o sofrimento mental resultante da insatisfação do sujeito com o seu trabalho no nível do conteúdo significativo da tarefa pode resultar na manifestação de doenças psíquicas e/ou somáticas.

Em sua pesquisa, Oliveira e Albuquerque⁹ ouviram os profissionais das Unidades da Saúde da Família (USF) e verificaram que as principais limitações da ESF eram as condições de trabalho precárias, tanto materiais quanto estruturais, que não condiziam nem com as necessidades da população nem com os ideais do SUS, o que comprometia a qualidade da assistência, refletindo na desmotivação desses profissionais.

Diante disso, o profissional pertencente à Equipe de Saúde da Família (ESF) se torna vulnerável ao adoecimento no trabalho. Em uma tentativa de ressignificar seu trabalho em busca de acreditar que é possível alcançar um trabalho justo e digno, a fim de buscar prazer na atividade realizada, o trabalhador faz uso de alguns mecanismos (abordados mais adiante).

■ A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FONTE DE ADOECIMENTO

Por organização do trabalho entende-se a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando e controle, as relações de poder, as questões de responsabilidade, a definição de cadências e o modo operatório prescrito^{4,6,14}. Dejours e Abdoucheli⁸ consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Parte-se então do princípio de que cada categoria profissional está submetida a um modelo específico de organização do trabalho, o qual pode conter elementos facilitadores ou não da saúde mental do trabalhador a depender dos interesses econômicos, ideológicos e políticos dos atores que dominam o processo produtivo¹⁵.

A partir daí fica então evidente que é na organização do trabalho que estão os fatores responsáveis pelas consequências danosas ou favoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.

A importância do trabalho em equipe em Saúde da Família repousa principalmente por se constituir em teoria uma ação para a integralidade nos cuidados de saúde, por possibilitar apreensão ampliada das necessidades de saúde da população atendida¹⁶. Para tanto, tem como elementos centrais o trabalho e a adscrição de clientela, o acolhimento, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional, objetivando impactos sobre os determinantes do processo saúde-doença, por meio da ação multiprofissional e interdisciplinar no cotidiano das unidades de saúde¹⁵.

Analisando particularmente o trabalho em equipe, este não é idealizado como a simples superposição de profissionais em um mesmo espaço ou serviço de saúde. Longe disso, caracteriza-se em teoria pela relação interativa entre os trabalhadores, com troca de conhecimentos e articulação para a produção de saúde da comunidade, relacionando e interagindo dimensões complementares de trabalho. Tal perspectiva prima pela interdisciplinaridade e pela construção de projetos coletivos^{17,18}.

Examinando o trabalho em equipe multiprofissional à luz do conceito de organização do trabalho proposto por Dejours¹³, presume-se que o sucesso desse trabalho se relaciona, dentre outros aspectos, ao sistema hierárquico, às modalidades de comando e controle, às relações de poder e às questões de responsabilidade. Para que seja alcançado o projeto idealizado pelo MS, é necessário que haja a construção de um projeto comum e, para tal, os trabalhos especializados de cada profissional se complementam e os agentes podem construir uma ação de interação entre trabalhadores e entre esses e os usuários.

Todavia, para que isso ocorra, deve-se haver um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos, pois na carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para responder ao desafio de estabelecer um plano de ação sustentado por uma atuação multiprofissional por meio de uma construção interdisciplinar, o trabalho em equipe deixa de contemplar a equipe-integração passando a constituir uma equipe-aglomerado¹⁸.

Silva¹¹ atenta para o risco de agrupar profissionais com diferentes qualificações em um mesmo espaço laboral, que trabalhem com ênfase na especialidade e autonomia técnica, independente de um projeto assistencial comum, utilizando-se da comunicação instrumental para interagirem.

Segundo Dejours⁶, o sistema hierárquico e a divisão de tarefas pode se tornar fonte importante de sofrimento no trabalho, pois pode dificultar os processos de reconhecimento e de cooperação, que favorecem as vivências de prazer, identificadas a partir de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões, remetendo ao conceito de pulsões da psicanálise¹⁹.

Nos resultados alcançados por Oliveira e Albuquerque⁹ sobre a percepção dos profissionais da ESF do processo de trabalho, a questão do sistema hierárquico é mencionada. As demandas internas da ESF se mostraram agravadas diante das frequentes solicitações da coordenação municipal da cidade em questão. No entanto, as responsáveis técnicas pelo grupo são, na maioria das vezes, representadas por enfermeiras, sendo estas responsáveis por responder pela direção da USF, já que a coordenação municipal transfere para elas toda a responsabilidade relativa à ESF, principalmente no que se refere à divisão de tarefas com os demais membros da equipe, e às atribuições administrativas e burocráticas. O profissional enfermeiro, nesses casos, é o principal alvo

da sobrecarga de trabalho, além de atuar em dissonância com os princípios do SUS no que diz respeito ao trabalho em equipe.

Segundo Mendes (p. 37)¹⁴:

A coordenação de atividades singulares é implementada por meio da cooperação. Esta não é prescrita nem decretada; depende da possibilidade de os agentes estabelecerem entre si relações intersubjetivas de confiança.

Por sua vez, a confiança entre os pares depende não somente dos requisitos afetivos e éticos, mas principalmente da visibilidade dos ajustamentos singulares utilizados diante das insuficiências e das contradições da organização prescrita¹⁴.

No entanto, para uma tentativa de alcançar o preconizado pelo MS para a realização de um trabalho em equipe multiprofissional, seria necessário o que Dejours⁶ chama de espaço público de discussão, no qual o trabalhador tem espaço para discutir sobre a organização do trabalho, bem como da cooperação, porém, exige articulação, coordenação e evolução das regras de trabalho, a fim de substituir ou complementar a organização do trabalho prescrita¹⁴.

