



Artigo Original

Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder

Leadership in Family Health (PSF): a view through the perspective of power flows.

Rafael Baratto Vicenzi¹

Mariana Werlang Girardi¹

Ana Cyra dos Santos Lucas²

¹ Acadêmico, Universidade Federal de Santa Catarina
² Professora Adjunta da Universidade Federal do Amazonas

RESUMO – O novo modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), surgido na década de 90 junto ao Programa de Saúde da Família, objetivou reformar o atendimento à saúde. Entretanto, as novas atribuições dos profissionais individualmente e como equipe geraram conflitos de poder e diferentes níveis de liderança entre eles, que podem facilmente ser confundidos com a gerência teoricamente instituída para a equipe. O objetivo deste artigo foi analisar entrevistas de profissionais atuantes em Saúde da Família, buscando falas relacionadas a liderança dentro da equipe e analisando estes fragmentos através dos conceitos de relação de poder e liderança. Os dados qualitativos utilizados para a análise foram obtidos através de entrevistas individuais semi-estruturadas com amostra de profissionais de saúde sorteada aleatoriamente em quatro municípios do interior amazonense. Observou-se tendência dos entrevistados a confundir os conceitos de gerência e liderança, bem como confusão sobre o papel da liderança do enfermeiro e do agente comunitário de saúde (ACS) dentro da equipe. Este trabalho concluiu que há situação recorrente de repasse do papel de líder de determinados profissionais para outros, desviando para o enfermeiro ou ACS fluxos de poder que geram uma liderança inevitável e causada por omissão ou acomodação dos demais. Observou-se ainda a necessidade de mais estudos relacionando a equipe do PSF aos conceitos de relação de poder e liderança, bem como avaliar as ações dos enfermeiros e ACS, definindo, assim, o verdadeiro papel de cada profissional dentro da equipe.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais; Liderança; PSF.

ABSTRACT – The new model of the Unified National Health System in Brazil (SUS), emerged in the 90s with the Family Health Program (PSF), aimed a reform in health care. However, the new attributions of professionals as a team and individually generated power conflicts and different levels of leadership among them, which can easily be confused with the management established for the team. This study analyzes interviews of professionals working in PSF, seeking statements related to leadership within the team and analyzing these fragments through the concepts of power relationship and leadership. The qualitative data used for analysis were obtained through semi-structured interviews with a sample of health professionals drawn randomly in four municipalities in Amazonas state. There was a tendency of respondents to confuse the concepts of management and leadership, as well as confusion over the leadership role of nurses and community health agent (ACS) within the team. This study concluded that there are recurrent situation of transferring the leading role played by certain professionals for the nurse or ACS, generating a leadership caused by omission or accommodation from the rest. There was also a need for more studies relating PSF team to the concepts of power flow and leadership, as well as evaluating the actions of nurses and ACS, defining the true role of each professional within the team.

Keywords: Interprofessional Relations; Leadership; PSF.

1. INTRODUÇÃO

As Cartas Constitucionais brasileiras de 1988 apresentaram, pela primeira vez, uma seção específica para a saúde, garantindo-a como direito de todo cidadão¹. O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu dois anos após como política pública responsável pela garantia da atenção universal à saúde. Por motivo de incoerência entre o discurso e a ação, o sistema passou por reformulações e reestruturação em meados de 1990, década em que surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF) como tentativa de tornar

consonantes as diretrizes preconizadas e a real atuação do sistema.

O PSF emergiu com a proposta de atenção

Autor correspondente:

Rafael Baratto Vicenzi

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

Campus Universitário Trindade

Florianópolis (SC) – CEP 88040-900

Fone: (48) 3721.9388

Email: rafavicenzi@hotmail.com

Artigo recebido em 22/04/2010

Aprovado em 28/05/2010

preventiva à saúde e distanciamento do foco apenas curativo e centrado na doença². A ideia desta nova abordagem é a de enxergar o paciente não somente como portador de uma enfermidade ou ponto de partida para um diagnóstico clínico, mas como parte fundamental para o entendimento do processo saúde-doença, “re-significando e valorizando o papel do usuário junto ao Sistema”². Há a intenção de superação “de um modelo de assistência à saúde responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população e desqualificação profissional”³.

