

Realidade vivencial do médico na estratégia de saúde da família

Vivenity of the physician in the family health strategy

Realidad vivencial del médico en la estrategia de salud de la familia

Flavia Vilas Boas Ortiz Carli, Rafaella Rino Guimarães, Aline Silva de Lira, Krissy Luana Cordeiro Salles, Paula Rubia dos Santos Zutin, Tereza Lais Menegucci Zutin.

RESUMO

Objetivo: O presente estudo teve como objetivo conhecer a realidade vivencial do Médico, no cumprimento de suas atribuições na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo descritiva, quantitativa e qualitativa, onde a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. Os entrevistados foram médicos com pelo menos seis meses de experiência de trabalho nas ESFs. O processo analítico empregado foi análise no programa de estatística SPSS v.21 e análise temática de Bardin. **Resultados:** A amostra foi composta por 10 profissionais médicos, com média de idade de 34,5 anos, dos quais 50% possuíam especialização, 40% referiu tempo de atuação entre 6 meses e 1 ano, 50% mencionaram ausência de capacitação permanente e 90% relatam que possuíam conhecimento de todas as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde. Destacaram ainda que a baixa disponibilidade de medicamentos, a demora em conseguir consultas especializadas e exames e equipe incompleta, dificultam suas atividades, mas, em contrapartida, o bom relacionamento com a equipe, o conhecimento e o vínculo com a população facilitam a prática médica. **Conclusão:** Constatou-se que a maioria dos profissionais apresenta tempo de atuação na ESF entre 6 meses a 1 ano, sendo que, entre os especialistas ocorreu um predomínio em Saúde da Família e Comunidade. Observou-se ainda que, quase à totalidade desses profissionais relatam possuir conhecimento de todas as atribuições médicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, e que, segundo a maioria, a baixa disponibilidade de medicamentos dificultam a sua prática, porém, o bom relacionamento com a equipe facilita suas atividades.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Médico; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to know the Physician's experiential reality, in the fulfillment of his attributions in the Family Health Strategy (ESF). **Methods:** This is a descriptive, quantitative and qualitative field research, where the data collection was performed through interviews. The interviewees were physicians with at least six months of work experience in the FHS. The analytical process used was analysis in the statistical program SPSS v.21 and thematic analysis of Bardin. **Results:** The sample consisted of 10 medical professionals, with a mean age of 34.5 years, of which 50% had specialization, 40% reported duration of work between 6 months and 1 year, 50% mentioned absence of permanent training and 90 % reported that they had knowledge of all the functions recommended by the Ministry of Health. They also emphasized that the low availability of medications, the delay in obtaining specialized consultations and examinations and incomplete staff, hamper their activities, but, on the other hand, the good relationship with the team, knowledge and the bond with the population facilitate medical practice. **Conclusion:** It was verified that most of the professionals present time of performance in the FHT between 6 months to 1 year, and among the specialists there was a predominance in Family and Community Health. It was also observed that almost all of these professionals report having knowledge of all the medical assignments advocated by the Ministry of Health, and that, according to the majority, the low availability of medicines make their practice difficult, but good relationship with the team facilitates its activities.

Key words: Primary Health Care; Medicine; Family Health.

¹ Universidade de Marília - Marília/SP. * E-mail: flaviavilasboas@gmail.com

DOI: 10.25248/REAS102_2018

Recebido em: 9/2017

Aceito em: 11/2017

Publicado em: 1/2018

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tuvo como objetivo conocer la realidad vivencial del Médico, en el cumplimiento de sus atribuciones en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). **Métodos:** Se trata de una investigación de campo descriptiva, cuantitativa y cualitativa, donde la recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas. Los entrevistados fueron médicos con al menos seis meses de experiencia laboral en las ESFs. El proceso analítico empleado fue análisis en el programa de estadística SPSS v.21 y análisis temático de Bardin. **Resultados:** La muestra fue compuesta por 10 profesionales médicos, con una media de edad de 34,5 años, de los cuales el 50% poseía especialización, el 40% refirió tiempo de actuación entre 6 meses y 1 año, 50% mencionaron ausencia de capacitación permanente y 90 en el que se constata que la baja disponibilidad de medicamentos, la demora en conseguir consultas especializadas y exámenes y equipo incompleto, dificultan sus actividades, pero, en contrapartida, la buena relación con la salud el equipo, el conocimiento y el vínculo con la población facilitan la práctica médica. **Conclusión:** Se constató que la mayoría de los profesionales presentan tiempo de actuación en la ESF entre 6 meses a 1 año, siendo que entre los especialistas se produjo un predominio en Salud de la Familia y Comunidad. Se observó además que casi a la totalidad de estos profesionales relatan poseer conocimiento de todas las atribuciones médicas preconizadas por el Ministerio de Salud y que, según la mayoría, la baja disponibilidad de medicamentos dificultan su práctica, sin embargo, la buena relación con el equipo facilita sus actividades.

