

O ENFERMEIRO NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO

THE NURSE ON THE FAMILY HEALTH CARE TEAM: CASE STUDY

EL ENFERMERO EN EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR: ESTUDIO DE CASO

Maria Denise Schimith^I
Maria Alice Dias da Silva Lima^{II}

RESUMO: Teve-se como objetivo analisar o processo de trabalho do enfermeiro inserido em uma equipe de saúde da família. Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de observação livre com amostragem de tempo, entrevista semiestruturada e consulta a documentos, no período de agosto a novembro de 2001, em uma equipe de saúde da família de um município na região central do Estado do Rio Grande do Sul. O enfermeiro prioriza atividades preventivas e administrativas. Há demanda de atendimentos clínicos exclusivamente para o médico, perpetuando o modelo médico hegemônico. Identificou-se que o enfermeiro estabelece parcerias, articulando diferentes setores da comunidade. Há relação entre a organização do processo de trabalho e a possibilidade de mudança do modelo técnico-assistencial. Propõe-se a aproximação do enfermeiro a atividades clínicas. A atenção em saúde deve ser focada no sujeito, individual e coletivo, desencadeando processos geradores de ação integral.

Palavras-Chave: Programa saúde da família; profissional de enfermagem; atenção primária à saúde; sistema único de saúde.

ABSTRACT: This study aims at analyzing the nurse's work process on a family health care team. A qualitative approach was applied to a case study. Data was collected on a free observation basis with time samples, semi-structured interview, and document analysis out of a Family Health Care team of a municipality located in the central region of the Rio Grande do Sul state, Brazil, from August to November, 2001. The nurse's priorities have a preventive and managerial nature. Demand for clinical service is set only upon the physician, perpetuating the hegemonic medical model. The nurse works on partnerships, articulating different community sectors. The organization of the work process does relate to possible changes in the technical health care model. The engagement of the nurse in clinical activities is suggested. Health care must focus on both the individual and the collective subject, generating integral action.

Keywords: Family health program; nurse's role; primary health care; single health system

RESUMEN: Se busca analizar el proceso de trabajo del enfermero inserido en un equipo de salud familiar. Es un estudio de caso, con enfoque cualitativo. Los datos fueron colectados a través de observación libre con una muestra de tiempo, entrevista semiestruturada y consulta en documentos, en el período de septiembre a noviembre de 2001, en un equipo de salud familiar de un municipio de la región central del Estado de Rio Grande do Sul-Brasil. El enfermero privilegia actividades preventivas y administrativas. Hay demanda de atendimientos clínicos exclusivamente para el médico, manteniendo el modelo médico hegemónico. Se constató que el enfermero trabaja colectivamente, articulando los distintos sectores de la comunidad. Hay relación entre la organización del proceso de trabajo y la posibilidad de cambios del modelo técnico-assistencial. Se propone el acercamiento del enfermero a las actividades clínicas. La atención en salud debe ser enfocada en el sujeto, individual y colectivo, desencadenando procesos generadores de acción integral.

Palabras clave: Programa de salud familiar; profesional de enfermería; atención primaria de salud; sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

A estratégia de saúde da família (ESF) é uma proposta do Ministério da Saúde para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica, apostando no estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população. Está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e assina-

lando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde¹.

O trabalho do enfermeiro na ESF tem sido objeto de estudo de vários autores²⁻⁴ denotando a necessidade de acompanhar a prática desse profissional, considerando sua importância social, principalmente no que se refere à influência no processo saúde-doença. Um dos grandes desafios que se apresenta aos profissi-

^IMestre em enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: ma.denise@yahoo.com.br.

^{II}Doutora em Enfermagem. Pesquisadora CNPq. Professora Associada do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

onais que vêm atuando no âmbito da saúde da família refere-se à integração da equipe de trabalho. Assim, para a compreensão do trabalho do enfermeiro é necessário analisar sua inserção no trabalho da equipe e como realiza o cuidado específico de enfermagem.

Tomando como base essas elaborações, pretende-se questionar se há relação entre os elementos do processo de trabalho de uma equipe da ESF e analisar como exercem seu autogoverno durante o trabalho, de forma que o modo de produção possa ser modificado. Discute-se o processo de trabalho do enfermeiro de uma equipe de saúde da família, considerando-se a interação com os profissionais que compõem a equipe no microespaço do processo de trabalho.

