



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BRUNO NEVES DA SILVA

**RELAÇÕES DE PODER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

CAJAZEIRAS – PB

2018

BRUNO NEVES DA SILVA

**RELAÇÕES DE PODER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Centro de Formações de Professores da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M^a Gerlane Cristinne Bertino Vêras

CAJAZEIRAS – PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

S586r Silva, Bruno Neves da.
Relações de poder no contexto da Estratégia de Saúde da Família /
Bruno Neves da Silva. - Cajazeiras, 2018.
70f.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Relações de poder. 2. Estratégia de Saúde da Família. 3. Saúde pública. 4. Profissionais da saúde. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614.2

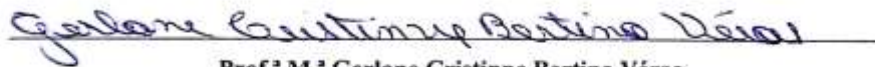
BRUNO NEVES DA SILVA

RELAÇÕES DE PODER NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA

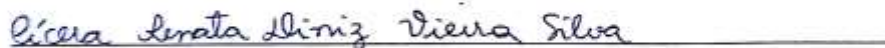
Monografia apresentada à Universidade
Federal de Campina Grande como requisito
parcial para obtenção do Grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovado em: 13/03/2018.

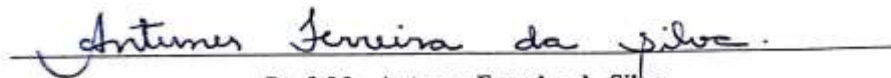
BANCA EXAMINADORA:



Prof.ª M.ª Gerlane Cristinne Bertino Vêras
ETSC/CFP/UFCG
Orientadora



Prof.ª M.ª Cícera Renata Diniz Vieira Silva
UAENF/CFP/UFCG
1º Membro



Prof. M.e Antunes Ferreira da Silva
ETSC/CFP/UFCG
2º Membro

Por cuidarem de mim com a mesma excelência de um bom enfermeiro, pelo apoio e pelo amor a mim dedicados, à minha bisavó Francisca Garcia dos Reis e ao meu avô Manoel Ribeiro Neves (*in memoriam*), dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e humildemente, agradeço a Deus e a seu Divino Filho Jesus, pelas oportunidades a mim concedidas, pela iluminação, e pela força de concluir uma etapa significativa na busca por adiantamento que é a jornada na Terra.

À Santíssima Imaculada Mãe de Jesus, Maria, mãe também minha, cujo manto de amor me acalenta sempre nos momentos de dificuldade, gratidão por tomar-me como seu filho e guiar meus passos.

Aos meus pais, Ana Lúcia e Luis Ribeiro e ao meu irmão Lucas, por serem minha base de sustentação, sem a qual não seria possível chegar a lugar algum. A vontade de seguir em frente nos momentos em que o desânimo bateu veio de vocês, amo-vos!

Ao meu avô, que já não se encontra mais neste plano, Manoel Ribeiro Neves, agradeço pela minha criação como segundo pai, pelo amor dedicado a mim e por me incentivar sempre a buscar o caminho dos estudos. Que o senhor esteja alegre na presença de Deus.

À minha bisavó Francisca (mãica), por ser mãe três vezes, pelo zelo, cuidado e carinho para comigo desde que me entendo por gente. Minha gratidão eterna pela ajuda, pelo apoio e pelo amor de vó.

À minha avó materna Raimunda (vovó) e a minha tia Maria (Totó) por me incentivarem, me ajudarem e pela dedicação e amor que sempre dedicaram a mim.

À minha namorada, Máisa G, por ser apoio e amor no meu caminho desde que nosso encontro de almas aconteceu. Das felicidades que a enfermagem me apresentou, você foi a melhor e a mais bonita delas, e continua sendo meu trevo de quatro folhas. Gratidão.

Aos meus amigos da vida, Tulio e Aluízio (Lulu), pela parceria e por entender as faltas em momentos os quais deveria estar presente. Agradeço a amizade de sempre.

Aos amigos que a UFCG me permitiu conhecer, cujas amizades foram um presente: Adejunior, Aldeir, Erlando, Erivan, Gadelha, Gilmário, João Paulo, Oraldo, Rodrigo, Rodolfo e Valmir. Por todo companheirismo, amizade, conforto e pelos momentos, bons e ruins, que pude viver ao lado de vocês e pelo aprendizado que pude obter dessas relações, agradeço e reitero a consideração por todos!