Palabras clave: Atención Primaria a la Salud; Médico; Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil percorreram vários caminhos com objetivo de promover a inclusão de milhões de indivíduos ao sistema de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 constituiu o marco fundamental para a construção das bases doutrinárias da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e no ano de 1994, com o propósito de implementar os princípios e diretrizes do SUS, empregou-se a estruturação do Programa Saúde da Família (PSF), resultante do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SANTOS e MIRANDA 2016).

Reconhecendo as potencialidades do PSF, em 1998 o programa passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser considerado mais complexo que um simples programa (MENDES, 2002).

A ESF é definida como um modelo de atenção primária à saúde, norteado pelos princípios do SUS e tem como objetivo a promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação, tanto do indivíduo como sua família e comunidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, serviços assistenciais e de vigilância em saúde, prezando o território e o contexto em que os usuários estão inseridos (ARANTES *et al.*, 2016).

A atuação territorializada proporciona um aumento do vínculo com a população por meio do fortalecimento das ações intersetoriais. A família constitui o principal objetivo da atenção, bem como sua relação com os serviços de saúde, com ênfase nos determinantes políticos, sociais e econômicos de todos os envolvidos (MOIMAZ *et al.*, 2011).

Nos últimos anos ocorreu um aumento significativo das ESFs no Brasil, contando com o suporte do Ministério da Saúde, sendo considerada a principal porta de entrada do SUS. A ESF apresenta um papel relevante no primeiro contato, na continuidade do tratamento e na coordenação do cuidado (FAUSTO *et al.*, 2014; BRASIL, 2011).

A equipe da ESF é composta por, “no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com no máximo 750 pessoas por agente”. Cada equipe atua em áreas geográficas definidas e com população adscrita, atendendo até 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000, porém esse número poderá ser menor quando considerada a vulnerabilidade da população coberta (BRASIL, 2006).

Para o alcance da integralidade da assistência ao usuário é necessário o fortalecimento do vínculo entre profissionais e serviços com a comunidade (BRASIL, 1997; RONCOLETTA *et al.*, 2003). Vale ressaltar a importância em obter profissionais com capacidade para trabalhar nesse novo modelo de atenção a saúde, repensando assim, as práticas educativas voltadas para a promoção da Saúde (BRASIL, 2005). O modelo

de formação hospitalocêntrico, biologicista e fragmentado contribuiu para dificuldade enfrentada atualmente em encontrar profissionais preparados para atuarem no novo modelo de atenção (CUTOLO, 2001).

A Atenção Básica engloba várias ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (GRAZIANO e YOSHIKAWA, 2012). Tais ações são desenvolvidas através do exercício gerencial e sanitário em equipe voltada para populações dos territórios

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006). O PSF criado em 1994 trouxe uma nova direção ao modelo de atenção a saúde, produzindo assim, resultados satisfatórios nos indicadores de saúde, melhorando a qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2012)..

O médico, assim como todos os profissionais que compõe uma equipe, devem ter clareza do funcionamento da ESF e dos princípios e diretrizes do SUS. A formação médica qualificada e com enfoque generalista é de extrema importância, tendo em vista a prioridade que as ESFs estão assumindo no cenário Brasileiro (DAMNO *et al.*, 2013).

O objetivo desta pesquisa foi conhecer a realidade vivencial do Médico, no cumprimento de suas atribuições nas Estratégias de Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa e qualitativa, realizada em um município de aproximadamente 234 mil habitantes, situado no interior do Estado de São Paulo, após a aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo o número do parecer 1.755.484.

A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa e autorização da Secretária da Saúde do município. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras nos meses de novembro e dezembro de 2016, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos que aceitaram participar. O município possui 37 ESFs e a amostra foi constituída por 10 profissionais médicos.