Assim, foi objetivo deste artigo, elaborado a partir de uma dissertação de mestrado⁵, analisar o processo de trabalho do enfermeiro inserido em uma equipe da ESF, procurando caracterizar o modo de produção de saúde que está sendo construído.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia de Saúde da Família, foi implantado em 1994. Há uma polêmica quanto a ser um programa ou uma estratégia, devido à forma de implantação. Apresenta, por uma face, uma estrutura de programa, com passos bem definidos, e por outra, como estratégia ao passo que abre a possibilidade de concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo capaz de produzir impacto no sistema⁶.

Passou por um processo de expansão chegando, em 2007, a 27.324 equipes, atingindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde em torno de 87,7 milhões de pessoas⁷. Questionar o processo de trabalho na ESF significa considerar a importância do acesso da população brasileira à atenção básica, bem como reconhecer que atualmente as discussões teóricas assumem o desafio de formular a consolidação da qualidade das ações da estratégia⁸.

Essa consolidação passa pelo modo de organização do trabalho das equipes. O trabalho em saúde é caracterizado pelo autogoverno dos trabalhadores e pelo fato de o consumo se dar no ato de sua produção. Dessa forma, no espaço interseccional, ocorre o encontro de necessidades, no qual profissional e usuário são instituintes, podendo marcar o trabalho em saúde tanto como um processo inovador quanto resistente às mudanças⁹.

Outro fator importante para articular as mudanças necessárias passa pela autonomia dos trabalhadores. É preciso combinar *compromisso social com liberdade*, sendo que o desejo e o interesse dos trabalhadores precisam ser reconhecidos e administrados^{10:34}.

Com essas características, o modo de agir em saúde pode ter uma enorme variedade de produtos, considerando que o trabalho realizado é o espaço da

concretização dos modelos de atenção, no qual se abrem possibilidades para a satisfação das necessidades dos usuários⁹. O campo de saúde abarca outros múltiplos fatores que o tornam complexo e desafiante. No entanto, destacaram-se aqui os que foram identificados na pesquisa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Com essa abordagem é possível desvendar valores, atitudes, crenças e aspirações que pertencem às relações. Na pesquisa qualitativa, a preocupação não é com a generalização dos dados obtidos, e sim, com a compreensão abrangente e profunda¹¹.

O desenho metodológico da pesquisa é o estudo de caso, que permite um aprofundamento da unidade estudada, vista na sua singularidade¹².

Os dados foram coletados por meio de observação livre por amostragem de tempo, entrevista semiestruturada¹¹ e consulta a documentos, quais sejam: Relatório Municipal de Gestão do 3º trimestre de 2001 e o *sistema de informação da atenção básica* (SIAB). Foram observadas jornadas de trabalho aleatórias de todos os membros de uma equipe de saúde da família de um município da região central do Estado do Rio Grande do Sul, com destaque para o trabalho da enfermeira, totalizando 54h15min, distribuídas em 16 turnos, durante o período de agosto a novembro de 2001. O grupo que participou da investigação compôs-se de uma equipe da ESF, compreendendo um médico, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. O procedimento de escolha da equipe foram os critérios tempo de implantação do serviço e menor rotatividade de pessoal entre as equipes da região central do estado.

A análise dos dados foi realizada seguindo as diretrizes do método qualitativo: ordenação dos dados, classificação em estruturas de relevância, síntese e interpretação dos dados¹¹. As estruturas de relevância identificadas foram: acesso, responsabilização pelas necessidades do usuário, vínculo, o trabalho da enfermeira e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Consideraram-se os aspectos éticos para pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹³. Como a pesquisa foi realizada em 2001, não foi submetido a comitê de ética, pois não havia sido implantado. Os profissionais aceitaram participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conservou-se o anonimato dos usuários envolvidos no estudo, utilizando-se abreviaturas e seu número de ordem para identificar os entrevistados (Enf1, Aux1, Aux2, Aux3 e Med1) e as observações (Obs1, Obs2...). Por tratar-se de um município de pequeno porte, sua identificação foi suprimida para garantir a privacidade e o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organização do Trabalho da Equipe e a Produção de Saúde

Observou-se que há uma divisão de tarefas na equipe, sendo que o médico desenvolve atividades de atendimento clínico individual, sejam consultas, visitas domiciliares, procedimentos cirúrgicos eletivos, consultas de pré-natal e coleta de preventivo de câncer de colo uterino. A enfermeira desenvolve prioritariamente atividades administrativas e educativas coletivas; coordena e supervisiona atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, coincidindo com resultados já descritos⁴.

