6º CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE CISaúde
Vigilância em Saúde: Ações de Promoção, Prevenção, Diagnóstico e Tratamento

Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

FALTA DE COMPROMENTIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE[1]

Leonardo Gaist[2], Caroline Donini Rodrigues[3], Aline Schneider[4], Marli Kronbauer[5]

[1] Atividade avaliativa da disciplina Políticas Públicas de Saúde do programa de Mestrado em Atenção Integral à saúde UNIJUI/UNICRUZ-Semestre 1/2018

[2] Enfermeiro, Mestrando pelo programa de Mestrado em Atenção Integral à saúde UNIJUI/UNICRUZ
[3] Enfermeira, Mestranda pelo programa de Mestrado em Atenção Integral à saúde UNIJUI/UNICRUZ
[4] Farmacêutica, Mestranda pelo programa de Mestrado em Atenção Integral à saúde UNIJUI/UNICRUZ
[5] Enfermeira, Mestranda pelo programa de Mestrado em Atenção Integral à saúde UNIJUI/UNICRUZ

FALTA DE COMPROMENTIMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lack of commtment of professional working in primary health care

RESUMO

Este estudo é um relato de experiência descrito por mestrados do Programa de Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNIJUI/UNICRUZ na disciplina Políticas Públicas em Saúde que tem como ementa a abordagem do modelo atual de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sua organização em rede, operacionalização, gestão, financiamento e avaliação, com vistas a compreender as políticas públicas como instrumento de garantia de acesso universal à saúde. O objetivo principal é a aplicação da Metodologia Ativa de ensino-aprendizagem - Problematização do Arco de Maguerez aplicado sobre a falta de comprometimento dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária. O presente estudo possibilitou a reflexão sobre o tema proposto, auxiliou o desenvolvimento do pensamento crítico no grupo, proporcionou o debate entre as diversas percepções encontradas e a formulação de uma nova compreensão do problema, apontou perspectivas de mudança da realidade e o fortalecimento das relações entre a equipe multiprofissional com deslocamento de saberes e formação de sujeitos sociais melhores e mais empoderados para enfrentar a realidade.

Palavras-chave: Prestadores de Cuidados de Saúde; Profissional da Saúde; Atenção Primária em Saúde; Comprometimento Profissional.

ABSTRACT

This study is a report of experience described by masters of the Master program in attention

Tipo de trabalho: TRABALHO COMPLETO (MÍNIMO 08 PÁGINAS, MÁXIMO 15 PÁGINAS)

Integral to health UNIJUI/UNICUZ in the discipline Public Policies in Health that has as a menu Approach of the current health care model of the single Health System (SUS), its organizated in Operations, management, financing and evaluation, with a view to understanding the policies of the Public as a means of ensuring universal access to health. The main objective is to apply the Active methodology of teaching-learning-questioning of the arc of Maguerez applied on the Lack of commitment to health professionals who act in primary care. The present study It enabled the reflection on the proposed theme, assisted the development of critical thinking in the group, It provided the debate between the various perceptions encountered and the formulation of a new Understanding of the problem, pointed out prospects of hanging reality and strengthening Relations between the Multiprofessional team with displacement of know-how and the formation of social subjects Better and more empowered to face reality.

Keywords: Health Care Providers; Health professional; Primary Health Care; Professional Commitment.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por ações que visam a atenção integral das pessoas a partir do trabalho realizado na rede de atenção à saúde, a partir de uma ótica preventiva e de promoção da saúde física, social e psicológica. Nesse sentido, a atenção à saúde deixa de ser vista como meramente curativa, individual e isolada do contexto social", para assumir proporções mais amplas, capazes de promover a integralidade das ações em saúde (RONZANI et al 2008).

Diante deste novo contexto, o investimento no ideário humanizador como política de Estado, veio para transformar as práticas da atenção à saúde e o trabalho dos profissionais que nele atuam, sendo, até mesmo, considerado a alavanca para a transformação do sistema como um todo, em articulação com avanços tecnológicos: para os profissionais significaria troca de saberes, espaços de criação, participação como co-gestores e melhoria nas condições de trabalho. Estratégia usada para aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores do Sistema, privilegiando tecnologias não materiais às de maquinário (GOMES, RAMOS, 2015).