Aos colegas de curso (e de profissão) e amigos que a enfermagem me deu, Fabrícia, Luana, Sara, Paloma, Rayara, Leandro, Geísa, Kellen, Pedro, Wagner, Luiz Henrique, José Augusto, Bruna de Sá, as Joyces, Gabrielle, Josué e Thaíse. Contar com

colegas como vocês é ter a certeza que a enfermagem irá crescer com pessoas humanas e dignas de exercer a ciência do cuidado.

Aos meus amigos do ensino médio Fernanda, Anderson, Nailton e Raquel, pela sustentação de uma amizade sincera, apoio e fraternidade na vida. Agradeço também a Aparecida, Gercica, Gilmara e Corrinha, pelo carinho, consideração, amizade e afeto.

À minha orientadora, amiga e espelho de profissional (além de malvada favorita, é claro), Gerlane Vêras. Agradeço, sinceramente, a amizade, o cuidado e o incentivo que a senhora me proporcionou na minha trajetória acadêmica e profissional. Sem dúvida nenhuma, poder aprender com uma profissional ética e humana tal qual a senhora foi uma experiência engrandecedora, e espero a oportunidade de poder exercer a enfermagem com todo esse zelo que a senhora inspira aos seus alunos. Obrigado!

Ao corpo administrativo da UAENF, pela dedicação à formação em Enfermagem e pelo zelo com todo o corpo discente do curso. Agradecimento especial à pessoa de Laraina Moreira, por toda dedicação ao curso de Enfermagem e a mim, nas oportunidades em que solicitei sua ajuda, desde a minha matrícula até a conclusão.

Aos professores da UFCG e orientadores de outras oportunidades, Eder Almeida, Luciana Moura, Janaíne Chiara e Manoel Dionizio, por compartilharem seus ricos saberes e ensinamentos de grande valor à minha formação acadêmica, profissional e cidadã. Por terem me acolhido, incentivado e apoiado em diversas oportunidades, que me permitiram crescer por intermédio de vocês! Obrigado!

Aos membros da banca de avaliação deste trabalho, professor Antunes e professora Renata, pelas considerações pertinentes, e por aceitar de prontidão enriquecerem esse trabalho com seus ensinamentos e sabedoria. Agradeço à professora Renata, ainda, por todo apoio e acompanhamento durante o estágio supervisionado II, o qual eu não poderia ter vivenciado experiências tão enriquecedoras se não fosse o seu empenho em manter os campos de estágio. Gratidão ainda pela amizade e carinho.

Agradeço, ainda, de forma especial, aos professores e ex-professores Antônio Humberto, Rosilene Cândido, Francisca Bezerra, Sofia Santos, Rosimery Cruz, Dayze Galiza, Mônica Paulino, Cláudia Fernandes, Paula Frassinetti e Laryssa Lins por serem verdadeiros professores e estimuladores do desenvolvimento discente/profissional e pelo cuidado que têm com a docência. Aprender com vocês foi brilhante, gratidão a todos.

Às enfermeiras Tâmara, Roberta e Rosinha pela oportunidade de aprender com a experiência profissional de vocês e pela amizade estabelecida pelo convívio, também expresso aqui a minha gratidão.

Ao pessoal terceirizado (e muitas vezes invisível) da UFCG minha gratidão pelo convívio diário enquanto aluno e residente universitário. Agradeço especialmente ao pessoal do Restaurante Universitário, na pessoa de Aiany, e do serviço social, na pessoa de Grazieli. Percebo que cuidam da UFCG com o empenho que cuidam de suas próprias casas, e merecem reconhecimento e louvor por tal dedicação.

Por último, agradeço aos governos de esquerda que governaram, por um breve período, esse país, nas pessoas do Ex-presidente Lula e da Ex-presidenta Dilma. Ainda que pessoalmente eu tenha dedicado enorme esforço para ser a primeira pessoa da minha família a possuir um diploma de graduação, tal esforço só pôde ser validado pela grande criação de oportunidades aos menos favorecidos que se deu nesses governos, oportunidades essas que os outros membros da família não puderam desfrutar, ainda que sejam munidos de muito esforço, o qual foi dedicado ao trabalho no sol árduo do sertão nordestino. Meus mais sinceros sentimentos de gratidão e de fora Temer.

Rogo a Deus, bênçãos de paz e luz na vida de todos os supracitados.