Os profissionais de saúde da ESF podem transformar esses momentos em espaços para mudança do modelo tecnoassistencial, favorecendo o autocuidado e o acesso ao serviço de saúde¹⁴.

As atividades educativas coletivas são coordenadas e, via de regra, executadas pela enfermeira, nas casas dos moradores. Essa forma de organização é considerada pela equipe como um avanço no sentido de ampliar o acesso das pessoas às atividades educativas, envolvendo a comunidade. Os momentos de encontro individual com os pacientes são escassos e foram observados somente durante a coleta de exames citopatológicos. Quanto ao tipo de atividades, outro estudo também encontrou estas como sendo as principais desenvolvidas pelo enfermeiro¹⁵, com exceção da consulta pré-natal que não foi observada no trabalho da enfermeira nessa investigação.

Em pesquisa realizada em Marília foi encontrado resultado diverso no que tange ao objeto de trabalho das enfermeiras, pois naquele município a prioridade das enfermeiras é o atendimento clínico e curativo, todavia, centrado no corpo individual, sem considerar a dimensão social³.

Identificou-se que os agentes comunitários de saúde estabelecem a ligação entre a comunidade e a equipe e que a enfermeira é a profissional de referência para eles, confirmando resultado de pesquisa realizada com enfermeiras da ESF de Porto Alegre/RS⁴.

As auxiliares de enfermagem desenvolvem atividades distintas, concentrando-se no atendimento à demanda espontânea da unidade, procedimentos e visitas domiciliares. Também preparam o material a ser esterilizado na Unidade Central e a coleta do teste do pezinho.

A organização do trabalho do conjunto dos profissionais não permite identificar processos grupais, ou seja, não apresenta na sua organização momentos para discutir a tarefa executada, o desejo, o projeto pensado do outro. A impossibilidade ou a dificuldade apresentada pela equipe de estabelecer metas e objetivos a serem alcançados, planejados em conjunto, provoca

um sentimento de frustração nos trabalhadores, tornando-se um aspecto limitante na execução das atividades⁴. Assim, ressalta-se que o trabalho em equipe precisa ser analisado, pois ele não se constitui apenas pela convivência em um mesmo local de trabalho¹⁶.

O grupo de hipertensos/diabéticos também é uma atividade das auxiliares. Foram efetuados exame de glicemia capilar e verificação da pressão arterial, entretanto, não foi proferida nenhuma orientação coletiva durante todo o período de observação.

Observação do grupo de hipertensos e diabéticos: [...] Aux.3: [pergunta ao paciente] Está em jejum? Paciente:[responde] Sim. Auxiliar realiza os procedimentos [e informa ao paciente]: pulso 119, pressão 180/90. Anota na carteira. Paciente se despede. (Obs2)

Mesmo sendo detectados sinais de risco durante o atendimento, a auxiliar de enfermagem não utiliza o seu *saber-fazer* para satisfazer a necessidade do usuário. Assim, a concentração na tarefa em si, sem buscar a autonomia do paciente e consequentemente do trabalhador, possivelmente não gere impacto na determinação no processo saúde-doença da população. Ressalta-se, no entanto, que alguns estudos indicam que o grupo pode ser um espaço de apoio e suporte para as alternativas do tratamento, proporcionando ao usuário maior aceitação da doença e uma atitude de credibilidade ao processo educativo efetuado pela equipe¹⁷.

Processo de Trabalho e o Auto-governo dos Profissionais

Identificou-se que a enfermeira não se constitui como um profissional de referência para as auxiliares, nos casos em que elas não podem decidir sozinhas, pois solicitavam o médico, mesmo para casos de competência da enfermeira. Dados divergentes foram encontrados em outro estudo⁴, no qual os enfermeiros constituíram-se como referência para esses profissionais.

Quando a enfermeira fala da finalidade da saúde da família e da enfermeira na saúde pública, verifica-se que existe uma eleição das atividades de prevenção e promoção.

