

Elaine Machado de Oliveira

Wilza Carla Spiri

Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional

Family Health Program: the experience of a multiprofessional team

RESUMO

OBJETIVO: O Programa Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. O objetivo do estudo foi analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do Programa Saúde da Família.

MÉTODOS: O estudo foi realizado no município de Conchas, Estado de São Paulo no ano de 2004. A abordagem utilizada foi qualitativa, na vertente da fenomenologia, buscando a essência da realidade vivenciada por oito profissionais de duas equipes do Programa Saúde da Família.

RESULTADOS: Os temas revelaram que o trabalho em equipe se caracteriza por dedicação durante as atividades diárias. É necessário haver interação entre todos os membros para ações integrais, embora haja diferenças de ideologias e condutas entre os profissionais. O contato próximo com as famílias permitiu melhor intervenção nos problemas e o trabalho integrado é fundamental para atuação eficaz e de qualidade.

CONCLUSÕES: O fenômeno desvelado engendra nova perspectiva de atuação para os profissionais e possibilita a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família. Equipe de assistência ao paciente. Pesquisa qualitativa. Psicologia do trabalho. Satisfação no emprego.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The Family Health Program proposes a new dynamics for the structuring of health service, as well as for its relationship with the community in its different levels of care. The aim of the present study was to analyze the significance of teamwork for professionals working in the Family Health Program.

METHODS: The study was carried out in the city of Conchas, Southeastern Brazil, in 2004. We used a qualitative approach based on phenomenology as an attempt to reveal the essence of the reality experienced by eight professionals from two Family Health Program teams.

RESULTS: Themes revealed that teamwork is characterized by dedication to daily activities. Interaction among all members is required for integral action, although there are differences in ideology and conduct between professionals. Close contact

Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Wilza Carla Spiri
R. Felício Soubhie, 1-25 apto. 11 Jd. Planalto
17044-540 Bauru, SP, Brasil
E-mail: wilza@fmb.unesp.br

Recebido: 13/12/2004 Revisado: 20/1/2006
Aprovado: 16/2/2006

with families has allowed for more efficient interventions, and integrated work is essential for efficacious, high-quality care.

CONCLUSIONS: The phenomenon unveiled gives origin to a new perspective of action for professionals and furthers our understanding of multiprofessional teamwork.

KEYWORDS: Family Health Program. Patient care team. Qualitative research. Occupational psychology. Job satisfaction.

INTRODUÇÃO

O estreito relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e as famílias, estabelecidas pelo Programa Saúde da Família (PSF), auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento freqüente e a busca da satisfação das necessidades de saúde.

Uma das demandas do PSF é o retorno da inclusão da família como partícipe do processo saúde-doença e em cujo espaço busca-se o desenvolvimento de ações preventivas, curativas e de reabilitação.

O PSF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade e para diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais ela está exposta intervindo de forma apropriada. Propõe-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania.¹¹

O PSF surgiu, no final de 1993, para atender o núcleo familiar enfrentando os problemas na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população que se manifestam como prioridades.⁹

O Ministério da Saúde* (1994) determina que para implantação do PSF deve-se ter uma clientela de, no máximo, 4.500 pessoas e uma equipe composta de no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Para o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, outras importantes questões se apresentam. Peduzzi** (1998) enfoca ampla discussão apontan-

do que esta é uma forma de compensar a ultraespecialização. Recompõe, em uma assistência integral, as ações parciais que nem sempre solucionam as necessidades de saúde em seu todo. Refere ainda** que a noção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas, de trabalhos compartilhados entre indivíduos, que de seu conjunto de coletivo extraem o sucesso para realização pretendida. Esta noção, quando está deslocada de condições particulares e concretas, pode transformar-se em “símbolo mítico do ideal de prática em saúde ou em solução mágica e apaziguadora dos conflitos entre as diferentes áreas profissionais”. A estas condições concretas estão “a divisão do trabalho, a desigualdade no trabalho, dos diferentes graus de autonomia profissional, a diversa legitimidade técnica e social dos vários saberes implicados e a racionalidade presente nas práticas profissionais”.

Isto posto, apreende-se que a equipe que atua no PSF não é imune a esta formação mais ampla e historicamente construída. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar o significado da experiência do trabalho em equipe para os profissionais do Programa Saúde da Família.