“O fato é que toda relação humana é, a um certo grau, uma relação de poder. Nós evoluímos em um mundo de relações estratégicas perpetuas.”

(Michel Foucault)

SILVA, B.N. **Relações de poder no contexto da Estratégia de Saúde da Família**. 2018. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

RESUMO

As relações de poder encontram-se presentes nos diversos níveis de atenção à saúde, visto que estes são compostos por uma teia social de indivíduos que interagem entre si. No âmbito da Estratégia de Saúde da Família as relações de poder são resultado de uma acumulação histórica, cultural e ambiental, que aproxima o seu processo de cuidado às práticas do modelo curativista. O objetivo deste estudo foi compreender as relações de poder existentes no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de campo de natureza descritiva e com abordagem qualitativa realizado junto a 20 profissionais assistencialistas que compõem as equipes de saúde da família do município de Nazarezinho-PB mediante entrevista gravada norteada por formulário semiestruturado. Estabeleceu-se como critério de inclusão enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde das Estratégias da Saúde da Família que encontravam-se na escala de trabalho no período da coleta de dados, e como critério de exclusão, teve-se apenas os profissionais que encontraram-se ausentes do serviço e não puderam ser contatados durante o período da coleta de dados, que ocorreu nos meses de julho a outubro de 2017. A análise dos dados objetivos se deu por meio de estatística descritiva e dos subjetivos de forma categorial e temática por intermédio da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores sob parecer nº 2.131.776. Foram construídas cinco categorias temáticas: Categoria 1 – O que é poder na Estratégia de Saúde da Família; Categoria 2 – Exercício de poder na Estratégia de Saúde da Família: percepções dos profissionais; Categoria 3 – Fatores implicados na gênese das relações de poder na Estratégia de Saúde da Família; Categoria 4 – A relação saber-poder na Estratégia de Saúde da Família; e Categoria 5 – Reflexos da verticalização do poder na assistência à saúde. Constatou-se diferentes percepções acerca de poder, que perpassam o conceito de autonomia e de conhecimento, sendo este último uma percepção intrínseca ao entendimento de poder por parte dos sujeitos do estudo o que reflete a indissociabilidade entre saber-poder discutida por Foucault. A maior valorização do processo de trabalho de determinados profissionais verificada mostra uma distribuição desigual de poder no cenário estudado, que acaba por operar de modo médico-centrado, desconsiderando a interdisciplinaridade que deveria existir no serviço de saúde, desarticulando a atuação profissional e aproximando a Estratégia de Saúde da Família do modelo biomédico e curativista, ocasionando a construção de uma hierarquia de saúde que define profissionais que podem mais ou menos. Evidencia-se, portanto, a necessidade de superação das relações de poder materializadas na Estratégia de Saúde da Família, com vistas a proporcionar uma assistência de saúde horizontalizada, com enfoque nas demandas dos atores sociais, usuários do serviço, e pautada na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe.

Palavras-chave: Poder. Estratégia de Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente.

SILVA, B.N. **Power relations in the context of the Family Health Strategy**. 2018. 70f. Undergraduate Thesis (Graduate Nursing) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2018.

ABSTRACT

Power relations are present in the various levels of health care, since these are composed of a social web of individuals that interact with each other. Within the scope of the Family Health Strategy, power relations are the result of a historical, cultural and environmental accumulation that brings its care process closer to the practices of the curativist model. The aim of this study was to understand the power relations existing in the work context of the Family Health Strategy. It is a field study with a descriptive nature and qualitative approach performed with 20 health care professionals who make up the family health teams of the municipality of Nazarezinho-PB through a recorded interview guided by a semi-structured formulary. Nurses, doctors, dentists, nursing technicians and oral health assistants and the community health agents of the Family Health Strategies who were on the work scale during the period of data collection were established as inclusion criteria. Was considered as exclusion criteria only those professionals who were absent from the service and could not be contacted during the period of data collection, which occurred in the months of July to October 2017. The analysis of the objective data was done through descriptive statistics, and of the subjective ones took place in a categorical and thematic form through Laurence Bardin's Content Analysis. The study respected the ethical precepts set forth in Resolution 466/2012 of the National Health Council, and was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Campina Grande (Federal University of Campina Grande city) / Centro de Formação de Professores (Teacher Training Center), under opinion number 2.131.776. Five thematic categories were built: Category 1 - What is power in the Family Health Strategy; Category 2 - Exercise of power in the Family Health Strategy: perceptions of professionals; Category 3 - Factors involved in the genesis of power relations in the Family Health Strategy; Category 4 - The knowledge-power relationship in the Family Health Strategy and Category 5 - Reflections of the verticalization of power in health care. Different perceptions about power were found, which pass through the concept of autonomy and knowledge, the latter being an intrinsic perception of the understanding of power by the subjects of the study, which reflects the inseparability between knowledge and power discussed by Foucault. The higher valuation verified of the work process of certain professionals shows an unequal distribution of power in the studied scenario, which ends up operating in a medical-centered way, disregarding the interdisciplinarity that should exist in the health service, disarticulating the professional performance and approximating the Strategy of Health Family to the biomedical and curativist model, causing the construction of a health hierarchy that defines professionals that can more or less. Therefore was evidenced the need to overcome the power relations materialized in the Family Health Strategy, aiming to provide a horizontal health care, focusing on the demands of social actors, users of the service, based on interdisciplinarity and on team work.