Apesar de sua reestruturação e tentativa de criar um programa cujo foco seria o de promoção da saúde, respeitando princípios e diretrizes dos SUS, o que se vê na prática do PSF após 16 anos de seu surgimento é desigualdade dentro da própria equipe de profissionais, que mais do que não concordarem uns com os outros e renegar funções que lhes seriam próprias, há demonstrações de inexistência de diálogo ou integração dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Como destacaram Centa & Almeida³, “o plano de trabalho das equipes deve contemplar a interação entre seus profissionais de tal forma que possam acolher a população e resolver, na própria UBS, as questões e os problemas mais frequentes relacionados à saúde daquela população. Para isso, a equipe deve estar integrada e motivada para atuar em PSF”.

A composição mínima de uma equipe de PSF é um médico, um enfermeiro, dois auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS)⁴. Muitas das funções atribuídas a determinados profissionais são ignoradas ou repassadas a outros, sobrecarregando estes e gerando estresse e distanciamento entre os membros da equipe.

A análise das relações de poder que se estabelecem dentro da equipe é de fundamental importância na tentativa de entender as questões que permeiam a prática profissional individual e coletiva da equipe, que não têm andado em consonância com os princípios básicos norteadores do SUS. Segundo Silva & Trad⁵, estudos recentes sobre o assunto demonstraram “ausência de responsabilidade coletiva do trabalho”, “baixo grau de interação entre as categorias profissionais” e que “os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais”. Diante disso, faz-se necessário um estudo do funcionamento dos fluxos de poder dentro da equipe e de como funciona a liderança dentro da mesma.

Condição *sine qua non* para que o fluxo de poder se estabeleça é a existência de relações interpessoais, e o poder é dado a determinado membro da equipe não porque ele obriga os outros

profissionais a realizar determinada tarefa, mas sim pela capacidade que este tem de influenciar os demais. O poder não é, entretanto, aquele que se obtém necessariamente através do bom exercício da função ou real liderança da equipe: no caso dos membros do PSF, é importante perceber que o poder pode ser concedido por omissão, acomodação e/ou submissão dos demais. Alguns não têm interesse ou tempo de realizar, por exemplo, o processo de territorialização, e dessa forma se omitem transferindo a responsabilidade a colegas de equipe, mais comumente os ACS, que ficam sobrecarregados – mas que ao mesmo tempo detêm o poder de conhecer os usuários e orientar as ações da equipe. O poder, no entanto, não é estável: ele flutua em diferentes níveis entre os indivíduos envolvidos.

Quem detém o poder dentro da equipe é, afinal, quem a lidera? Para Galvão; Trevisan; et al⁶, “o preparo em liderança dos profissionais da área da saúde é essencial para a prática”. Sendo uma definição possível de poder a aptidão para influenciar, a liderança poderia ser considerada o processo de dirigir e influenciar as atividades relacionadas às tarefas dos membros de um grupo. O poder é o exercício da liderança, que envolve distribuição desigual de poder entre os membros do grupo.

Com base na literatura, podemos identificar dois personagens que assumem papel de líder da equipe. O enfermeiro é caracterizado como tal por ocupar um cargo gerencial e administrativo, enquanto o ACS é o que, na maioria das vezes, exerce liderança a partir do conhecimento que possui da realidade da equipe e das comunidades. Como relembram Nunes; Trad; et al⁷, o ACS reside no mesmo bairro que os indivíduos que acompanha, objetivando integrar de forma mais eficaz as informações de saúde da comunidade ao posto. O verdadeiro líder não é necessariamente aquele que ocupa o cargo gerencial da UBS, mas aquele influencia suficientemente os demais profissionais a ponto de guiar o seu trabalho. Os enfermeiros são vistos como indivíduos sujeitos a cumprir decisões de cuja construção não participam⁸, o que reforça a dúvida sobre a verdadeira liderança do enfermeiro, tão presente na literatura.