MÉTODOS

Os sujeitos da pesquisa foram oito profissionais pertencentes às equipes do PSF, localizado no município de Conchas, Estado de São Paulo. As equipes foram compostas de dois médicos, duas enfermeiras, duas auxiliares de enfermagem e duas agentes comunitárias de saúde – sendo dois do sexo masculino e seis do sexo feminino, todos com mais de três anos de atuação em PSF, faixa etária predominante de 25 a 30 anos. O estudo foi realizado em 2004.

Optou-se por uma abordagem qualitativa na perspectiva da fenomenologia: a busca da essência e da significação da realidade vivenciada pelos sujeitos do

*Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa. Brasília (DF): 1994.

**Peduzzi M. Equipe multidisciplinar em saúde: a interface entre o trabalho e a interação [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

estudo, visando à sua compreensão. A investigação compreendeu três momentos: a descrição, a redução e a compreensão:

- *Descrição.* Segundo Merleau-Ponty⁷ (1994), o momento da descrição possui três elementos: a percepção, a consciência e o sujeito. Para este momento foram coletados depoimentos da equipe do PSF que visaram à percepção dos sujeitos do estudo, quanto ao significado produzido pela consciência sobre o trabalho em equipe do PSF de assistência às famílias de sua região.
- *Redução.* Visou a determinar e selecionar quais as partes da descrição foram consideradas essenciais. A partir dos depoimentos coletados e transcritos realizou-se a redução, refletindo sobre as falas visando a extrair delas sua essência.
- *Compreensão.* Revelou o “significado” dos depoimentos que é essencial na descrição e na redução, como uma forma de investigação da experiência. Com a essência e a fala dos sujeitos foram interpretados os temas revelados, realizando uma síntese das unidades significativas encontradas e suas convergências, divergências e idiossincrasias.

Utilizou-se a questão norteadora: “O que significa para você assistir as famílias e trabalhar em equipe no PSF de Conchas?”

O projeto do estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Os depoimentos foram audiogravados, após os sujeitos assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, e coletados até serem suficientes para desvelar a essência do fenômeno pesquisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os discursos dos sujeitos foram desvelados temas de maior incidência e significação: “PSF é trabalho em equipe”, “capacitação para o trabalho”, “estabelecimento de vínculo”, “integração entre os membros da equipe”, “atividades desenvolvidas no PSF”, “conflitos do trabalho”, “a trajetória dos profissionais” e “experiência gratificante”. Estes temas engendram convergências e divergências que serão apresentados a seguir.

O tema *PSF é trabalho em equipe* revela que o trabalho em equipe permite a continuidade do acompanhamento e maior envolvimento com os familiares por meio da abordagem de toda a equipe. Assim, é importante que seus membros tenham boa interação. Os agentes comunitários de saúde, que por vezes, não são valorizados, constituem-se em elementos funda-

mentais de ligação entre a comunidade e a equipe levando os problemas levantados para serem discutidos em equipe. A enfermeira tem importante papel de coordenação e integração, incentivando os membros da equipe para o oferecimento de assistência integrada e com qualidade. As falas explicitam: “... é mais fácil trabalhar em equipe... você não faz... nada sozinho... os agentes comunitários... são fundamentais... vêm o problema...” (D VI). “... achei legal começar a trabalhar em equipe, a continuidade do trabalho em equipe, você faz a visita, a enfermeira fazia a visita e depois o médico fazia a visita...” (D IV).

O PSF 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. O agente comunitário de saúde é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe.⁸

O enfermeiro mais atuante, próximo à equipe, possibilita apoio e coordenação das atividades, planejando junto com a equipe as intervenções necessárias, o que torna seu trabalho reconhecido e valorizado.