O critério de inclusão utilizado foi Médico com pelo menos seis meses de experiência na ESF, o que permite estarem mais familiarizados com o serviço prestado e com suas atribuições. Instrumento de Coleta de Dados: A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista estruturada, a qual foi composta por questões fechadas e abertas que visam obter informações de caracterização dos profissionais, tais como: sexo, idade, tempo de atuação na ESF e especialização; Informações quanto as suas atribuições, como: se recebem capacitação permanente, se conhecem todas as atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde e também quais fatores mais facilitam e mais dificultam a sua prática. A identificação dos sujeitos neste formulário se deu da seguinte forma: M1, M2, etc., sendo M de Médico, e os números representando a ordem em que foram entrevistados. O processo analítico empregado foi análise no programa de estatística SPSS v.21 e análise temática de Bardin. (MUKAKA, 2012; BARDIN, 2004)

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 14 profissionais das ESFs, ocorreram 4 perdas, pois os mesmos recusaram responder as questões alegando falta de tempo, totalizando assim, 10 médicos. A amostra foi composta por profissionais do gênero feminino e masculino na mesma proporção com média de idade de 34,5 anos ($\pm 11,13$) anos (**Tabela 1**),

Tabela 1. Caracterização dos pesquisados (n=14).

Variável	Valores
Participantes (n)	10
Idade (anos), média \pm DP (mín-máx)	34,5 \pm 11,13 (25-59)
Mulheres (%)	50
Idade (anos), média DP (min- máx)	28,8 \pm 4,14(25-35)
Homens (%)	50
Idade (anos), média DP (min- máx)	41 \pm 12,98(27-59)
Especialização (%)	
Sim	50
Não	50
Tempo de atuação na ESF (%)	
14 a 20 anos	20
8 a 13 anos	20
2 a 7 anos	20
\geq 1 anos	40
Recebem Capacitação permanente (%)	
Sim	40
Não	50
As vezes	10
Conhecem suas atribuições MS (%)	
Sim	90
Não	10

Legenda: n=número; DP=desvio padrão; mín=mínimo; máx=máximo; ESF=Estratégia de Saúde da Família; MS=Ministério da Saúde.

Com relação a especialização, 50% dos profissionais médicos não possuem, sendo que os demais referiram especialização em Saúde da Família e Comunidade (60%), Psiquiatria (20%), e Saúde Pública (20%).

A maioria apresenta tempo de atuação na ESF entre 6 meses e 1 ano, 50% relatam ausência de capacitação permanente, mas 90% relatam que possuem conhecimento de todas as atribuições médicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (**Tabela 1**).

Quando questionados em relação aos fatores que dificultam a prática do profissional médico, observamos o predomínio da baixa disponibilidade de medicamentos, a demora em conseguir consultas nas especializadas e em agendamento de exames e equipe incompleta.

[...] falta de medicamentos e insumos;

[...] demora para conseguir consultas com especialistas;

[...] demora no encaminhamento de serviço de alta complexidade;

[...] dificuldades em conseguir exames complementares;

[...] equipe incompleta dificulta o acompanhamento das famílias.

Os profissionais destacaram que o bom relacionamento com a equipe, o conhecimento prático e de suas funções e o vínculo com a população são alguns dos fatores que facilitam a prática médica.

[...] integração entre os funcionários;

[...] trio gestor bem entrosado;

[...] bom relacionamento com a equipe e com o paciente;

[...] conhecimento dos programas;

[...] equipe bem treinada;

[...] estabelecer vínculo com a população.

DISCUSSÃO

Ao traçar o perfil dos profissionais médicos observamos a mesma proporção do gênero feminino e masculino, com média de idade de 34,5 anos, apresentando tempo de atuação na ESF entre 6 meses a 1 ano. Estudos semelhantes observaram que a faixa etária dos médicos trabalhadores da ESF é de 30 – 40 anos, com predomínio do tempo de atuação de um ano de serviços prestados (CAMPOS, 2005; GOMES e RACHED 2016).

Com relação a especialização, 50% dos profissionais médicos referiram ser especialistas nas seguintes áreas: Saúde da Família e Comunidade (60%), Psiquiatria (20%), e Saúde Pública (20%). A proposta do Programa de Saúde da Família é que o seu médico seja generalista ou médico de família. Pesquisa sobre o perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil constatou que, em 1999, apenas 36,7% dos médicos contratados pelo PSF haviam concluído algum programa de residência médica. Essa média foi considerada baixa, quando comparada à média nacional para outras especialidades, em torno de 75% (MACHADO, 2002).