O presente artigo objetiva analisar o aspecto da liderança em Equipe de Saúde da Família, observando a opinião acerca de gerência e liderança, em dados empíricos coletados no interior do Amazonas.

2. METODOLOGIA

O estudo foi conduzido nos municípios de Coari, São Gabriel da Cachoeira, Manacapuru e Parintins, localizados no Estado do Amazonas. Em local

geograficamente distante e de difícil ligação, a locomoção entre esses é feita apenas por avião ou barco. Coari está situado na Região do Médio Solimões, a 353km da capital. Possui cerca 70 mil habitantes e possui o quarto maior Produto Interno Bruto (PIB) da região Norte do Brasil, este índice sendo devido à extração de gás natural. Nesse município há onze equipes da ESF que atuam na zona urbana, cada uma dessas possuindo uma unidade de saúde completamente equipada. O município de Parintins, distante 315km da capital, é a segunda maior cidade do Estado, conhecida internacionalmente devido ao “Festival Folclórico do Boi”, um evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por 22 equipes da ESF, sendo 11 na zona urbana. Manacapuru, situada a 70km da capital, é um município que possui acesso terrestre à capital e que possui 22 equipes de Saúde da Família, dez delas na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira situa-se a 852km da capital, fica localizado na Região do Alto Solimões e tem 99% de população indígena, estes que representam 9% dos indígenas brasileiros.

Utilizaram-se os dados do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, fomentado pelo CNPq sob protocolo 470165/2008-1.

Para o presente artigo utilizou-se dados qualitativos obtidos através de entrevistas individuais com amostra dos profissionais de saúde selecionados aleatoriamente. Essas entrevistas foram realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado pautado em emergir os aspectos de liderança do ACS e do enfermeiro dentro da Equipe de Saúde da Família.

Esse roteiro contou com questões norteadoras que levavam o profissional a refletir sobre o porquê trabalhavam em Saúde da Família, os aspectos peculiares da Saúde da Família, as diferenças que sua atuação nela exige, no entendimento do trabalho em equipe, relação entre os integrantes dessa e aspectos relacionados à liderança dentro da equipe.

As respostas foram transcritas na íntegra, categorizadas e submetidas à análise das categorias à luz da Hermenêutica Dialética buscando evidenciar falas que estivessem encaminhadas para a liderança dos ACS e enfermeiros dentro da Equipe de Saúde da Família. A partir disso iniciou-se a busca na literatura juntamente com a discussão a respeito do tema.

Foram entrevistados ACS, enfermeiros, médicos e ACD (auxiliar de consultório dentário) de cada Equipe de Saúde da Família, sendo que foram entrevistadas 56 Equipes de Saúde da Família.

A coleta de dados somente foi realizada após aprovação do Comitê de Ética com Seres Humanos da

Universidade Federal de Santa Catarina (Processo protocolo ético 121/2009).

3. RESULTADOS

Os depoimentos dos profissionais da ESF abordam tanto de forma explícita como implícita questões referentes à liderança na equipe, que pode ser exercida por mais de um profissional, variando conforme a situação. Quando se consideram as atividades que devem ser realizadas na comunidade, como visitas domiciliares, o ACS assume papel de liderança perante os demais os profissionais da equipe.

Sempre fazemos o diagnóstico dos problemas de saúde da comunidade através do ACS, o ACS que traz as notícias pra gente, quem ta precisando de uma visita, uma maior atenção, um maior atendimento, quem tem dificuldade de locomoção, ai a gente vai numa visita e faz um atendimento diferenciado, é sempre o ACS que aponta. O ACS é o nosso indicador.(COR_DENT_4)

Agente trabalha interligado, eu atendo, o médico também, dia de visita a gente faz as visitas né, com os ACS, médico com ACS, dentista com ACS, tem as atividades dentro do posto e também na comunidade. (SGC_ENF_02)

Esta liderança do ACS se justifica pelo seu conhecimento sobre a população onde atua, visto que se preconiza que este indivíduo deve pertencer à comunidade. O contato direto do ACS com os usuários possibilita o aumento da credibilidade depositada neste profissional, que passa a exercer liderança também em relação aos usuários que, em determinadas situações, sentem-se mais à vontade para falar com o ACS do que os demais profissionais da ESF.