Observa-se pela literatura que o trabalho em equipe é a base para ações integrais na saúde⁹ e para atender com qualidade as necessidades dos usuários de acordo com cada situação e experiência já adquirida.¹⁰ A abordagem do paciente no seu contexto biopsicossocial é facilitada, pois o cliente é atendido por todos os membros da equipe que também o envolve na resolução do seu problema, incentivando a sua autonomia para os cuidados em saúde (Teixeira et al,¹³ 2000). A equipe de saúde do PSF tem o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano.¹²

A equipe presta assistência integral, efetiva, contínua e com qualidade, considerando a perspectiva da família, por meio da abordagem interdisciplinar, planejamento de ações, organização do trabalho, compartilhamento de decisões.*

É necessário alocar recursos humanos para dar conta da totalidade das ações, porém a equipe, que é multiprofissional, não garante assistência integral ao paciente. O trabalho em equipe integrado exige conhe-

*Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): 1998.

cimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los.¹⁰

No tema *capacitação para o trabalho*, os depoimentos desvelam que a capacitação, mesmo com as orientações sobre territorialização, trabalho em equipe, atividades atribuídas a cada membro, pode não ser suficiente porque não permite a compreensão exata de como funciona o Programa. A capacitação deve acontecer antes de se estruturar a equipe, mas é o trabalho diário com orientações e acompanhamento da enfermeira da unidade. Por exemplo, reuniões entre os membros da equipe para discutir as condutas, estudos para dispensar melhor assistência que permitem melhor compreensão dos objetivos do Programa, principalmente quando o treinamento propriamente dito não ocorre, impelindo os profissionais a buscarem o conhecimento.

Trechos dos depoimentos evidenciam esta análise: "... quando eu entrei para trabalhar, não sabia o que era ser um agente comunitário... a gente teve um preparo antes, um curso, mas mesmo assim era uma coisa nova. Você vê a pessoa explicando, contando como que é. É diferente de você chegar bater palma numa casa e ter que colher informações ..." (D IV).

De acordo com Pedrosa & Telles⁸ (2001), a capacitação compreende o treinamento introdutório para o trabalho com orientações que proporcionam a integração entre os membros da equipe e organização do trabalho. Muitas vezes, o treinamento não acrescenta novidades e não é suficiente para introduzir o trabalho por não oferecer visualização mais prática. O treinamento pode consistir também de acompanhamento com funcionários mais experientes e com enfermeiras que orientem quanto às atividades do Programa.

Teixeira et al¹³ (2000) referem que a população pode ser exposta a riscos e os funcionários se sentem insatisfeitos por não desempenharem seu trabalho com eficiência quando não há planejamento das atividades e desempenho de funções sem treinamento.

No tema *estabelecimento de vínculo* percebeu-se que o vínculo estabelecido pelo agente comunitário de saúde com a comunidade por meio do convívio facilita aderência ao programa e a abordagem da equipe. Porém, pode apresentar sentimentos de impotência pelo limitado poder de resolução. O contato com a família acaba por gerar confiança em relação ao agente comunitário, permitindo que façam confidências.

Nesses casos, o sigilo é sempre garantido, de acordo com a ética apreendida. Como revela o seguinte depoimento: "... o agente comunitário acaba conhecendo toda a população ... é difícil... falar 'a gente não conseguiu'..." (D VIII).

O estabelecimento do vínculo é uma proposta de destaque do Ministério da Saúde (1999)* para o PSF: "assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população".

Para o estabelecimento do vínculo, os profissionais devem conquistar a confiança da população, que surge com o reconhecimento do profissional como participante de seu tratamento, passando o paciente a tê-lo como referência, fazendo até confidências depois de compreender o seu trabalho.^{8,13}

O vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde por consequência das visitas domiciliares, que facilita a adesão da população ao serviço de saúde. A população sente-se melhor cuidada, pois a equipe intervém com visão mais ampliada pelo conhecimento da população, estimulando sua autonomia e participação no tratamento, numa relação de respeito e valorização das particularidades, inclusive co-responsabilizando a população pelo seu próprio bem-estar.¹²⁻¹⁴ A população se compromete com as atividades propostas e permite que o vínculo seja estabelecido quando se sente satisfeita com os serviços de saúde, elevando assim, a qualidade de vida e promovendo a disseminação do programa pelo País.^{11,12} Esses fatores contribuem para a promoção da saúde da comunidade e reduzem o índice de internações hospitalares.**

Para Campos¹ (1997, p. 235): "(...) a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional". A assistência baseada no vínculo permite que o serviço de saúde acompanhe, identifique os resultados do trabalho de cada profissional, oferecendo na prática a cidadania pelo paciente e família.

