

Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia*

THE LIMITATIONS AND POSSIBILITIES OF NURSES' WORK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: IN THE SEARCH FOR AUTONOMY

LÍMITES Y POSIBILIDADES DEL TRABAJO DEL ENFERMERO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: EN BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA

Maria Raquel Gomes Maia Pires¹

RESUMO

Questiona-se de que forma o enfermeiro pode contribuir para a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), na busca da autonomia profissional. Discutem-se os limites e as possibilidades do trabalho do enfermeiro na ESF para a consolidação do SUS; avalia-se a oferta de consultas de enfermagem realizadas pela ESF de Belo Horizonte (BH); reflete-se sobre a face política da autonomia nos posicionamentos dos enfermeiros. Estudo de caso de natureza quanti-qualitativa. Foi avaliada a oferta de consultas de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde (UBS) a partir de dados secundários e parâmetros oficiais, como indicativos de autonomia. Em seguida, analisou-se a autonomia no trabalho da ESF por meio de grupos focais. O enfermeiro pode fortalecer a ESF para a consolidação do SUS, se melhor compreender o contexto sócio-histórico, a ambiguidade das relações de poder e a prática social da profissão, aperfeiçoando-a crítica, coletiva e criativamente.

DESCRITORES

Enfermagem
Autonomia profissional
Prática profissional
Programa Saúde da Família

ABSTRACT

The paper addresses how nurses can contribute to the consolidation of the Family Health Strategy (FHS) within the Brazilian National Health System (*Sistema Único de Saúde* - SUS), in the search for professional autonomy. Objectives: To discuss the limitations and possibilities of nursing work in the FHS aimed at the consolidation of the SUS; evaluate the available nursing appointments carried out by the FHS in Belo Horizonte (BH); reflect on the political aspects of nurses' autonomy on job positions. This is a quanti-qualitative study. We evaluated the availability of nursing appointments in basic Health Units (BHs) based on secondary data and official parameters as indicators of autonomy. Subsequently, through focal groups, we analyzed nurses' autonomy in the FHS. Nurses can strengthen the FHS for the consolidation of the SUS, as long as they improve their understanding of the socio-historical context of nursing, the ambiguity of power relationships and social practice of the profession, improving it critically, collectively and creatively.

DESCRIPTORS

Nursing
Professional autonomy
Professional practice
Family Health Program

RESUMEN

Se cuestiona de qué forma el enfermero puede contribuir para consolidar la Estrategia Salud de la Familia (ESF), en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), en búsqueda de la autonomía profesional. Se discuten los límites y posibilidades del trabajo del enfermero en la ESF para consolidación del SUS; evaluar oferta de consultas de enfermería realizadas por la ESF Belo Horizonte (BH); reflexionar sobre la faz política de autonomía en la posición del enfermero; Estudio de caso cuanti-cualitativo. Se evaluó oferta de consultas de enfermería en Unidades Básicas de Salud (UBS) desde datos secundarios y parámetros oficiales, como indicativos de autonomía. Luego, se analizó la autonomía de trabajo de la ESF mediante grupos focales. El enfermero puede fortalecer la ESF para consolidación del SUS, comprendiendo mejor el contexto socio-histórico, la ambigüedad de relaciones de poder y la práctica social de la profesión, perfeccionándola crítica, colectiva y creativamente.

DESCRIPTORES

Enfermería
Autonomia profesional
Práctica profesional
Programa de Salud Familiar

* Trabalho Apresentado na Mesa Redonda "Gestão e Gerência na Consolidação do SUS", 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem – SINPESC, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 9-11 out. 2011. ¹Doutoranda em Arte, Lúdico e Tecnologias Educativas para a Saúde. Doutora em Política Social da Universidade de Brasília. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. maiap@unb.br

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), forma de organização prioritária da política de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽¹⁾, delimita um campo de atuação importante para o enfermeiro, em especial pelas competências gerenciais, assistenciais e educativas assumidas por esse profissional. Porém, o trabalho do enfermeiro na atenção básica não é necessariamente uma novidade para a enfermagem brasileira, que nasceu da necessidade do Estado de organizar a saúde pública, na década de 1920⁽²⁾. Tal qual a construção da frágil cidadania brasileira, as políticas públicas, inclusive as de saúde, de onde emerge a conformação da enfermagem profissional, originaram-se das tensões entre o Estado e o mercado, com pouca participação da sociedade civil⁽³⁾. Qualquer análise sobre a prática da enfermagem precisa levar em conta esse cenário nacional para as mudanças pretendidas.