O ACS é primordial, porque na verdade eles tem o contato direto com as famílias né, essa intimidade maior que eles tem com as famílias. Eles nos trazem. Ate agente sente uma certa dificuldade quando diz respeito a essa intimidade próxima né, que os membros da família tem que ter com o médico, com o enfermeiro, com o dentista, eles se sentem um pouco mais reservados de passar alguma coisa mais pessoal, por exemplo o caso de violência doméstica né, quando é grave aquilo eles nos procuram mas, de certa forma a gente percebe que eles tem certa vergonha de passar isso para o médico, o enfermeiro e o dentista. Então nesse ponto os ACS tem uma intimidade maior , pelo que eu pude ver o ACS é primordial, ele que passa as informações pro médico, pro enfermeiro e pro dentista.(COR_MED_1)

Como dizem nas reuniões, nós que vamos nas casas, nós que identificamos os problemas, que encaminhamos para os postos, nós que estamos dia-dia com o paciente conversando, as vezes até parecemos psicólogo, então o agente de saúde é o vínculo principal, é o começo de tudo, porque ele que ta na área conversando ta dia-a-dia com o paciente tem casos que você não ta entendendo

muito o que o paciente tá falando, muitas vezes ele tá nervoso e você tenta obter as respostas, conversa, dá conselho, você pode não fazer nada, mas conversa e traz ele ao posto. (MAN_ACS_13)

Em relação às atividades que são realizadas na unidade básica de saúde, os profissionais transmitem em suas falas que a liderança da equipe é exercida por quem ocupa o cargo de gerente/diretor do posto. O fato de ocupar este cargo é a justificativa para determinado profissional ser o líder da equipe, ou seja, a escolha de quem irá liderar não é feita pelos profissionais da equipe mas sim pelos gestores que definem quem será o gerente da UBS.

A diretora da unidade que é a líder da equipe, isso já foi definido pela estratégia, que é assim, faz nove anos que eu trabalho aqui e nove anos é assim. (MAN_ACS_10)

O cargo de gerente dos postos é ocupado pelo enfermeiro da UBS que desta forma é visto como líder da equipe. Os demais profissionais não sabem por que o enfermeiro foi o escolhido para o cargo de gerente, afirmam que a escolha é pré-estabelecida. Alguns entrevistados quando questionados em relação a quem exerce a liderança na equipe, responderam que a liderança é cargo do enfermeiro e que este é o chefe da equipe, o que evidencia uma não diferenciação entre ser líder e ser chefe.

Olha cada unidade básica de saúde é gerenciada pelo enfermeiro, então ele é responsável pela gerência e ele também lidera. Não sei porque é assim, mas se preconizou isso. (MAN_DENT_03)

A enfermeira é quem comanda a unidade na assistência e gerência, a liderança é cargo do enfermeiro. (MAN_ENF_10)

Quanto a liderança, o chefe da equipe no caso seria a enfermeira, ela quem fica realmente responsável pela equipe onde ela faz as reuniões passa as informações para mim e eu repasso para os ACS. (MAN_TECENF_02)

Quanto aos demais profissionais, em nenhum momento a liderança na equipe é atribuída ao dentista e ao médico. Em relação ao primeiro, emerge nas falas que não há uma integração deste com a equipe, pelo fato de realizar seu trabalho mais isoladamente. Quanto ao médico, este profissional afirma nos depoimentos que a liderança da equipe, que por ele é considerada a responsabilização pelas questões burocráticas da UBS, fica para o enfermeiro devido a ele estar muito ocupado pela grande demanda.