Os agentes comunitários de saúde identificam-se com o programa pela convivência com a comunidade, e o fato da comunidade demandar intervenções fora do seu poder de resolução pode ser frustrante.⁸

O compromisso das políticas de saúde pode expor os limites de suas ações para com a população quando

*Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.

**Bertoncini JH. Da intenção ao gesto uma análise da implantação do Programa de Saúde da Família em Blumenau [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

se trata do contexto socioeconômico da comunidade. Essa situação é muito difícil e causa sofrimento para os profissionais porque percebem que não podem resolver todos os problemas sociais que acompanham o setor saúde.¹³

A análise dos depoimentos que se relacionam com o tema *integração entre os membros da equipe* revelou que a equipe integrada trabalha em prol da saúde das famílias compartilhando as experiências, atendendo suas necessidades, resolvendo os problemas pelo conhecimento da situação de cada usuário, conforme revela a fala: "... tudo é feito para tentar ajudar o paciente ... tudo é conversado para não entrar em atrito ..." (D II).

Segundo Pedrosa & Teles,⁸ o bom relacionamento entre os membros da equipe facilita o contato das famílias e o desenvolvimento de ações preventivas como imunização, pré-natal e organização da demanda por meio do agendamento prévio. A comunidade valoriza a integração e a ratifica participando na assistência.

São numerosos os fatores que prejudicam o trabalho em equipe e comprometem a qualidade do trabalho, como os problemas sociais da comunidade, condições de trabalho precárias, conflitos internos, baixos salários. É necessário que a equipe se organize e tome medidas para impedir que estes problemas adquiram maiores proporções. Promover o diálogo entre as pessoas para melhorar a convivência, elevar a motivação da equipe e delinear com todos os membros ações a serem implantadas e objetivos a serem cumpridos são medidas que promovem a integração da equipe e qualidade da assistência.¹²

No tema *atividades desenvolvidas no PSF*, a compreensão dos depoimentos desvelaram que a assistência dispensada à comunidade pelo médico e enfermeiro é generalista e atende a todas as especialidades. As atividades desenvolvidas variam com a categoria profissional de cada membro da equipe. Cada profissional desempenha seu papel trocando informações com os outros membros para conhecer os usuários/familiares integralmente e melhor assisti-los. A equipe realiza reuniões periódicas e visitas domiciliares com o agente comunitário de saúde, que levanta toda a história e os problemas de cada usuário e os transmite à enfermeira ou ao médico que orientam a equipe durante as visitas ou consultas. Com o tempo, os usuários percebem que a consulta de enfermagem pode ajudá-los a resolver seus problemas e aceitam-na como parte do PSF.

As seguintes falas revelam: "... o médico do PSF deve estar preparado para atender todas as especialidades..." (D II). "... a gente faz a visita e leva o problema para a

enfermeira junto com toda a história do paciente..." (D I). "... na primeira visita... a pessoa fala 'não quero que você visite a minha casa'... eu converso... to conseguindo um retorno..." (D V).

Campos¹ (1997) refere que os profissionais de saúde têm seu campo de ação e conhecimento específicos, mas todos devem considerar o paciente no seu contexto biopsicossocial.

A enfermeira orienta e organiza a demanda da população, porém essa atividade pode ser difícil porque abrange outros problemas além da saúde, como violência e drogas. No início, as comunidades resistem ao Programa devido à desconfiança em relação à proposta da assistência, mas depois passam a participar de suas atividades. O agente comunitário de saúde tem importante papel no processo de envolvimento da população para que ela participe da promoção da saúde e prevenção de doenças.⁸

No tema *conflitos no trabalho*, os conflitos entre os membros da equipe surgem porque há variedade de opiniões e posturas, alguns profissionais tentam controlar toda a organização do programa e outros acomodam-se não realizando adequadamente suas funções. A fala corrobora: "... no caso desse posto... não faziam parte do perfil... indivíduos... dando problema..." (D VI).

O papel de coordenadora da enfermeira deve ser bem estabelecido para manter a organização das atividades com os membros da equipe e discutir propostas para a resolução dos problemas, conforme explicita a fala: "... a união que eu to conseguindo aqui... ta me deixando feliz... a atenção... eu e o médico, a gente trabalha em conjunto..." (D V).