No entanto, esse novo *modus operandi*, que solicita novos posicionamentos ético-políticos dos profissionais na tomada de decisão e implementação de ações, persiste em construção, pois esbarra, em contraposição, em condutas que, mesmo voltadas à ação beneficente, se alicerçam no contratualismo e racionalidade instrumental. O contrato do tipo liberal, nunca antes tão presente como intermediador das relações humanas e ainda mais vinculado ao princípio do individualismo egoísta, conflito latente e coação, viceja como única relação possível entre indivíduos, mantendo o interesse próprio acima do respeito mútuo advindo da cooperação e da competência comunicativa, refletido, também, no setor público (GOMES, RAMOS, 2015).

Segundo Sanches et al (2010), o trabalho, apesar de seu caráter subjetivo, é determinante e estruturante na vida das pessoas. Se desenvolvido em serviços, principalmente na área da saúde, aproxima o universo laboral ao da própria existência.

Para Teixeira (2018) o trabalho está ligado diretamente à satisfação com a vida numa dimensão afetiva, a partir do apego psicológico e de afetos positivos; numa dimensão normativa através do vínculo moral do indivíduo com a organização e numa dimensão calculativa, através da recompensa financeira.

Da mesma forma multidimensional, o comprometimento tem bases afetivas, associada à ideia de lealdade e orgulho; normativa, relacionada a identificação de valores e objetivos e instrumental relacionada às condições de trabalho e à recompensa financeira (TEIXEIRA, 2018). SEIDL et al (2014) destaca que a satisfação com o trabalho e com a vida é consequência da sintonia entre as necessidades, os papéis adequados, os valores e as características pessoais.

O trabalho em saúde na atenção básica é um processo coletivo desenvolvido, principalmente por profissionais assalariados, cujos atos de produção são fragmentados pelas especialidades, o que, muitas vezes, resulta na dificuldade em dimensionar a noção do todo que compreende o produto final do trabalho em equipe. A decomposição de tarefas pode reduzir a ação do trabalhador a um conjunto repetitivo de atividades que tende a dificultar a construção da identidade laboral, prejudica a relevância do trabalho individual e pode levar ao descomprometimento dos profissionais (SEIDL et al 2014).

Segundo Cotta et al (2006) a IX Conferência Nacional de Saúde de 1992 já apontava como indispensável a implementação de uma política nacional de recursos humanos capaz de proporcionar qualificação e formação permanente dos trabalhadores, integrando escolas de graduação e pós-graduação com os serviços de saúde, através da criação dos Polos de Educação Permanente. O estudo aponta a existência de uma crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde devido, principalmente aos baixos salários, às precárias condições de trabalho e à insegurança gerada pelas diferenças de comprometimento e competência, dos governos que se sucedem, à falta de adequação dos currículos universitários ainda voltados para uma formação curativa, "hospitalocêntrica" e com conhecimento fragmentado e especializado, além da interminável disputa dos setores público e privado pelas escassas verbas de custeio do Sistema de Saúde (COTTA et al 2006).

A desmotivação profissional pode interferir de modo negativo na prestação do cuidado, uma vez que a humanização e a integralidade da assistência estão baseadas em ouvir e compreender o indivíduo a ser cuidado (GOMES, RAMOS, 2015).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é descrever e refletir acerca das etapas da Metodologia de Problematização e de sua utilização na disciplina Políticas Públicas em Saúde do Programa de Mestrado em Atenção Integral à Saúde UNIJUI/UNICRUZ.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, da utilização da Metodologia de Problematização (MP), baseada na adaptação produzida por Bordenave e Pereira (2001), a partir do Arco de Charles Maguerez, realizado na disciplina Políticas Públicas de Saúde do programa de Mestrado em

Atenção Integral à Saúde, que tem como ementa a abordagem do modelo atual de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sua organização em rede, operacionalização, gestão, financiamento e avaliação, com vistas a compreender as políticas públicas como instrumento de garantia de acesso universal à saúde.

Os grupos de trabalho foram sorteados pelos professores da disciplina de forma aleatória. Após longa discussão entre os mestrandos, com socialização de vivências, troca de saberes, respeito mútuo e aprofundamento teórico, o grupo expôs o problema para posteriormente identificar os pontos-chave.

A teorização foi realizada por meio de busca de artigos na literatura, com o intuito de ancorar as hipóteses explicativas bem como de pensar soluções.