A presente pesquisa trás que 50% dos médicos relataram ausência de capacitação permanente e 10% referiram que as vezes ela ocorre. Campos (2005), em seu estudo observou-se que de forma geral, os médicos do Programa de Saúde da Família se sentem pouco capacitados a exercerem suas funções e que a ausência de capacitação adequada leva à rotatividade dos profissionais. No resultado da pesquisa de satisfação no trabalho, o resultado referente às capacitações foi o terceiro pior em termos de satisfação. A percepção de que os médicos não têm formação adequada para atuar na atenção integral à saúde e responder às demandas de resolutividade do Programa de Saúde da Família (PSF) levou o Ministério da Saúde a considerar a educação permanente dos profissionais do PSF como um dos desafios para o êxito da proposta. Como forma de enfrentar o problema, em 1996 o Ministério da Saúde convocou instituições de ensino para apresentarem projetos que articulassem ensino e serviço com vistas à capacitação e formação profissional para o Programa de Saúde da Família. Em 2001 havia 30 pólos de capacitação, formação e educação permanente para pessoal da saúde da família nos 27 estados do país (BRASIL, 2005).

Quase a totalidade da amostra (90%) relata que possuem conhecimento de todas as atribuições médicas preconizadas pelo Ministério da Saúde e quando questionados em relação aos fatores que dificultavam a prática do profissional, os mesmos relataram a baixa disponibilidade de medicamentos, a demora em conseguir consultas nas especializadas e agendamento de exames e equipe incompleta.

Para a realização da prática na atenção básica é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada. A organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. (BRASIL, 2006)

A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento e leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Segundo Miomaz *et al.* (2010), a dependência de medicamentos é algo cultural entre os Brasileiros, o que contribui para o aumento de custos dos serviços de saúde com uma demanda supervalorizada.

Gestores de distintas esferas de governo têm assinalado que a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da atenção. Segundo avaliação de um presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, há “um estrangulamento no acesso aos procedimentos de média complexidade. Isso afeta todos os municípios”. O ministro da Saúde também considerou, em entrevista, que o acesso à atenção especializada é “um desafio importante” para o SUS, na medida em que envolve questões complexas (SPEDO *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que a resolutividade da AB está associada a outros fatores, tais como questões relacionadas à estrutura física dos serviços, processo e gestão do trabalho e capacitação dos profissionais que, por sua vez, repercutem na demanda por serviços especializados. É importante considerar, ainda, o protagonismo dos usuários que, sob ineficiência do modelo médico-hegemônico, pressionam e buscam serviços e procedimentos especializados. (SPEDO *et al.*, 2010)

De acordo com Junqueira *et al.* (2010), uma das maiores dificuldades para atuação adequada do serviço de atenção básica está associada à política de recursos humanos. Os recursos humanos das organizações de saúde são propulsores para a construção do SUS e, para tanto, precisam possuir clareza dos objetivos de seu trabalho (SANCHES *et al.*, 2010).

Os resultados apresentados na pesquisa realizada por Machado (2002), sobre o perfil dos profissionais médicos e enfermeiros no PSF do Brasil revelam que a maioria dos profissionais considera árduas suas atividades na Saúde da Família, tendo como principais causas: “o vínculo trabalhista precário; o excesso de trabalho; a falta de recursos humanos capacitados, materiais e medicamentos; a dificuldade de acesso às áreas de trabalho; a baixa remuneração e a falha no sistema de referência e contra referência”.

Para Campos (2005), os problemas de implantação do PSF classificam-se em três grandes blocos: recursos humanos, financiamento e aspectos gerenciais e organizacionais. Recrutamento de pessoal, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade são os principais problemas apontados.

É necessário destinar recursos humanos para desempenhar ações, porém a equipe, que é multiprofissional, não garante assistência integral ao paciente (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

O presente estudo mostra que o bom relacionamento com a equipe, o conhecimento prático e de suas funções e o vínculo com a população são alguns dos fatores que facilitam a prática médica. O trabalho em equipe é a fundamental para ações integrais na saúde e para atender as necessidades dos usuários (SANTOS, 2000; SCHRAIBER, *et al.* 1999).

A ESF constitui-se de equipes multiprofissionais que devem atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática (PEDROSA e TELES, 2001).

O clima organizacional' pode ser compreendido como a percepção formal ou informal de políticas, práticas, ações e procedimentos organizacionais, sendo um fator de influência na eficiência dos resultados, bem como na conduta das pessoas que fazem parte de uma organização. Destaca-se que, nas organizações com um clima organizacional favorável, as atividades tornam-se mais confortáveis e fáceis, produzindo maior satisfação no trabalho e obtendo maior potencial dos trabalhadores (SANTOS e PARANHOS, 2017).

Com isso, entendemos que a organização do trabalho é resultado de um processo intersubjetivo, no qual se encontram envolvidos diversos sujeitos em interação com uma dada realidade, implicando uma dinâmica de interações própria às situações de trabalho, enquanto lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais.