■ QUANDO O PROFISSIONAL VENCE O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Diante desse cenário, cabe aos profissionais de saúde da ESF fazer uso da inteligência astuciosa, denominada por Dejours¹⁴ como a *intelligence de la pratique*, proveniente da confluência da necessidade de ajustamento entre as prescrições das tarefas, os obstáculos impostos pela organização do trabalho, a inteligência originada da experiência real do trabalhador e da sua concepção sobre a atividade. A inteligência operária⁵ ou astuciosa tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível do trabalhador, e, sobretudo, é uma inteligência em constante ruptura com as normas e regras, sendo fundamentalmente transgressiva.

Dessa forma, os profissionais devem fazer uso de alternativas não prescritas pelo sistema para o atendimento da demanda de forma a alcançar a resolutividade do serviço, a fim de reparar as falhas nas condições e organização de trabalho, mantendo a produtividade estabelecida. Assim, os profissionais se protegem do sofrimento psíquico proveniente do trabalho precário por meio do uso da criatividade para a resolução dos problemas.

Dessa forma, há a possibilidade de uma mobilização subjetiva por parte do trabalhador da ESF, processo que se caracteriza pelo uso da inteligência astuciosa e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. No entanto, a utilização desse recurso pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia^{6,14}.

Esse processo, vivenciado de forma particular por cada trabalhador, não é prescrito, porém é fundamental no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica¹⁴.

O ideal seria uma relação de trabalho baseada na confiança e solidariedade entre os pares, para que possam juntos, em uma ação de cooperação, produzir ideias e serviços, minimizando falhas e erros na tentativas de alcançar resultados cada vez melhores do que quando trabalhado sozinho⁷. No entanto, para isso é necessário reconhecer e valorizar a marca pessoal e o esforço a fim de fortalecer a identidade psicológica e social, produzindo ações com maior poder de transformação.

Um dos obstáculos enfrentados pelos trabalhadores da ESF é a precarização do trabalho e a ameaça permanente de desemprego, provocada pelos inúmeros contratos temporários existentes. Nesse clima de competição, o sujeito inicia uma busca exaustiva pelo reconhecimento (não salutar), “mostrar serviço”, passando do sofrimento criativo para o sofrimento patogênico, que, ao invés de buscar sentido para si e para vida no trabalho, se vê na necessidade de se defender da ameaça iminente²⁰.

Contudo, o uso dessas estratégias defensivas contra o adoecimento mental do trabalhador, embora evite o adoecimento, não mostra eficácia com relação à promoção de saúde e de prazer no trabalho se não houver uma intervenção na organização de trabalho que conduz ao sofrimento. É fundamental

um olhar cuidadoso dos gestores (secretários de Saúde) e dos níveis estratégicos da organização (coordenadores do Programa Saúde da Família) sobre os atores que sustentam e desenvolvem a ESF, superando os desafios e obstáculos, que são ampliados diante das peculiaridades da realidade amazônica.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve o intuito de demarcar alguns conceitos da teoria dejouriana, articulando ao trabalho dos profissionais na ESF, visto que a compreensão da configuração da saúde mental dos profissionais de saúde na ESF é necessária para a construção de propostas avaliativas que superem perspectivas tradicionais e excludentes.

Para que seja oferecido aos usuários um serviço satisfatório na Atenção Básica, caminhando desde o tratamento horizontal, acolhimento e vínculo até a resolutividade, integralidade e humanização do atendimento, a saúde mental do trabalhador se revela de suma importância, dado que a qualidade do serviço oferecido se configura como reflexo direto dessa organização de trabalho e das possibilidades de falar acerca do trabalho, ser escutado, exercitar a mobilização subjetiva e buscar a transformação das condições patogênicas. Nesse aspecto, a análise do sofrimento psíquico desses trabalhadores pode auxiliar na identificação de entraves dessa política pública e indicar caminhos para a superação deles.

■ REFERÊNCIAS

1. Antunes R. As formas de padecimento no trabalho. *Saúde Soc.* 2008;17(4):7-10.
2. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2007;41(1):426-33.
3. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000.
4. Abrahão JI, Torres CC. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel da mediação da atividade. *Revista Produção.* 2004;14(3):67-76.
5. Dejours C. O fator humano. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1997.
6. Dejours C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes AM, Lima SCC, Facas EP (editors). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho.* Brasília: Paralelo; 2007.
7. Mendes AM. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
8. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.* São Paulo: Atlas; 1994.
9. Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia Social.* 2006;20(2):39-43.
10. Rocha AAM, Trad. Bonfim, LA. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):303-16.
11. Silva IZQJ, Trad. Bonfim, LA. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(16):25-38.
12. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10(2):333-45.
13. Dejours C. *A loucura do trabalho: estudos em psicopatologia do trabalho.* São Paulo: Cortez/Oboré; 1987.
14. Mendes AM. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia Ciência e Profissão.* 1995; 1(3):34-8.
15. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2):455-64.

16. Vieira ET, Borges MJL, Pinheiro SEM, Nuto SAS. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. RBPS. 2004; 17(3):119-26.
17. Kiltajn S. Programa de Saúde da Família. Rev Ass Med Bras. 2001;47(4):285-6.
18. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001;35(1):103-9.
19. Kupfer MC. Freud e a Educação. 3.ed. São Paulo: Scipione; 2000.
20. Hallack FS, Silva CO. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. Psicologia Social. 2005;17(3):74-9.

Recebido em: 26/09/2012
Aprovado em: 28/11/2013