[...] para mim é proteger as pessoas, [...] promover a saúde deles, porque [...] é difícil quando eles estão doentes; assim [...] medicação, [...] encaminhar [...] é tão difícil de conseguir. Enquanto que proteger e promover é tão fácil [...]. (Enf1)

Dessa forma, a integralidade das ações pretendida no PSF não fica evidente. Sabe-se que as ações de promoção, prevenção e cura são complementares, nunca excludentes. Por conseguinte, quanto maior a resolutividade da assistência na atenção básica, menor demanda para outro nível de atenção¹⁸. A unidade básica deve ter suas funções ampliadas para atender integralmente os problemas de saúde de uma população, realizando, além da prevenção e promoção, atendimento clínico ampliado, garantindo os meios

necessários à manutenção da vida. A integralidade deve ser um desejo dos profissionais e não uma construção solitária dos usuários¹⁹.

Pode-se afirmar que, a partir da escolha feita pela enfermeira, não se medem esforços para desenvolver ações de prevenção na comunidade, e a inserção e o respaldo, garantido principalmente pelos agentes comunitários de saúde, na área adscrita, é louvável. Contudo, essas atividades são realizadas de forma verticalizada e descontextualizada, com características que pouco promovem a autonomia dos usuários, conforme descrito na literatura²⁰.

Observou-se que a demanda de atendimentos clínicos é exclusivamente para o médico, o que gera desconforto para o usuário de enfrentar a fila de distribuição de senhas. O trabalho da equipe, com essa característica, é responsável pela falta de acesso e pela vinculação dos usuários a um único profissional. O campo da saúde coletiva, em função de sua natureza não convencional, é permeado por lógicas, discursos e práticas diferentes e, para inverter a lógica da demanda por remédios e cuidados médicos, é necessário ouvir o que a população busca em saúde²¹.

A enfermeira, na maioria das vezes, não está presente nas ações desenvolvidas no interior da unidade de saúde, o que acarreta sua delegação às auxiliares de enfermagem. O teste do pezinho é um exemplo. Nesse momento, a enfermeira poderia realizar uma consulta de puericultura, efetivando um acompanhamento dos recém-nascidos, otimizando a vinda da mãe e do bebê para a unidade.

Outro exemplo é o exame preventivo de câncer de colo uterino. Sabe-se que, dependendo do resultado desse exame, a paciente pode necessitar ou não de consulta médica, ficando como função da enfermeira o atendimento de alguns casos. Nessa equipe, no entanto, todos os resultados desses exames devem passar pela consulta médica, o que contribui para aumentar a demanda desse profissional.

Assim, se esses atendimentos fossem realizados pela enfermeira, já seria possível diminuir a fila, que dificulta o acolhimento na relação com os usuários. Essa forma de organização do processo de trabalho caracteriza o modelo médico hegemônico. No entanto, para humanizar o atendimento, sem sobrecarga para os trabalhadores, é preciso articular o trabalho em equipe, pois a cooperação pode contribuir para a organização do trabalho, possibilitando um melhor desenvolvimento⁴.

Existem resultados diversos no que se refere à presença da enfermeira na unidade comparando três equipes de saúde da família em municípios diferentes²². Nos municípios nos quais as enfermeiras desenvolviam outras atividades dentro da Secretaria de Saúde, o acompanhamento das atividades de enfermagem era feito pelo médico. Na equipe em que ela

permanecia em tempo integral, o seu trabalho era valorizado e se constituía como referência para casos mais complicados.

Na organização do trabalho da equipe da ESF estudada, foram constatados problemas decorrentes do desenho tecnoassistencial da atenção predominante no sistema de saúde. Essa configuração assemelha-se ao formato descrito acerca do momento atual de construção do SUS²³, evidenciando-se que as consultas clínicas ocupam grande parte da agenda do médico e as práticas com o coletivo são assumidas principalmente pelos agentes comunitários de saúde e pelos profissionais de enfermagem.

CONCLUSÃO

Constatou-se que o objeto de trabalho da enfermeira na equipe foi a necessidade coletiva dos usuários, apesar de desejar realizar ações clínicas e aproximar-se mais da população. As atividades clínicas são desenvolvidas pelo médico. A ausência da enfermeira nas atividades clínicas proporciona o aumento da demanda ao médico nessa forma de atenção. Esse tipo de organização do trabalho pode estar contribuindo, em grande parte, para a dificuldade de acesso da população.