A produção crítica que analisa o surgimento da enfermagem profissional no Brasil costuma apontar o caráter passivo de sua origem, atrelada aos interesses do Estado, e não dos agentes sociais que a realizavam à época, como um desafio à autonomia⁽⁴⁻⁶⁾. Ou seja, a exemplo do modelo de profissionalização *nightingaliano*, calcado na modernidade, a formação do enfermeiro mascarou ideologicamente a realidade que conformava o cuidado de enfermagem no início do século XX, realizado por leigos, religiosos, prostitutas, escravos – pessoas de classe social pobre ou com condutas tidas como inadequadas para a moral católica e burguesa da classe média.

A tentativa de elevação do *status* do enfermeiro, a divisão social e técnica do trabalho, a negação da prática social dos seus agentes, o cientificismo, a ideologia em torno de mitos fundadores – de imagens sacralizadas, assexuadas e vocacionais – conformam o arquétipo da profissão. Essas questões precisam de reconhecimento crítico caso se pretenda a superação das contradições que emperram a conquista da autonomia técnica e política da profissão, expressas no seu cuidado⁽⁷⁻⁸⁾.

A autonomia política, capaz de enfrentar as contradições da prática, articula-se intrinsecamente com a dimensão técnica do fazer, dando-lhe força argumentativa e coesão de sujeitos em torno de ideais comuns. Trata-se da capacidade de fazer história própria, de recriar possibilidades, de conquistar e ser oportunidades de vida⁽⁹⁾. A hegemonia da dimensão técnica do trabalho é preponderante no perfil do enfermeiro e nas representações que ele faz do seu agir⁽¹⁰⁾. Porém, para a conquista da autonomia política, há de se aprofundar no entendimento de que não basta avançar na dimensão técnica do conhecimento científico, desarticulada da capacidade de refletir e modificar realidades criticamente⁽⁷⁻⁹⁾.

Nessa ambiência teórica, o exercício da liberdade de escolha e de decisão sobre as práticas, articuladas ao conhecimento científico, está imerso em relações de poder ambivalentes que conformam o sujeito⁽¹¹⁾, as quais precisam de maior compreensão reconstrutiva. Abduzir a face política do conhecimento, que alimenta as atuações autônomas do enfermeiro, é tornar-se vulnerável à manipulação de interesses dos outros – seja de profissionais, dos gestores, dos representantes do mercado, seja dos governantes, no interior da política de saúde. É esperar que o médico da equipe, o gerente do serviço, o secretário ou o ministro da saúde confira o reconhecimento e a liberdade de atuação de que tanto reclama a profissão. Esperar por dádivas ou queixar-se, sem a devida análise ampliada do contexto e das relações de poder em que se insere a atuação profissional, é fragilidade política que precisa ser superada.

Como forma de exercitar o protagonismo buscado para a enfermagem, com ênfase no enfermeiro como agente formador de sua equipe, cabe inverter um pouco a lógica das perguntas que sempre foram feitas sobre o trabalho desse profissional no SUS. Ou seja, para a dimensão política da autonomia que se busca, é pouco perguntar pelos espaços de atuação oferecidos na Saúde da Família, pelos governantes, na tendência historicamente observada^(2,4-6). Cabe agora questionar, de forma autoral e propositiva, de que forma o enfermeiro pode contribuir para a consolidação dessa estratégia de mudança no âmbito da Atenção Básica do SUS.

Com essa problematização, objetiva-se discutir os limites e as possibilidades do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família para a consolidação do SUS, à luz da autonomia; avaliar a oferta de consultas de enfermagem realizadas em UBS de Belo Horizonte (BH) como indicativos de autonomia da profissão; refletir sobre a face política da autonomia nos posicionamentos desses enfermeiros.

MÉTODO

Estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa, que analisa o trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família por meio de diversas técnicas de pesquisa, com o uso da triangulação de métodos e de dados⁽¹²⁾. O estudo ocorreu em duas etapas complementares, em torno das quais se descrevem as técnicas e as fontes de informações utilizadas.