Keywords: Power. Family Health Strategy. Patient Care Team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agentes comunitários de saúde
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
PB	Paraíba
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Poder: exercício e relações	16
3.2 Relações de poder no cuidado de saúde	19
3.3 Relações de poder no âmbito da Estratégia de Saúde da Família	22
4 PERCURSO METODOLÓGICO	25
4.1 Tipo e natureza do estudo	25
4.2 Local de pesquisa	26
4.3 População e amostra	27
4.4 Critérios de seleção	27
4.5 Procedimento e instrumento para coleta de dados	27
4.6 Análise dos dados	29
4.7 Aspectos éticos	30
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5.1 Caracterização da amostra	32
5.2 Delineamento das categorias	34
Categoria 1 – O que é poder na Estratégia de Saúde da Família	34
Categoria 2 – Exercício de poder na Estratégia de Saúde da Família: percepções profissionais	37
Categoria 3 – Fatores implicados na gênese das relações de poder na Estratégia de Saúde da Família	38
Categoria 4 – A relação saber-poder na Estratégia de Saúde da Família	41
Categoria 5 – Reflexos da verticalização do poder na assistência à saúde	45
6 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	60
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

As relações de poder estão presentes nos diversos níveis de atenção à saúde, visto a existência de redes sociais compostas por diversos atores que interagem entre si. Pode-se definir que o poder se dá de forma relacional, sendo entendido como algo que se é exercido (PAULINO; SIQUEIRA, 2013) de forma individual ou em grupo, a fim de mudar atitudes e comportamentos e persuadir decisões, podendo assumir conotações positivas ou negativas (MCEWEN; WILLS, 2009), e será discutido ao decorrer deste trabalho a partir do pensamento do filósofo Michel Foucault.

Conforme Silva e Arantes (2017), a produção de relações de poder se dá ao passo em que uma equipe produz o cuidado de saúde, simultaneamente. Velloso (2011), destaca que no espaço laboral, estas relações se dão em ciclos de sentimentos expressos no dia a dia, e variam conforme as interações prescritas pelo caráter tangível das relações de trabalho.

Nesse contexto, Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) constataram que quando exercido de forma verticalizada, o poder gera tensão nos relacionamentos interpessoais e contribui para a diminuição da confiança entre os profissionais; ademais, o trabalho em equipe, necessário para a prestação de uma assistência de saúde de qualidade, pode ser prejudicado pelo estabelecimento de conflitos de poder existentes entre os trabalhadores, o que faz cada profissional exercer seu papel de forma isolada.

No âmbito da Atenção Básica (AB), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um cenário particular onde existem disputas de poder resultantes de uma acumulação histórica, cultural e ambiental (GOLDSTEIN et al., 2013).

A ESF pauta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e objetiva a reorganização da AB no Brasil. Contudo, nos casos em que não ocorre um compartilhamento do poder, nem uma corresponsabilidade nas ações de promoção de saúde, e a tomada de decisão ocorre de forma verticalizada, a ESF mostra-se distante de efetuar uma integração e uma horizontalidade no seu processo de trabalho em consonância com seus preceitos fundamentais, o que reverbera negativamente na formação de vínculos entre os profissionais e na assistência oferecida à população (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Analisar as relações de poder que se constituem no interior de uma equipe é fundamental para alcançar o entendimento dos dilemas que intervêm na prática profissional coletiva e individual desta, e que não têm decorrido conforme os princípios básicos que norteiam o SUS (VICENZI; GIRARDI; LUCAS, 2010).