O trabalho da enfermeira deve estar voltado também para as atividades clínicas da atenção básica de saúde, desenvolvido de forma a atender as necessidades de saúde de uma população. O trabalho em saúde precisa levar em consideração o contexto social, histórico e econômico, de forma a interferir no processo saúde/doença. Para que isso seja possível, é preciso ver o sujeito/usuário para além de suas necessidades biológicas por meio da escuta, do acolhimento, da relação humanizada, do vínculo, da responsabilização e do estímulo à autonomia.

As auxiliares de enfermagem têm seu trabalho focado em apenas uma etapa do processo terapêutico, ou seja, no procedimento, o que caracteriza a organização parcelar do trabalho. Essa organização não permite a construção do trabalho em equipe e o enfrentamento coletivo das dificuldades.

A atenção básica compõe a rede de atenção em busca da integralidade da assistência à saúde. O que ocorre na equipe pesquisada aponta para um modelo de atenção centrado no procedimento e, portanto, fragmentário. Para superar essa lacuna é imperativo que a atenção seja focada no sujeito, individual ou coletivo, abarcando a subjetividade e o modo de viver singular. Gerar processos desencadeadores da atenção integral faria com que a equipe concretizasse esse princípio do SUS. A presença ou acompanhamento da enfermeira em momentos importantes do desenvolvimento das atividades na unidade poderia qualificar a ação e promoveria a educação em serviço.

Nesta pesquisa, foi possível identificar, com profundidade, a relação existente entre os elementos do processo de trabalho e a produção de cuidado resultante, indo além do que é dito por meio de entrevistas, registrando o que realmente se faz nesse nível de atenção. A resolutividade, ou não, da atenção básica pôde ser observada através do trabalho da enfermeira, assim como de toda a equipe.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Brasília(DF); 1997.
2. Nascimento MS, Nascimento MAA. The nurse's role in the family health program: an interface between health surveillance and health program actions. *Ciênc saúde coletiva*. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2005 [citado em 23 jun 2008] 10:333-45. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo>.
3. Ernel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40:533-9.
4. Colomé ICS, Lima MADS, Davis R. Visão de enfermeiras sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42:256-61.
5. Schimith MD. Acolhimento em uma equipe do programa saúde da família: realidade ou desejo? [dissertação de mestrado]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
6. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20: 438-46.
7. Ministério da Saúde(Br). Departamento da atenção básica. Números da saúde da família 2006. [citado em 27 jan 2009] Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>
8. Andrade LOM, Bueno ICH, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
9. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
10. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 2008.
12. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
13. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília(DF): CNS; 1996.
14. Oliveira MM, Pinto IC, Coimbra VCC. Prática e significado da prevenção do câncer de colo uterino e a saúde da família. *Rev enferm UERJ*. [Portal BVS] 2007 [citado 27 Jan 2009] 15:580-83. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000400017&lng=pt&nrm=iso.
15. Primo CC, Bom M, Silva PC. Atuação do enfermeiro no atendimento à mulher no programa saúde da família. *Rev enferm UERJ*. [Portal BVS] 2008 [citado 27 Jan 2009] 16:76-82. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522008000100012&lng=pt&nrm=iso.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13:262-8.
17. Santos. MA, Peres, DS, Zanetti, ML et al. Grupo operativo como estratégia para a atenção integral ao diabético. *Rev enferm UERJ*. [Portal BVS] 2007, [citado 02 Fev 2009] 15:242-247. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000200014&lng=pt&nrm=iso.
18. Franco TB, Magalhães Júnior, HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.55-124.
19. Marques GQ, Lima MAD da S. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15:13-9.
20. Ferreira V, Acioli S, Heringer A, Barros A. The SUS principles and the educative practices of nurses in the Family Health Program. A qualitative study. *Online Brazilian Journal of Nursing [Online]* 2006 [citado em 23 jun 2008] 165:3. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/469/108>
21. Luz MT. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
22. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhadores no programa de saúde da família. *Rev Bras de Enfermagem*. 2000; 53:386-400.
23. Feuerwerker LM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9: 489-506.