Na primeira etapa, a frequência de consultas de enfermagem sinaliza possíveis indícios de autonomia por singularizar a atividade privativa do enfermeiro nos serviços de saúde. Verificou-se a adequabilidade desses atendimen-

tos aos parâmetros locais e nacionais da atenção básica/SUS⁽¹³⁻¹⁴⁾. Utilizou-se o banco de dados secundários da pesquisa *Avaliação da atenção básica em Belo Horizonte: utilização, oferta e acessibilidade dos serviços*⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, cujas fontes foram o Sistema de Saúde em rede e o Sistema Fênix da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), período de 2008 a 2009. Comparou-se o total de consultas de enfermagem ao de consultas da ESF, em relação ao recomendado, tanto nos atendimentos gerais quanto nas ações programáticas (saúde da criança, pré-natal e controle da hipertensão arterial), em UBS de Belo Horizonte.

O aprofundamento qualitativo da autonomia política ocorreu por meio da releitura dos depoimentos dos quatro grupos focais realizados na pesquisa citada, que também avaliou a organização do trabalho das ESF⁽¹⁵⁾. Os sujeitos da referida pesquisa sobre a atenção básica de BH foram 30 profissionais, 14 médicos e 16 enfermeiros, de todas as equipes da ESF de 10 UBS de BH, sorteados aleatoriamente nos 9 distritos da SMSA-BH. Para o recorte do presente estudo, analisaram-se os posicionamentos dos 16 enfermeiros participantes desses grupos focais. A investigação foi aprovada pelos comitês de ética em pesquisa da UFMG – Parecer 053/06 – e da SMSA-BH – protocolo 19/2006.

A análise da autonomia política do enfermeiro amparou-se em referenciais de qualidade formal (ou técnica) e política da profissão⁽⁷⁻⁸⁾. Examinou-se a proximidade ou o distanciamento dos depoimentos quanto às características: a) visão crítica da realidade e da prática social; b) questionamentos sobre as incongruências da profissão; c) inclusão da face política do conhecimento nas argumentações; d) entendimentos contextualizados da unidade autonomia e poder; e) concepção de si como sujeito histórico. Analisaram-se os depoimentos à luz da hermenêutica de profundidade (HP)⁽¹⁷⁾ – método que revela como as formas simbólicas (construções significativas que exigem interpretação) são empregadas para manter relações de poder (*ideologia*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

a) Avaliação da produção de consulta de enfermagem em UBS de Belo Horizonte

A Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte cobre aproximadamente 75% da população citadina. A rede básica conta com profissionais que oferecem suporte às ações das equipes da ESF na própria UBS, como a equipe de apoio (médicos pediatras, clínicos, ginecologistas, assistentes sociais), as equipes de saúde mental, as equipes de saúde bucal e os núcleos de reabilitação⁽¹⁴⁾.

A média de consultas do enfermeiro nas ações programáticas é de 35%; o restante (65%) advém do atendi-

to à demanda espontânea da UBS^(a). Porém, essa média de consultas não se distribui de maneira uniforme entre as 10 UBS, variando de 15% a 67% para as ações programáticas e de 33% a 85% para a demanda espontânea, o que confere diversidade na atuação do enfermeiro na ESF. A média de consultas ofertadas pelo enfermeiro é de 13,2% em relação ao total da ESF, mas esse percentual varia de 8,4% a 18,9% entre as 10 UBS, com desvio padrão de 2,9% e mediana de 12,3%.

No acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil em menores de um ano (Tabela 1), a média de consultas de enfermagem é pouco mais de um quarto (26,1%), quando o parâmetro recomenda mais da metade (57%)⁽¹⁴⁾, variando de 9% (UBS 5) a 47,8% (UBS 3). O pediatra assume grande parte das consultas das crianças na UBS (média de 56,3%, recomendado 29%)⁽¹⁴⁾. Na realização do pré-natal, segue-se a tendência de baixa realização de consultas de enfermagem quando se observa a média (23,6%; parâmetro 42,5%), porém ocorre cumprimento acima do recomendado na UBS 10 (45%) e bem abaixo da média (12%) na UBS 9. Verifica-se que o ginecologista assume a maior parte da oferta de consultas de pré-natal (média 45,9%), três vezes acima do que direciona a política local (parâmetro 15%), em detrimento das consultas do generalista (30,4%), que também fica abaixo do esperado (parâmetro 43,5%), na média. Em três UBS (1, 3, 9) as consultas do generalista estão dentro do preconizado. O acompanhamento ao hipertenso por meio de consultas de enfermagem nas UBS corresponde a 5,8%, em média, quando deveria ser de 50% para os usuários que necessitam desse atendimento. A maior parte das consultas é assumida pelo generalista da ESF (79,3%), chegando perto de 100% em algumas UBS (97,2% UBS 3; 96,2% UBS 2; 94% UBS 6).