O dentista trabalha mais com a ACD, a gente fica um pouquinho fechado aqui né, a não ser quando a gente tem visita, mas o atendimento é mais aqui no consultório, as ACS é mais no dia da visita que eu tenho mais contato com elas, que a gente vai e procura ver as necessidades e tudo mas, eu acredito que a colaboração maior delas é pro médico e pra enfermeira né, mas a gente não tem uma integração mesmo. (SGC_DENT_01)

Na realidade assim como manda o programa, todo responsável pelo setor sempre são os enfermeiros

porque eles tem um curso pra isso e na realidade é assim. Nossa área é muito grande, temos déficit de profissionais, nós temos uma demanda muito grande nós que somos médicos, então essa parte burocrática fica para o enfermeiro. (MAN_MED_03)

4. DISCUSSÃO

Investigando o que a literatura apresenta quanto à liderança na Equipe de Saúde da Família, percebe-se um maior enfoque de estudos que analisam o enfermeiro como líder sem considerar uma possível liderança de outros profissionais da equipe. Não ocorre uma discussão sobre as diferentes situações enfrentadas pela ESF e a possibilidade de em cada uma um profissional diferente exercer o papel de líder, como também, o porquê de determinados profissionais não serem líderes da equipe.

Conforme os resultados, a liderança da ESF é exercida por diferentes profissionais, dependendo o local onde estão sendo realizadas as ações, de forma que, quando as atividades em geral ocorrem na comunidade, o ACS desempenha o papel de líder. O restante da equipe confia no ACS devido aos fortes laços que este tem com a comunidade, pois mora no local, o que facilita o trabalho de todos⁷. Esta liderança pode ser percebida de forma implícita nos depoimentos, visto que, nenhum profissional menciona o ACS como líder, entretanto, transmitem que o ACS é o principal condutor da equipe nas ações realizadas na comunidade, o que evidencia o poder que a equipe dá a este profissional neste tipo de ação. A ESF reconhece o trabalho do ACS como seu principal articulador com a comunidade⁹.

A liderança do ACS nas ações realizadas na comunidade não ocorre somente em relação aos profissionais da ESF, mas também em relação aos usuários, pelo fato de o ACS vivenciar a mesma realidade, identificando-se em diversos aspectos como cultura, linguagem e costumes¹⁰. Este profissional conhece as necessidades da população e representa para a comunidade a possibilidade de um acesso mais fácil aos serviços de saúde^{11,12}. O ACS também atua na mediação entre os saberes científico e popular, representando um elo entre comunidade e a equipe^{13,14}. A liderança do ACS na comunidade é muito importante, visto que, quanto mais o usuário confia nele, maior a tendência de confiança na equipe¹⁵.

O conhecimento que o ACS tem, tanto da comunidade como das ações do posto possibilita que este forneça informações relevantes para usuários e equipe, exercendo influência sobre ambos através de seu poder de comunicação. Segundo Tannebaum; Weschler; et al¹⁶, a influência interpessoal, através da comunicação, em uma determinada situação para a

busca de um objetivo, neste caso o melhor funcionamento da ESF, caracteriza o ato de liderança.

Em relação às atividades que são realizadas na UBS, destaca-se nos resultados que quem exerce o papel de líder é o profissional que ocupa o cargo de gerente, neste caso o enfermeiro. Há uma confusão em relação ao que é ser líder e o que é ser gerente, pois nas falas não ocorre uma diferenciação entre esses dois termos. Para Drucker¹⁷ a liderança não pode entendida como um cargo, mas como uma forma de agir e pensar que influencia os demais. Segundo Vries¹⁸ uma pessoa é líder devido a seu poder de influenciar os demais, adquirindo confiança, enquanto a hierarquia é a base de poder dos gerentes. Considerando as diferenças de conceitos, podemos ter líderes na ESF que nunca foram e nem serão gerentes, como também gerentes que não exercem liderança, entretanto uma pessoa pode ser gerente e líder, como no caso de muitos enfermeiros na ESF, mas não necessariamente todos.