É essencial que um profissional de saúde que integra uma equipe multiprofissional seja capaz de promover uma interação multidisciplinar harmoniosa, de forma que as relações de interdependência profissional sejam pautadas no trabalho em equipe e, ainda, que este profissional saiba reconhecer a presença de relações de poder no serviço que atuem como entraves a esses processos, na tentativa de superar ou minimizar estes entraves.

Nesse contexto, as vivências e experiências obtidas nas aulas práticas em campo de estágio, enquanto acadêmico de enfermagem, proporcionaram-me reflexões acerca da existência de uma hierarquia nos serviços de saúde, constatada nos diversos níveis de atenção ao paciente. A constatação dessa hierarquia acarretou o interesse de desenvolver o presente estudo, que possui o seguinte problema de pesquisa: “Como se caracterizam as relações de poder existentes no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família?”.

Comprova-se a relevância social dessa pesquisa a partir do entendimento de que a identificação e superação de relações de poder no âmbito da ESF faz-se essencial para que esta possa atender às demandas dos atores sociais, usuários do serviço, de forma horizontal e com integralidade. Ademais, tendo em vista que os seus resultados podem subsidiar estudos posteriores, constata-se sua relevância acadêmica, tornando justificável o seu desenvolvimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as relações de poder existentes no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Examinar a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre a forma pela qual exercem e sofrem a ação do poder;
- Analisar como ocorre hierarquizações no serviço de saúde a partir de relações de poder;
- Identificar os reflexos da existência de relações de poder no processo de produção do cuidado de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

“O poder está em toda parte; não porque englobe tudo, e sim porque provém de todos os lugares.”

(Michel Foucault)

3.1 Poder: exercício e relações

A palavra poder advém do latim vulgar *potere*, que significa “ser capaz de”. A partir de seu significado etimológico, existem várias concepções acerca da noção de poder. Dentre essas definições, pode-se citar a capacidade de se realizar algo, proveniente de um elemento físico ou natural, ou reconhecida por uma autoridade institucional (poder criador, poder de nomear e demitir, etc.); ou, ainda, pode-se analisar o poder mediante o exercício do domínio político, seja na força (poder militar, poder ditatorial); seja em uma autoridade, constituído legitimamente (poder constitucional) (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006).

O poder constitui-se em um objeto de estudo por diversos autores; dentre eles, é notório o nome do francês Michel Foucault¹. Segundo Silva (2013) o destaque merecido a esse filósofo se dá devido a sua análise do poder sob uma ótica diferenciada, partindo não da sua macro dimensão, mas das relações de micropoderes que se expandem e compõem a rede social.

Diferindo de concepções apresentadas por outros estudiosos, Foucault submete-se a realizar não uma teoria, mas uma genealogia do poder. Em sua obra *“Vigiar e punir: nascimento da prisão”*, publicada em 1975, o filósofo propõe estudar as transformações dos métodos punitivos mediante uma tecnologia política do corpo na qual se poderia reconhecer uma história comum das relações de poder e de objeto, pois, para o autor, o corpo está diretamente mergulhado em um campo político, no qual as relações de poder possuem um alcance imediato sobre ele, investindo, marcando, dirigindo, supliciando, sujeitando-o a trabalhos, obrigando-o a cerimoniais e exigindo dele sinais; este investimento político do corpo relaciona-se à sua utilização econômica, ou seja: as relações de poder e de dominação sobre o corpo estão ligadas à força de produção que este possui (FOUCAULT, 2008).

Em tal obra, Foucault parte da constatação de que o exercício do poder na sociedade não está vinculado apenas ao Estado e às autoridades formais, mas sim de formas

¹ Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo francês e um dos principais nomes da corrente filosófica tida como Estruturalismo. Era diplomado em Psicologia e Filosofia e dedicou-se a estudar temas como loucura, sexualidade, história da medicina e poder, sendo este último estudado pelo autor de forma descendente, buscando constatar o exercício molecular do poder, ao invés de estudá-lo como partindo do centro para a periferia. Foucault ficou conhecido a partir dos seus posicionamentos contrários ao sistema prisional tradicional.

diversificadas, em níveis distintos e heterogêneos, em uma multiplicidade de sentidos, frequentemente de formas imperceptíveis (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006), e escolhe as prisões para o estudo do poder, devido ao fato de que estas são os únicos ambientes nos quais o poder pode manifestar-se em seu estado puro, em suas proporções mais excessivas e ser justificado como poder moral, chamando atenção ao fato de que no ambiente prisional, o poder não se camufla nem se mascara, mas se mostra como uma tirania levada aos mais ínfimos detalhes (FOUCAULT, 1979).