A baixa produção de consultas de enfermagem das ESF de BH, tanto no total da UBS quanto dentro das ações programáticas, sinaliza repercussões preocupantes, seja para a política de atenção básica, seja para a prática autônoma da profissão. No âmbito da política, vê-se que a heterogeneidade de cenários dificulta qualquer avaliação linear, sem que se leve em conta o contexto das práticas e a realidade de cada serviço de saúde. Para a enfermagem, o cenário de baixa produção de consultas pode significar um recuo da clínica no trabalho da profissão, necessária para a autonomia que se busca^(10,18-19). Outros estudos revelam que as precárias condições de trabalhos da ESF, o cotidiano estressante, os riscos para adoecimento pelo trabalho e as relações conflituosas na equipe de saúde acentuam as dificuldades a serem enfrentadas⁽²⁰⁻²¹⁾.

b) Autonomia nos posicionamentos do enfermeiro na ESF em Belo Horizonte

Embora a produção de consultas de enfermagem seja

^(a) Nas diretrizes para organização da Atenção Básica em Belo Horizonte, prevê-se que as equipes da ESF destinem 25% do seu tempo para o atendimento à demanda espontânea e 75% para as atividades planejadas, como as ações programáticas¹⁴.

Tabela 1 – Percentual de consultas ofertadas por enfermeiros, médicos generalista e de apoio nas ações programáticas em UBS investigadas – Belo Horizonte, 2008-2009.

Profissional	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)										MÉDIA
	UBS 1	UBS 2	UBS 3	UBS 4	UBS 5	UBS 6	UBS 7	UBS 8	UBS 9	UBS 10	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Saúde da Criança - acompanhamento CD da criança menor de um ano											
(Parâmetro ⁽¹⁴⁾ : Enfermeiro 57%; Generalista 14%; Pediatra 29%)											
Enfermeiro	26	28,6	47,8	39,1	9	31,8	11,9	33,7	13	20,3	26,12
Generalista	24,9	14,6	10,2	12,9	40,7	18,8	3,4	22	21,4	6,1	17,5
Pediatra	49,1	56,8	42	48	50,3	49,4	84,7	44,3	65,6	73,6	56,38
Saúde da Mulher - assistência ao Pré-Natal											
(Parâmetro ⁽¹⁴⁾ : Enfermeiro 42,5%; Generalista 43,5%; Ginecologista 15%)											
Enfermeiro	35	27,8	35,4	14,6	16,2	15,7	20,8	14,4	12	45	23,69
Generalista	44,5	16,5	45,9	0,4	26,2	35	31	29,9	52,7	22	30,41
Gineco	20,5	55,7	18,7	85	57,6	49,3	48,2	55,7	35,3	33	45,9
Saúde do Adulto – controle da hipertensão arterial											
(Parâmetro ⁽¹⁴⁾ : Enfermeiro 50%; Generalista 50%)											
Enfermeiro	0,8	2,3	2,8	8,6	6,8	3,8	1,4	14,3	15,4	2,1	5,83
Generalista	75,6	96,2	97,2	66,4	74,8	94	88,1	80,1	59,7	61	79,31
Clínico	23,6	1,5	0	25	18,4	2,2	10,5	5,6	24,9	36,9	14,86

Fonte: Sistema Gestão de Saúde em Rede/GEEPI/SMSA-BH⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

um indicador para sondar a situação da autonomia do enfermeiro, não é suficiente para expressar a potencialidade do seu trabalho na ESF. O elenco de práticas catalogadas na Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva (CIPESC), nas dimensões gerenciais, assistenciais, educativas e de pesquisa, evidencia a amplitude das ações desse profissional⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Assim, procurou-se desvelar a autonomia do enfermeiro a partir do contexto sócio-histórico, das características do trabalho na UBS e dos significados políticos produzidos por seus discursos.

As categorias que sintetizam o contexto sócio-histórico dos enfermeiros, originadas das falas, são: a) relações familiares, maternidade e situações de sofrimento com os usuários; b) politicamente correto: pouca explicitação do que se pensa; c) Saúde da Família, vamos à luta. Alguns exemplos reproduziram o discurso oficial de mudança de práticas por meio da ESF de forma pouco crítica, comprometendo atitudes mais dialógicas.