Os conflitos podem surgir no relacionamento entre as pessoas, quando enfrentam situações difíceis ou que geram competição,⁸ revelando a falta de responsabilidade pela continuidade do trabalho de cada profissional muitas vezes causada pela baixa interação entre os membros da equipe.¹⁵

Os diferentes estilos de gestão das equipes de saúde da família podem gerar conflitos entre seus membros e entre a equipe e a comunidade, porque não conseguem atender à demanda devido à falta de organização e integralidade do trabalho.^{3,4,11}

As condições de trabalho, salários, competências e responsabilidades são motivos que geralmente causam segmentação na equipe e desconsideração de suas ações de saúde.¹

A enfermeira deve resgatar o conceito do trabalho em

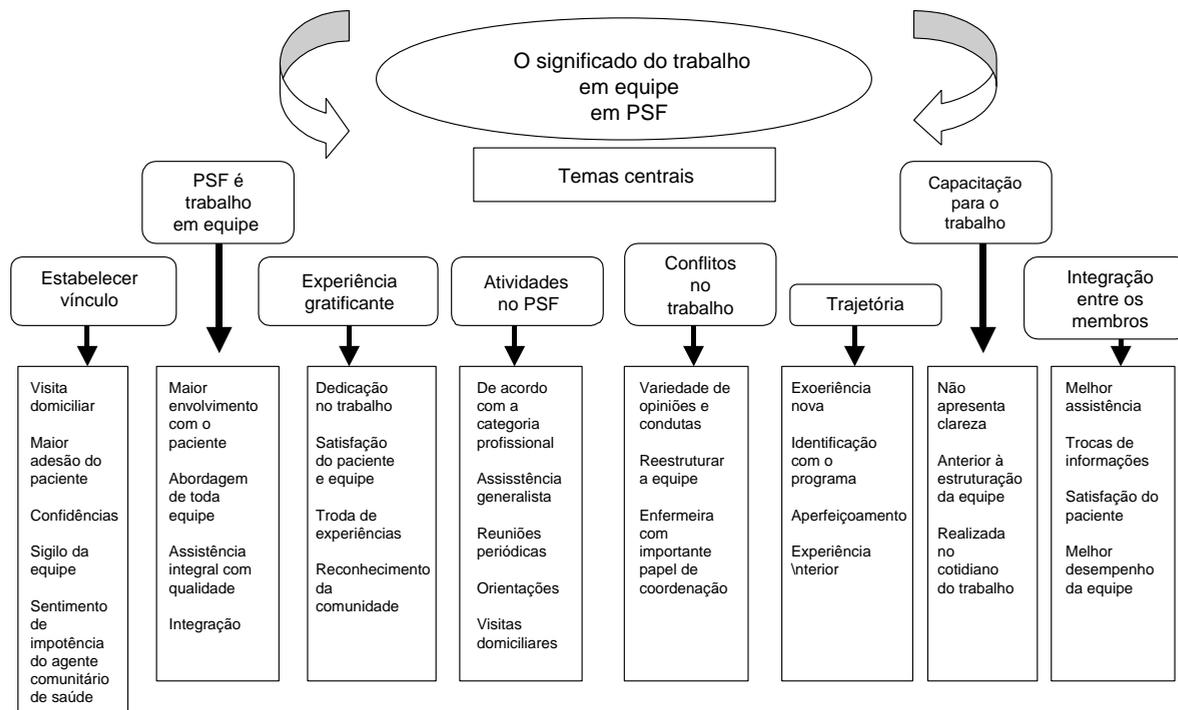


Figura - Diagrama dos fenômenos desvelados na experiência do trabalho em equipe no Programa Saúde da Família (PSF). Conchas, SP, 2004.

equipe no Programa que deve ser remunerado e reconhecido como meio de construção social de acordo com as necessidades sociais.²

O tema *a trajetória dos profissionais* revelou que os diferentes profissionais que compõem a equipe do PSF apresentam um ponto comum relacionado à nova experiência vivenciada. O trabalho no PSF é generalista, diferente da visão monodisciplinar das especialidades. Os profissionais acabam identificando-se na profissão, e mesmo que economicamente desestimulante, trilham uma trajetória de aperfeiçoamento na área. A seguinte fala revela: “... PSF... experiência... nova pra mim... interessante porque eu tinha uma visão muito monodisciplinar...” (D VI).