Para Foucault, o poder é vivo, ou seja, só existe em ato² e se dá sempre sob a forma de relação. A definição de poder segundo este filósofo é a de uma relação de forças: toda relação de forças é uma relação de poder, sendo que essas relações constituem-se em ações sobre ações, e podem ser expressas por ações de incitar, induzir, desviar, ampliar, limitar, facilitar ou dificultar. O autor argumenta, ainda, que qualquer agrupamento humano encontra-se sempre cercado por relações de poder, visto que a sua manifestação se dá mediante às relações inerentes à vida social (FOUCAULT, 1979).

Segundo Santos (2016), a concepção de Foucault de poder enquanto relação acarreta em afirmar sua existência unicamente na condição de ato, partindo daí a afirmação de que este se exerce e se opera, ao contrário da suposição de que se possa possuí-lo ou tê-lo como posse. Na não existência de poder, mas de relações de poder, implica-se em dizer que este não situa-se em determinado lugar, mas se distribui na sociedade em todos os lugares e pessoas, coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos a partir dos seus mecanismos (BRÍGIDO, 2013).

Nesse sentido, Paulino e Siqueira (2013) corroboram que o poder é entendido no pensamento foucaultiano não como algo passível de posse, mas que pode ser exercido de forma relacional entre os indivíduos, existindo, como condição para isto, a presença de espaços para a resistência e para práticas de liberdade, visto que na ausência desta, o poder transforma-se em dominação e promove objetificação do sujeito.

Foucault (2008) pensa o poder não como um privilégio obtido ou mantido pela classe dominante, mas como efeito de suas posições estratégicas, sendo manifestado e, por vezes, reproduzido pelos que ocupam a posição de dominados. Para o filósofo, o poder não se localiza no aparelho do Estado, e qualquer modificação na sociedade que se pretendesse realizar não ocorreria se os mecanismos de poder que funcionam num nível cotidiano e

² Essa expressão remete ao que o filósofo grego Aristóteles (384 a.C. — 322 a.C.) descreve no livro IX de sua *Metafísica*, no qual ele explicita filosoficamente o conceito de movimento a partir das noções de ato e de potência.

muito mais elementar, fora, abaixo e ao lado dos aparelhos do Estado não fossem modificados (FOUCAULT, 1979).

Foucault (2008) destaca, ainda, que o poder como resultado do efeito das posições estratégicas ocupadas por determinados sujeitos não se aplica apenas sob a forma de uma obrigação ou proibição àqueles que não o possuem, mas os inverte, perpassa-os, apoia-se neles, da mesma maneira que eles, em sua batalha contra o poder, usam os pontos que este alcança como apoio; nesse sentido, os indivíduos estão sempre em condição de sofrer sua ação ou de exercê-lo, visto que sua efetivação se dá em rede, nos diversos segmentos e sujeitos.

Conforme Villa et al. (2015), o pensamento de Foucault desconstrói a concepção de que existe somente uma visão binária nas relações de poder, na qual um domina e o outro é dominado, colocando que este é exercido em uma rede de submissões em que ninguém é seu único alvo, mas que atravessa os diferentes indivíduos. Essa noção é ampliada devido ao fato de que o filósofo não busca a identificação de quem domina ou quem é dominado, mas o entendimento da posição, das relações e dos sentidos de cada indivíduo na teia de dominação.

A manutenção e aceitação do poder, segundo Foucault, se dá devido ao fato deste não pesar apenas como uma força que diz não, mas que de fato permeia e produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz discurso, devendo ser considerado como uma rede de produção que passa por todo o corpo social, indo muito além de uma instância negativa de função repressora. O filósofo indica que o poder deve ser idealizado como algo que circula, ou que só funciona em cadeia (FOUCAULT, 1979). As discussões do autor permitem pensar as relações de poder como principiadoras de saber, e não apenas como um relacionamento entre dominantes e dominados, argumentando que poder e saber estão intimamente relacionados:

[...] Seria preciso renunciar a crer que o poder enlouquece e que em compensação a renúncia ao poder é umas das condições para que se possa tornar-se sábio. Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não possua e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 2008, p. 27).