Os enfermeiros, em geral mulheres, escolheram relatos da vida pessoal considerados marcantes para se apresentarem. A centralidade do afeto predominou na contextualização dessas entrevistadas, seja dos acontecimentos significativos de vida e de trabalho, seja nas gravuras escolhidas. Em alguns profissionais, os depoimentos ou tenderam para qualquer lado, ou revelaram um distanciamento das posturas de mudança, proativas, diante do cenário das práticas de trabalho. Noutros casos, reproduziu-se o discurso oficial da Saúde da Família, de maneira aguerrida, com primazia da dimensão técnica do fazer. Embora se

aponte a pouca reflexão crítica como traço da fragilidade política⁽⁷⁻⁸⁾, há de se destacar o valor do engajamento para as mudanças requeridas. Uma das representantes dessa categoria, ambigualmente, revelou alto grau de determinação e compromisso com tudo o que faz; evidenciou segurança profissional e fez autoavaliação constante das práticas, refletindo de forma mais aprofundada as situações. No que se refere ao trabalho do enfermeiro na UBS, identificou-se que, quando esse realiza melhor a dimensão clínica e a gestão do processo de trabalho na equipe, há repercussões positivas na organização das ações na UBS, sendo essa uma das potências do seu agir previstas para a saúde coletiva⁽¹⁸⁾.

Um olhar atento sobre o contexto sócio-histórico dos enfermeiros indica influência de gênero, da classe social e da formação sobre o perfil que apresentam. Há certa tendência, não homogênea, ao conservadorismo das falas, seja em relação às tradições sociais, ao papel do homem e da mulher na sociedade, seja em relação à centralidade do modelo biomédico na atenção. A formação excessivamente técnica inibiu uma reflexão ética, política e social aprofundada, com tendência à superficialidade nas análises, em parte dos discursos. A maioria dos enfermeiros demonstrou dificuldade em analisar a ambiguidade das relações de poder na equipe, no serviço ou na política de saúde, comprometendo a politicidade do seu agir⁽⁷⁻⁹⁾.

Entre os extremos, ou nas brechas, verificaram-se as saídas, as utopias ou as possibilidades para o novo, ine-

rente ao processo de mudança que se busca com a Saúde da Família, e para o agir autônomo do enfermeiro. Aqueles sujeitos mais próximos da autonomia política explicitaram análises críticas do próprio trabalho, da equipe e da UBS, apontando as limitações e os avanços da ESF; viram com maior clareza as tensões e contradições da prática; demonstraram, de certo modo, saber que são capazes de fazer melhor, explicitando angústias diante dos desafios estruturais da prática. Os enfermeiros em maioria apresentaram fragilidade na autonomia política, tendência em se eximir da responsabilidade do ator social, com pouca compreensão do contexto da política de saúde, das relações de poder da equipe de saúde e da enfermagem. Os que mostraram proximidade com a autonomia política, em minoria, fizeram crítica do contexto e da prática profissional, viram com maior clareza a ambiguidade das relações de poder na equipe, porém com pouca profundidade analítica, e se colocaram como agentes sociais das mudanças, ainda que *esgotados* em meio às pressões cotidianas por resultados e atendimentos⁽²⁰⁻²¹⁾.

CONCLUSÃO

O enfermeiro encontra um importante espaço de atuação na Estratégia Saúde da Família e pode fortalecê-la para

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
2. Moreira MCN, Nunes MC. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 1999;5(3):621-45.
3. Carvalho JM. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2004.
4. Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez; 1985.
5. Almeida MCP. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1989.
6. Pires D. Hegemonia médica na saúde e na enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.
7. Pires MRGM. Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(4):717-23.
8. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2):294-9.
9. Demo P. Politicidade: razão humana. Campinas: Papyrus; 2002.
10. Gomes AMT, Oliveira, DCD. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):608-15.
11. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
12. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem para programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. PROGRAB: Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica. Brasília; 2006.
14. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: HMP Comunicação; 2008.
15. Pires MRGM, Göttems LBD. Avaliação da Atenção Básica em Belo Horizonte: organização, oferta e acessibilidade dos serviços [relatório de pesquisa]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

-
16. Passos CM. O trabalho do enfermeiro na Atenção Básica de Belo Horizonte: avaliação das ações programáticas [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
 17. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes; 1995.
 18. Witt RR, Girard MA, Malerba H, Fengler KPM. Projeto CI-PESC-BRASIL: caracterização da enfermagem no cenário de Porto Alegre. Rev Gaucha Enferm. 2002;22(1):103-13.
 19. Barros DG, Chiesa AM. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev Esc Enferm USP. 2007;4(n.esp):793-8.
 20. Maqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Calome ICS. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):956-61
 21. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2010;44(3):520-27.