Teixeira & Mishima¹⁴ (2000), diferentemente do discutido no presente trabalho, mostram que os profissionais geralmente apresentam experiências anteriores em atenção primária à saúde.

Em outro momento, Teixeira et al¹³ (2000) ressaltam que a enfermeira possui experiências anteriores em unidades básicas de saúde e na área hospitalar, e os auxiliares de enfermagem cada um numa área, além de agentes comunitários de saúde com conclusão universitária.

Em *experiência gratificante* observou-se que quando o trabalho é realizado com dedicação e prazer, o resultado é gratificante e os pacientes reconhecem o desempenho da equipe, aceitando as condutas e cobran-

do as visitas domiciliares, porque a intervenção adequada resolve seu problema, pois o trabalho em equipe permite maior proximidade com a comunidade e melhor acompanhamento. As falas revelam: “... é um trabalho muito gratificante... eu gosto daquilo que eu faço... trabalhar em equipe é muito bom...” (D I).

Para ser experiência gratificante é importante que desafios para melhorar a qualidade sejam vencidos. Dar vida para o trabalho, viver a solidariedade, viver o presente construindo o futuro, buscar o equilíbrio profissional e pessoal são metas a serem alcançadas que levam a satisfação do paciente e do profissional.⁶

Segundo Garaudy⁵ (1979) “a força decisiva é a da motivação, da consciência crítica e apaixonada, lúcida e criativa de nossas razões de viver, a salvaguarda, em cada homem e em todos os homens, do que lhe é específico, o acréscimo de força que lhe vem da fé na transcendência e no amor, únicos a fazerem de um homem, quer dizer, um ser autônomo e solidário, criador e responsável”.

A Figura representa de forma sintética os temas e as unidades de significado explicitadas pelos sujeitos do estudo.

CONCLUSÕES

De acordo com os achados, pôde-se discutir a relevância do trabalho em equipe no PSF: a integração

entre os membros da equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe. Cada membro tem o seu papel no Programa, e desempenhá-lo com dedicação torna o trabalho gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe. O trabalho em equipe é muito importante para dispensar assistência integral ao paciente e família. Quando todos os membros conhecem as necessidades das famílias, a abordagem acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois toda a equipe participa do acompanhamento.

O paciente/família sente-se satisfeito ao ter seus problemas resolvidos e consegue confiar na equipe permitindo maior envolvimento. O vínculo estabelecido melhora a qualidade da assistência porque o paciente/família aderem ao Programa e participam nas intervenções, além de possibilitar que as confidên-

cias pessoais ocorridas nas visitas domiciliares desenvolvam a compreensão de necessidades dos sujeitos e a ética das relações. A população reconhece o desempenho dos profissionais e a efetividade do trabalho, o que facilita a disseminação do Programa.

Os conflitos no trabalho são inerentes à proposta da perspectiva interdisciplinar e possibilitam o restabelecimento de interações entre os membros da equipe. A experiência do trabalho no PSF possibilita o desenvolvimento de ações que visam mudanças na prática de saúde e autonomia dos sujeitos participantes desta proposta.

O fenômeno desvelado engendra uma nova perspectiva de atuação para a equipe multiprofissional e possibilita a construção de propostas integradas e articuladas às realidades das famílias em seu contexto específico.

REFERÊNCIAS

1. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalhos em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para um público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
2. Campos GW. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
3. Costa ARC, Melo MC, Oliveira MA, Dias RN. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(N Esp):127-30.
4. Costa MBS, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado da Paraíba. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(N Esp):149-52.
5. Garaudy R. *Apreço dos vivos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1979.
6. Leopardi MT. Introdução. In: Leopardi MT, Kirchoff AL, Capella BB, Pires DE, Faria EM, Souza FR, et al, organizadores. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papalivros; 1999. p. 9-22.
7. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.
8. Pedrosa JIS, Teles JBM. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2001;35:303-11.
9. Santos BRL. O PSF e a enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(N Esp):49-53.
10. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MTB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde*. 1999;4:221-42.
11. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(N Esp):25-30.
12. Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estud Psicol (Natal)*. 2003;8:515-23.
13. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde da família. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53:193-206.
14. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos trabalhadores de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53:386-400.
15. Trench MH, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enfermagem*. 2000;53(N Esp):143-7.