O fato de o enfermeiro ser o líder da equipe é algo determinado pela própria profissão, que prepara este profissional para liderar e gerenciar os demais¹⁹. Observaram que em manuais de normas e procedimentos do Serviço de Enfermagem das instituições de saúde atribui-se o papel de líder ao enfermeiro. Lourenço; Trevisan; et al²⁰, afirma que é natural o enfermeiro desempenhar o papel de líder devido a forma que está estruturado seu trabalho e a sua formação. Segundo Rozendo; Gomes; et al⁸, a liderança na enfermagem é algo estabelecido, supostamente inquestionável. Ocorre a difusão deste modo de pensar em programas de treinamento, salas de aula, livros, congressos, dentre outros que fazem parte da formação do enfermeiro. Falta uma discussão mais profunda sobre o que é ser líder, antes desta difusão. A liderança do enfermeiro não ocorre de forma natural, mas devido a dinâmica do processo de trabalho que exige do enfermeiro a liderança, ou seja, ao ocupar o cargo de gerente, o enfermeiro se torna líder devido as funções que realiza, entretanto, não foi escolhido pelos demais profissionais para exercer tal papel. Segundo Motta²¹ a verdadeira liderança ocorre quando os seguidores resolvem seguir seu líder devido a confiarem neste e em suas visões, de forma que o papel de líder não é imposto, mas sim escolhido pela equipe.

Quanto aos demais profissionais da equipe analisados, o médico e o odontólogo, em nenhum momento a liderança é atribuída a estes. Em relação ao primeiro, o grande número de pacientes a serem atendidos faz com que falte tempo para este profissional assumir um possível papel de líder, visto que, uma comunicação adequada do médico com os

demais profissionais exige certo tempo. Segundo Amestoy; Cestari; et al²², sem uma comunicação eficaz, dificilmente um indivíduo poderá influenciar os demais e exercer a liderança. Outro ponto abordado nos depoimentos quanto ao médico, é que este tem uma visão da liderança como a responsabilização pelas questões burocráticas da UBS, e que o responsável por estas, como já foi pré-estabelecido é o enfermeiro. Neste caso ocorre uma acomodação por parte do médico que não questiona o porquê de o enfermeiro ser o líder da equipe nas atividades realizadas na UBS. Simões; Fávero; et al²³, afirmam que dentre os fatores que não contribuem para uma liderança está o comodismo.

Analisando as falas sobre o odontólogo, percebe-se que ele não exerce uma possível liderança na equipe devido a realizar suas atividades de forma isolada. Segundo Botazzo²⁴ há uma dificuldade de inserção do odontólogo na ESF, devido a sua formação acadêmica que se apresenta voltada para o tecnicismo, estando desvinculada dos problemas sociais da população. Para Souza²⁵ ocorre um distanciamento entre o odontólogo e os demais profissionais da equipe pelo fato de o dentista não saber realizar tarefas senão atividades técnicas odontológicas. Desta forma, o fator determinante para uma não possibilidade de liderança é a falta de uma comunicação efetiva com os demais.

Após análise da relação de cada profissional com a liderança, percebe-se que esta pode ser entendida através das relações de poder que ocorrem na equipe. Segundo Arendt²⁶, o liderado permite que alguém lidere devido ao poder que dá a determinada pessoa para tal, pois acredita que ela tenha credibilidade para assumir este papel ou por simples omissão/acomodação. Este fluxo de poder acontece naturalmente a partir do momento em que ocorrem relações interpessoais.

Considerando as relações na ESF, torna-se importante a figura de um líder, tanto em situações específicas ou de uma forma mais geral. Para Galvão; Trevisan; et al²⁷. “A liderança é necessária em todos os tipos de organização humana”. Corniani; Galvão; et al²⁸, encontraram em seu estudo que a liderança é importante para equipe na busca dos objetivos de trabalho.

A importância da presença de um líder na ESF, torna necessário um preparo adequado de todos os profissionais e não somente do enfermeiro para uma possível liderança na equipe. Segundo Kotter²⁹ a liderança é algo à se aprender. Desta forma deve-se procurar abordar essa temática nas formações acadêmicas de cada curso, como também em congressos e cursos de atualização. Amestoy; Cestari;

et al²² defende que para a construção de um líder, torna-se necessário que as instituições de saúde e os órgãos formadores dêem a devida importância ao ensino e aprendizado permanente da liderança.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A liderança na ESF é exercida conforme a situação, pelo ACS ou pelo enfermeiro. Em nenhum momento o papel de líder é desempenhado pelos demais profissionais. Ocorre certa confusão por parte dos profissionais em relação ao que significa exercer a liderança. Há um entendimento de que liderança e gerência são sinônimas.