Com base na teorização o grupo de mestrandos propôs hipóteses resolutivas do problema debatido. A última etapa seria a aplicação, à realidade, através da elaboração do projeto aplicativo, o que passaria a ser a intervenção do estudo e que não está descrito neste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A técnica do Arco de Maguerez é uma metodologia ativa, que utiliza problemas como estratégia nas realidades concretas, faz com que os mestrandos interajam de forma ativa, como atores do processo de construção do conhecimento, resultando em ensino-aprendizagem significativa. Propõe que o processo de aprendizagem seja disparado pela observação da realidade, com construção de intervenções a fim de produzir melhorias nessa realidade (OLIVEIRA et al,2017).

O método do Arco de Maguerez é constituído por cinco etapas:

Etapa 1: Observação da Realidade

Seu ponto de partida é a realidade vivenciada acerca do problema levantado (OLIVEIRA et al,2017).

Após longa discussão, frente a várias realidades de diferentes categorias profissionais, os mestrandos, seguindo a metodologia proposta, registraram de forma sistematizada suas percepções com foco nos problemas. Foi realizado um olhar minucioso de cada realidade vivenciada nos diferentes municípios e identificado como problema principal: *a falta de comprometimento dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde*.

Etapa 2: Identificação dos Pontos-Chave

A partir do problema elencado seleciona-se o que é relevante e essencial para a representação da realidade. Elaboram-se as hipóteses explicativas (o que causa o problema), a partir de

conhecimentos prévios (OLIVEIRA et al,2017)

Foram identificados pelos mestrandos, quanto ao problema "falta de comprometimento dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária a saúde" os seguintes pontos-chave:

- Falta de valorização dos profissionais de saúde;
- Aspectos políticos, em que prevalece a corrupção;
- Falta de conhecimento científico dos profissionais;
- Insegurança e medo de represálias;
- Não participação dos profissionais em políticas sociais como reuniões em comunidade e reuniões do Conselho Municipal de Saúde ou Conselhos locais de saúde;
- Baixa resolutividade no serviço, ausência de protocolos Técnico-asssistenciais;
- Falta de trabalho em rede;
- Falta de criação de espaços institucionais para reuniões de planejamentos de ações de saúde.

Etapa 3: Teorização das Hipóteses do Problema

Consiste na fundamentação teórica do problema, momento em que as informações precisam ser fundamentadas, buscando explicações acerca da realidade observada (OLIVEIRA et al,2017).

Segundo Fernandes et al (2015), a falta de comprometimento é um dos fatores mais apontados como significativo no desempenho do trabalho em equipe. A oposição às mudanças e não cumprimento do trabalho pode comprometer a equipe de saúde, sendo um grande empecilho para o desenvolvimento profissional. Segundo o autor, observam-se os sinais de cooperação quando o grupo está mais coeso e as ações dentro da área estão mais transparentes. Destaca-se que comprometimento consiste em uma característica inerente aos trabalhadores da saúde, independente de onde exercem sua prática profissional (FERNANDES et al. 2015).

Teixeira (2018) identificou estudos anteriores que apontavam que o comprometimento se constitui em um vínculo duradouro e profundo e que o comprometimento afetivo é o que mais influencia na rotatividade de profissionais. O estudo aponta ainda que o estresse está aumentando e que a diferença entre a expectativa e a realidade nas profissões assistenciais contribui para aumentar ainda mais a frustração e o estresse.

Os achados da literatura apontam a falta de políticas de valorização profissional (SEIDL et al 2014), a diversidade de vínculos trabalhistas (SANCHES et al 2010; SEIDL et al 2014), a falta de empoderamento dos profissionais (THOFEHRN; AMESTOY; LEOPARDI, 2007), bem como de espaços institucionalizados (RIGHI, SCHMIDT, VENTURINI, 2010) e as diferentes bases de formação profissional (FERREIRA et al 2010; JUNIOR et al 2018) como hipóteses explicativas para a falta de comprometimento.

Na contramão desse processo, a organização do SUS flexibiliza as relações de trabalho e a transferência de responsabilidades estatais para organizações de direito privado, em busca de

maior controle de gastos com recursos humanos (SEIDL et al 2014) bem como de atender às novas demandas da área da saúde (SANCHES et al 2010). Porém o desencontro entre a necessidade de organização do SUS e a reforma do Estado resultou na proliferação de formas variadas de vínculos empregatícios que perduram até hoje e muitos deles levaram à precarização do trabalho (SANCHES et al 2010).