Pesquisas de clima organizacionais são ferramentas de gestão estratégica, pois além de permitir a análise interna e externa, também acompanham o estado de satisfação e comprometimento dos colaboradores com a organização, proporcionando, através de estratégias e ações, o crescimento e o desenvolvimento das pessoas e a máxima produtividade e qualidade, visando à consecução e à superação dos resultados pré-estabelecidos pela gestão central. (SANTO e PARANHOS, 2017).

A escuta qualificada e o desempenho adequado das funções profissionais proporcionam um fortalecimento do vínculo do binômio usuário-serviço de saúde, fortalecendo assim a assistência prestada. (MOIMAZ *et al.*, 2010).

CONCLUSÃO

Constatou-se que a maioria dos profissionais médicos apresenta tempo de atuação na ESF entre 6 meses e 1 ano e que metade é especialista, com predomínio na área de Saúde da Família e Comunidade. Observou-se ainda que quase a totalidade desses profissionais relataram possuir conhecimento de todas as atribuições médicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Quando questionados em relação aos fatores que dificultam e que facilitam a prática do profissional, os mesmos mencionaram respectivamente a baixa disponibilidade de medicamentos, a demora em conseguir consultas nas especializadas e agendamento de exames, equipe incompleta, bom relacionamento com a equipe, o conhecimento prático e de suas funções e o vínculo com a população.

Como em toda atividade profissional sabemos que existem os pontos favoráveis ou desfavoráveis. Apesar das dificuldades expostas, entende que o PSF vem responder a uma tendência mundial e que são capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. ARANTES LJ, SHIMIZU HE, MERCHÁN-HAMANN E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(5): 1499-1509.
2. BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Ed. 70, 2004; 223p.
3. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de jun. 2011.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília. 2012.114p.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. 1997.36p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Série C. Projetos, Programas e Relatórios Educação na Saúde. Brasília. 2005.36p.
7. BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS): Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 mar. 2006.
8. CAMPOS CVDA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2005; 195p.
9. CUTOLO LRA. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, 2001; 454 p.
10. DAMNO HS, MORIYAMA MC, PÍCOLI RP *et al.* Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia saúde da família no município de Campo Grande – MS. *Revista de Psicologia*, 2013; 16(25): 125-137.
11. FAUSTO MCR, GIOVANELLA L, MENDONÇA MHM *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate*, 2014; 38(N Esp): 13-33.
12. GOMES CF, RACHED CDA. Efeitos de estratégia utilizada para fidelização de Profissionais médicos na atenção básica de um município Brasileiro. *Revista de Gestão e Contabilidade da UFPI*, 2016; 3(1): 181-196.
13. GRAZIANO AP, YOSHIKAWA E. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2012; 46(3): 650-656.
14. JUNQUEIRA TS, COTTA RMM, GOMES RC *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(5): 918-928.

15. MACHADO MH. Programa de Saúde da Família no Brasil — algumas considerações sobre o perfil dos médicos e enfermeiros. In: SOUSA, M. F. (Org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, p. 125-132. 2002
16. MENDES EV. A atenção primária à saúde no SUS. In: A atenção primária à saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
17. MOIMAZ SAS, MARQUES JAM, SALIBA O, *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010; 20(4): 1419-1440.
18. MOIMAZ SAS, FADEL CB, YARID SD *et al.* Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16 (1): 965-72.
19. MUKAKA MM. A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal, 2012; 24(3): 69-71.
20. PEDROSA JIS, TELES JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública, 2001; 35(3): 303-311.
21. RONCOLETTA AFT, MORETO G, LEVITES MR *et al.* Princípios da medicina de família. São Paulo: Sobramfa, p. 45-69, 2003.
22. SANCHES EM, PRÓSPERO ENS, STUKER H *et al.* Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2010; 12 (2): 294–300.
23. SANTOS BRL. O PSF e a enfermagem. Rev. bras. enfermagem. 2000; 53(N Esp): 49-53.
24. SANTOS LJ, PARANHOS MS. Os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família no Rio de Janeiro: aspectos da liderança em pesquisa de clima organizacional. Ciência & Saúde Coletiva, 2017; 22(3): 759-769.
25. SANTOS RCA, MIRANDA FAN. Importância Do Vínculo Entre Profissional-Usuário Na Estratégia De Saúde Da Família. Rev Enferm UFSM, 2016; 6(3): 350-9.
26. SCHIMITH MD, LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, 2004; 20(6): 1487-1494.
27. SCHRAIBER LB, PEDUZZI M, SALA A *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva, 1999; 4(2): 221-242.
28. SPEDO SM, PINTO NRS, TANAKA OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010; 20(3): 953-972.