Considerando a liderança do enfermeiro na equipe, o que foi encontrado é similar a outros contextos do Brasil, entretanto fazem-se necessários mais estudos que busquem analisar uma possível liderança dos demais profissionais na ESF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspec 2004; 18(3): 41-46.
- Moretti-Pires RO; Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta paul. enferm 2009; 22(4): 439-444.
- Centa ML; Almeida BMM. O programa de saúde da família sob olhar da equipe multidisciplinar 2003; 5(2): 103-113
- Oliveira AGB; Ataíde IFC; Silva MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. Texto & Contexto – Enfermagem 2004; 13(4): 618-624.
- Silva J; Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface (Botucatu) 2005; 9(16): 25-38.
- Galvão CM; Trevisan MA; Sawada NO; Mendes IAC. Liderança situacional: um modelo para aplicação na enfermagem brasileira. Rev Esc Enferm USP 1997; 31(2): 227-236.
- Nunes MO; Trad LAB; Almeida BA; Homem CR; Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública 2002; 18(6): 1642.
- Rozendo CA; Gomes ELR. Liderança na enfermagem brasileira: aproximando-se de sua desmistificação. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(5): 67-76
- Nascimento EPL; Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Cad Saúde Pública 2008; 24(6): 1308.
- Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface - Comunic Saúde Educ 2002; 6(10): 86.
- Mont’alverne B; Chagas MIO; Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Cienc. Saúde Coletiva 2009; 18(1): 227 - 232
- Bornstein VJ; Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trab Educ Saúde 2009; 6(3): 457-80.
- Stotz ED; David HMSL, Bornstein VJ. O agente comunitário de saúde como mediador. Rev APS. 2009; 12(4): 487-497.
- Fortes PAC; Spinetti SR. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do programa de saúde da família. Saúde Soc 2004; 13(2): 70-75.
- Valentim IVL; Kruehl AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do programa da saúde da família. Cienc. Saúde coletiva 2007; 12(3): 777 - 788
- Tannenbaum R; Weschler IR; Massarik F. Liderança e organização: uma abordagem da ciência do comportamento. São Paulo: Atlas; 1972.
- Drucker P. O líder do futuro. São Paulo: Futura; 1996.
- Vries K. Liderança na empresa: como o comportamento dos líderes afeta a cultura interna. São Paulo: Atlas; 1997.
- Constantino LR, Sanna MC. A inserção do tema liderança nas disciplinas de administração em enfermagem de uma faculdade particular da cidade de São Paulo. 1998 a 2004. Esc Anna Nery R Enferm. 2006; 10(2): 204 -13.
- Lourenço MR; Trevisan MA. Líderes da enfermagem brasileira – sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. Rev Latino – am Enfermagem 2001; 9 (3): 14 -9.
- Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Editora Record 2. Ed.; 1991.
- Amestoy SC; Cestari ME; Thofehrn MB; Milbrath VM. Características que interferem na construção do enfermeiro-líder. Acta Paul Enfermagem 2009; 22(5): 673-8.
- Simões A; Favero N. O desafio da liderança para o enfermeiro. Rev Latino Am-Enfermagem 2003; 11(5): 567-573.
- Botazzo CA. Saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. Brasília: Instituto de saúde; 1994.
- Souza MF. Agentes comunitários de saúde. Choque de Povo! São Paulo: Hubitec; 2001.
- Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira; 2009.
- Galvão CM; Trevisan MA; Sawada NO; Coleta JAD. Liderança situacional: estrutura de referência para o trabalho do enfermeiro-líder no contexto hospitalar. Rev Latino-am Enfermagem 1998; 6(1): 81-90.
- Corniani F; Galvão CM; Sawada NO. Liderança e comunicação: opinião dos enfermeiros responsáveis pelos serviços de enfermagem de um hospital governamental. Rev Esc Enf USP 2000; 34(4): 347-53.
- Kotter JP. Os líderes necessários. Rev HSM Management. 1997; 4(1): 18-23