Na visão de Foucault, antes de vislumbrar os saberes existentes, deve-se observar e descobrir que estes possuem uma origem e uma criação; nesse sentido, toda classe, cultura ou sociedade não pode ser livre de relações de poder porque em todas estas existem relações de saber (BRÍGIDO, 2016).

Essas relações de saber-poder não têm de ser examinadas baseando-se em um sujeito do conhecimento que seria ou não desprendido do sistema de poder, pois não é a atividade desse sujeito que criaria um saber, útil ou afastado ao poder, mas são o poder-saber, os processos e as lutas que o permeiam e o concebem que definem os campos e as formas possíveis do conhecimento (FOUCAULT, 2008). Cabe considerar, ainda, que para Foucault não há o estabelecimento de um elo causal entre poder e saber; ao invés de idealizar o primeiro como causa e o segundo como efeito (ou o inverso), o autor enfatiza a existência de um entrelaçamento entre ambos (SILVA, 2007).

O poder se encontra por toda parte, e não é só do Estado ou da soberania, mas constitui-se nas ações sobre as ações, provocando ações que ora se encontram no campo do direito e ora no campo da verdade (FERREIRINHA; RAITZ, 2010), e o seu entendimento enquanto relação suscita em dizer que toda relação social implica, inerentemente, em relações de poder, coexistentes à vida em sociedade (MAIA, 1995; SANTOS, 2016).

O surgimento do poder relaciona-se com a necessidade da organização de uma sociedade, da ordenação e da busca de um bem comum, como uma forma de tornar viável a existência humana na Terra. Inexistem formas de organizações sociais, sejam elas humanas ou animais, que não possuam em seu corpo aqueles que mandam e aqueles que obedecem – ainda que exista uma certa alternância; o poder vem da própria organização do viver em comunidade; ou, no caso do homem, da convivência social (BARRETO; BERTANI, 2005).

3.2 Relações de poder no cuidado de saúde

A gênese das relações de poder em saúde acontece no interior das equipes, e não se referem a formas de governo ou chefias, mas à existência de uma polarização instituída entre os indivíduos, separando-os entre aqueles que podem mais ou que podem menos, dando origem a uma hierarquia nas relações (OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011).

Em qualquer equipe de saúde ocorre, dentro das suas especificidades, a reprodução da dinâmica das relações sociais, englobando as divisões técnica e social do trabalho. A divisão social é intrínseca aos vários modos sociais de produção, refletindo a divisão de classes sociais, e considera as diferenças existentes nestas; a divisão técnica, própria do modo de produção capitalista, caracteriza-se pelo parcelamento do trabalho em diversas ações executadas por diferentes trabalhadores, e não deixa de ser, também, caracterizada como uma divisão social, na qual o trabalho intelectual é realizado pelas classes

sociais mais privilegiadas, enquanto o trabalho manual é executado, geralmente, por trabalhadores de classes menos favorecidas (MATUMOTO et al., 2005).

Nesse contexto, as divisões técnica e social do trabalho nas equipes de saúde são afetadas pela reprodução de uma configuração de poder polarizada, que estabelece que o indivíduo detentor de maior saber é aquele que também detém maior poder, podendo exercer maior controle sob os que sabem menos e exigir sua obediência (FORTUNA et al., 2005). A relação do saber-poder disciplinar existente acaba por aprisionar os saberes em compartimentos, o que termina por dificultar a construção de uma proposta interdisciplinar na área da saúde (CAVALCANTI; CARVALHO, 2010).

Refletindo acerca do pensamento de Eliot Freidson, Bueno e Queiroz (2006) relatam, nessa perspectiva, que a medicina se distingue em relação às outras profissões no que se refere à autonomia estruturada e legitimada em seu poder, o que proporciona a essa ocupação um monopólio que garante uma posição dominante no interior de um processo de divisão de trabalho; essa autonomia é alicerçada em dois princípios fundamentais: o apoio das elites e o conhecimento teórico reconhecido e protegido pelo Estado.

A partir da instituição de um contexto médico hegemônico nos serviços de saúde, surgem os conflitos entre esta categoria de profissionais e os demais integrantes da equipe de saúde. Devido à estreita relação interpessoal e à atuação interdependente, a geração de conflitos envolvendo médicos e enfermeiros, por exemplo, constitui-se em um dos principais problemas nas instituições de saúde, o que faz com que surjam entraves que prejudicam a relação em uma equipe multidisciplinar e os cuidados dispensados ao paciente, resultados dessa relação (OLIVEIRA et al., 2010).