A relação entre o público e o privado na área da saúde começa a assumir vínculos institucionais e conformações variadas que, além dos órgãos estatais, engloba fundações de direito público e privado, Organizações sociais, cooperativas, entidades filantrópicas, entre outras, cada uma com sua própria política salarial e seu plano de carreira, resultando nos mais variados vínculos contratuais e gerando, para os mesmos cargos, multiplicidade de atribuições e, cargas horárias e remunerações diferentes (SANCHES et al 2010).

Os serviços de saúde geralmente estão sobrecarregados, neles os profissionais recebem, de um lado a pressão das necessidades da população, que espera um atendimento de qualidade; de outro a pressão dos interesses da gestão, via de regra cobrando volume de atendimento que possa ser traduzido em números e dentro da equipe, a pressão da dificuldade de conciliar planejamento, prevenção e atendimento de demanda. Cabe considerar que muitos serviços não oferecem condições adequadas ao trabalho, que não há estímulo à educação continuada e à qualificação profissional e que predominam profissionais sem perfil adequado para o trabalho em comunidade, atraídos pela valorização profissional proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família (SEIDL et al 2014).

O desenvolvimento da gestão da qualidade ao longo do tempo fez este movimento de gestão transpor o seu domínio industrial e adquirir proeminência em todos os setores de atividade, fazendo parte, cada vez mais, do conjunto de ideias de base que norteiam a administração pública e a vida dos cidadãos. O cenário mundial evidencia que a qualidade não pode ser mais considerada como opcional aos serviços e sim requisito fundamental para sobrevivência e, mais importante do que isso, é uma responsabilidade social e ética (RIGHI, SCHMIDT, VENTURINI, 2010).

Etapa 4: Hipótese de Solução

Com base na teorização, de forma crítica e criativa, foram propostas possíveis hipóteses resolutivas para elucidar o problema (OLIVEIRA et al,2017).

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial do PSF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam identificar-se com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo (SEIDL et al 2014). Portanto, o PSF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores (JUNIOR et al 2018).

A redefinição dos espaços públicos está determinada, muitas vezes, na vontade do trabalhador em se apoderar do mesmo, pois o agir, criar e experimentar algo novo, a partir de iniciativas é uma proposta de melhora, quem sabe um recomeço entre os trabalhadores da própria equipe sem

mesmo contar e esperar por um suporte institucional (THOFEHRN; AMESTOY; LEOPARDI, 2007).

Seidl et al (2014) destacam a importância de implantar estratégias que fortaleçam a satisfação e o comprometimento com o trabalho na busca de elevar a produtividade e o desempenho dos trabalhadores e reduzir as taxas de absenteísmo e rotatividade no trabalho. Políticas de gestão de pessoal oferecendo recompensas financeiras, pessoais e materiais fortalecem o vínculo do indivíduo com a instituição, promovendo o comprometimento organizacional (SEIDL et al 2014).

As ações no âmbito da saúde pública requerem um novo olhar do profissional no campo ético-político e no que concerne ao seu processo de trabalho, exercitando a integralidade e a interdisciplinaridade. No entanto, a formação acadêmica desses profissionais não abrange as premissas necessárias para a atuação de acordo com os princípios do SUS, necessitando ser aprendido no cotidiano da produção, na prestação de serviços de saúde e na imersão no trabalho coletivo. O perfil não adequado da formação acadêmica para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação pode levar a falta de comprometimento do profissional com esta pratica (FERREIRA et al 2010).

A maneira como são estruturados e funcionam os processos de formação e de práticas profissionais em saúde configura um quadro de raciocínio propositivo e avaliativo comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. A formação acadêmica representa hoje um papel de suma importância para a construção de um SUS democrático, equitativo e eficiente (JUNIOR et al 2018).

De acordo com Cotta et al (2006), os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

A qualidade dos serviços de saúde, dessa forma, passa a figurar como resultado de diferentes fatores ou dimensões que constituem instrumentos, de fato, tanto para a definição e análises dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais sanitários e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros, com as normas técnicas, sociais e humanas (COTTA et al 2006).

As atuais condições de saúde dos brasileiros têm evidenciado mudanças na concepção de saúde e de qualidade de vida; aspectos como as condições sociais da população e sua relação direta com a saúde passam a ser discutidos por instituições nacionais e internacionais, revelando que as tendências observadas nas condições de saúde da população brasileira nos últimos anos devem ser interpretadas em termos dos determinantes sociais de saúde (ALMEIDA, COUTINHO, SOUSA, 2017). Nesse sentido, Savassi (2012) explica que qualificar a Atenção Primária passa não apenas pela avaliação, mas pela seleção de profissionais capacitados, qualificação da prestação de serviços, monitorização de resultados e valorização dos profissionais de saúde envolvidos com a nova cultura.

Esse processo, para Almeida, Coutinho e Sousa (2017), na atenção primária deve envolver a

reciprocidade através da escuta interessada e a qualidade no processo de trabalho dos profissionais na formação de vínculo e respeito, sempre com resposta positiva e com responsabilidade pela resolução do problema. Entretanto há ocorrência de troca de sentimentos e atitudes, gestos simbólicos que podem se manifestar de forma positiva e negativa.

A qualidade de atenção à saúde precisa ser fortalecida, e as práticas avaliativas, atualmente, surgem como mais um importante instrumento de gestores, profissionais/equipe, pesquisadores e usuários na conquista de maiores negociações sobre a equidade e representação social na garantia de direitos já conquistados na história da saúde brasileira (OLIVEIRA et al, 2017).

Para Righi, Schmidt e Venturini (2010), o processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços como quem os produz. Não há dúvida de que usuário e prestador ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam executados.

Para oferecer serviços e atendimento de qualidade à sociedade o Estado precisa adotar políticas para qualificar e manter o trabalhador “integrado, comprometido e participativo, tanto na definição quanto na implementação dos serviços oferecidos”, ou seja: comprometido (SANCHES et al 2010).

A qualificação profissional inicia por estabelecer bases acadêmicas capazes de contemplar o tema preparando o acadêmico para os desafios profissionais, propondo desde o início da formação as vivencias práticas e o posicionamento crítico e reflexivo de forma a promover o empoderamento profissional.

Para o problema da falta de comprometimento profissional a implantação de políticas de valorização que contemplem plano de carreira, bem como enfoque ao aperfeiçoamento profissional, educação continuada e permanente são necessárias assim como a padronização dos vínculos entre instituição e profissional com foco na qualidade do trabalho a ser prestado.

Outras ferramentas importantes que podem ser usadas para incentivar o comprometimento são os espaços institucionalizados e a inserção dos profissionais nos conselhos de saúde. Nestes ambientes os profissionais podem trocar experiências, avaliar processos, e discutir informações e resultados para implementação da qualidade dos serviços e do crescimento profissional. A divulgação dos trabalhos realizados é outra forma de valorização dos profissionais e que pode fortalecer o comprometimento com a construção de resultados.

Etapa 5: Aplicação à Realidade

Onde são aplicadas ações para solucionar os problemas identificados, buscando transformá-los (DOS SANTOS et al, 2018).

Diante do exposto, possíveis hipóteses resolutivas foram propostas com base na teorização realizada. O principal diferencial para escolha dessa metodologia é a possibilidade de

retorno/aplicação na realidade que permite a produção de propostas de intervenção, apoiadas por referenciais do planejamento estratégico situacional, pelos atores que nela se identificam aspectos insatisfatórios, e construir o Projeto Aplicativo como parte do produto esperado no desenvolvimento dessa metodologia, o que representa a oportunidade concreta para produção de ações na perspectiva dos sujeitos que desejam transformar a realidade (OLIVEIRA et al,2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a teorização realizada acerca do problema da falta de comprometimento profissional na atenção primária à saúde, tendo em vista a complexidade dos fatores que o acarretam, verificou-se que além de atender as demandas trazidas aos serviços, os profissionais de saúde devem atuar de forma articulada com os mais variados setores, envolvidos na promoção da saúde e precisam estar aptos a planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações direcionadas a atender às necessidades da comunidade. A integração dos serviços de saúde com as instituições de ensino responsáveis pela graduação e pós-graduação de profissionais é, também, indispensável para a preparação de mão de obra qualificada e também para proporcionar atualização e educação permanente dos profissionais já inseridos nestes serviços.

Assim como existe uma lacuna entre o querer fazer e o saber fazer, o trabalho em equipe exige uma troca permanente de quereres e saberes e de abertura ao planejamento conjunto das ações. Mesmo uma equipe afinada e acostumada ao trabalho interdisciplinar pode enfrentar sérias dificuldades, se os gestores e o controle social não estiverem alinhados, comprometidos e envolvidos desde o planejamento até a avaliação dos resultados. Na diversidade de estruturas que respondem pelo atendimento à saúde multiplicam-se denúncias e condenações pelo uso de organizações sociais que respondem de forma terceirizada por serviços públicos de saúde, nas quais são contratados apadrinhados políticos e/ou são desviados recursos da saúde, o que acaba por minar o comprometimento dos envolvidos no SUS.

O presente estudo com metodologia ativa possibilitou a reflexão sobre o tema proposto, auxiliou o desenvolvimento do pensamento crítico no grupo, o debate entre as diversas percepções encontradas e a formulação de uma nova compreensão do problema, bem como de perspectivas de mudança da realidade e o fortalecimento das relações entre a equipe multiprofissional com deslocamento de saberes e formação de sujeitos sociais melhores e mais empoderados para enfrentar a realidade.

A elaboração de um projeto aplicativo (a partir das hipóteses de solução), deve ser a próxima etapa deste estudo, que é a intervenção na realidade dos serviços de saúde que tem falta de comprometimento dos profissionais de saúde na atenção primária.

Acreditamos que a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tanto em instituições de ensino como nos serviços integrados a elas, é fundamental para proporcionar estímulo a reflexão; troca de saberes prévios; geração de desenvolvimento de competências na área da educação, saúde e gestão; ampliação de vínculos; estabelecimento de parcerias e de corresponsabilidades para a construção de mudanças nas práticas em saúde, visando ampliar a

capacidade crítica dos sujeitos para habilitá-los a transformar a realidade e conquistar o SUS que tanto desejamos.

REFERENCIAS

COTTA, R. M. M., SCHOTT, M., AZEREDO, C. M., FRANCESCHINI, S. D. C. C., PRIORE, S. E., & DIAS, G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, n.15, v.3, p.7-18, 2006.

DOS SANTOS, Kezia Cristina Batista et al. Metodologia da problematização com arco de maguerez no centro cirúrgico oftalmológico de um hospital universitário. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 4, n. 1, p. 884-888, 2018.

FERNANDES, Helen Nicoletti, et al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** [en linea] 2015, 7 (Enero-Marzo) : [Fecha de consulta: 18 de mayo de 2018] Disponible en: ISSN

FERREIRA, Ricardo Corrêa; FIORINI, Vânia Maria Lopes; CRIVELARO, Everton. Medical training in the single Health System in Brazil: the role of Primary Healthcare from the perspective of medical professors. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GOMES, Doris; RAMOS, Flávia Regina Souza. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 9-20, 2015.

JULIO, V. M. PREOCUPAÇÕES DE CARREIRA PARA A REFORMA E SATISFAÇÃO COM A VIDA NUMA AMOSTRA DE REFORMADOS - Tese de Mestrado; Lisboa; Portugal; 2013

JUNIOR, Josemar Ramos Nunes; DE VASCONCELOS, Cinthia Rodrigues; ARANTES, Ana Cecília Primavera. FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NO SUS: UM OLHAR PARA O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS. **CADERNOS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FISIOTERAPIA**, v. 4, n. 7, 2018.

OLIVEIRA, MS et al. Preceptoria no SUS; caderno do curso. São Paulo: hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde,2017.70p.(Projetos de Apoio ao SUS).

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 23-34, 2008.

SANCHES, Elizabeth Navas et al. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 294-300, 2010.

SEIDL, H; VIEIRA, S P; FAUSTO,M C R; LIMA, R C D; GAGNO, J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ –AB; **Saúde Debate**, RJ, V. 38; N. Especial; p 94 a 108; out.2014

SILVA AG, ALVES CA. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. In Morosini MV. (Org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro, p. 27-41, 2007. Disponível http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf> Acesso em: 24 jun.2018.

TEIXEIRA, Fabíola Dalprat. Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde – *Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia para obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência* - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 134p.; 2018.

THOFEHRN MB, AMESTOY SC, LEOPARDI MT. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho: visão arendtiana. **Ciênc Cuid Saúde**; n.6, v.2, p:468-73, 2007.