Conforme Villa et al. (2015), as dificuldades que podem ser propiciadas por relações de poder no serviço de saúde fazem com que alguns profissionais busquem contornar determinadas situações, frequentemente fazendo um uso excessivo de si e esgotando suas potencialidades psíquicas e físicas. A superação dessas relações de poder deve ser idealizada no âmbito desses serviços.

Superar o exercício vertical do poder deve ser uma prática encorajada quando se pensa em um serviço de saúde efetivo. Nogueira (2009) defende que uma maior visibilidade às questões socioculturais e psicológicas do indivíduo doente pode se tornar realidade a partir da instituição de novos contextos na formação médica, que possibilitem reorientar a atenção dispensada aos aspectos subjetivos do adoecimento. Apostar em uma formação médica “desmedicalizante”, que ultrapasse as relações enferrujadas de saber/poder que se encarregam

da produção da saúde dá-se sob um prisma de se construir um SUS mais acolhedor e humanizado (COUTO et al., 2017).

A superação da desigualdade de poder que prevalece na relação entre os profissionais e o usuário pode ser instrumentalizada e idealizada, a título de exemplo, por intermédio de práticas de empoderamento social (CARVALHO; GASTALDO, 2008), que refere-se ao procedimento de mobilização e condutas designadas a promover e impulsionar comunidades e grupos, tanto em um contexto material, quanto na qualidade de indivíduos dotados de criticidade acerca da realidade social, para seu crescimento, autonomia e melhoria sucessiva e contínua de suas vidas (GOHN, 2004).

As práticas de empoderamento social permitem sempre possibilitar aos trabalhadores exercer poder com os outros, do que exercê-lo sempre sobre os outros; a superação de poder referida poderia, ainda, ser vislumbrada a partir do exercício de uma prática profissional norteada pelo entendimento do paciente enquanto sujeito/cidadão de direitos que valoriza a parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, substituindo uma prática alienada e autoritária na qual o profissional é simplesmente um provedor de serviços e o paciente um mero consumidor (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Há de se pensar, ainda, na superação desse exercício de poder mediante a observação e respeitabilidade dos preceitos éticos e bioéticos, visto que o fato de um determinado profissional usar de seu saber para a promoção da saúde do ator social, coloca-o em posição de responsabilidade social; nesse sentido, devem ser criados espaços de diálogo entre profissional e paciente, nos quais haja permissividade para que este exerça sua autonomia e tome seus posicionamentos de forma ativa, diante do poder proveniente do saber dos profissionais (BAPTISTA et al., 2017).

O trabalho em saúde é mais eficaz e resolutivo quando existe certo coeficiente de autonomia nos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública, devendo-se sempre valorizar a criação de unidades baseadas em grupos autônomos, da perspectiva da gestão do processo de trabalho (CARDOSO, 2014). A efetivação da multidisciplinariedade no cuidado de saúde necessita de outras maneiras de relação que se afastem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas (UCHIMURA; BOSI, 2011).

Sendo assim, é imprescindível reconhecer a importância das relações interpessoais e da comunicação para a reorganização das práticas assistenciais, de forma que o raciocínio que norteia o trabalho em saúde leve em consideração a integralidade e a democratização das relações de trabalho, devendo os profissionais buscarem ir além da associação das suas ações, mas interagir de forma comunicativa a partir da atuação em um sistema de confiança e

reconhecimento do trabalho do outro (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013), visto que mediante a consolidação de novas atitudes ocorre a percepção de novas formas individuais e coletivas de atuação profissional, fazendo com que os trabalhadores estabeleçam relações diferenciadas, menos hierarquizadas nos modos de ser e de fazer na ESF (VILLA et al., 2015).

É por intermédio da modificação da complexa rede de relações de poder institucionais que a democratização dos modos de produzir saúde pode concretizar-se (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

3.3 Relações de poder no âmbito da Estratégia de Saúde da Família

A Portaria Nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB no âmbito do SUS. Institui-se que a AB é configurada por uma gama de ações em saúde individuais e coletivas que envolvem a proteção e a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, a redução de danos, a prática de cuidados paliativos e a vigilância em saúde; objetivando desenvolver uma atenção integral que repercuta na situação de saúde e na autonomia dos indivíduos e nos condicionantes e determinantes de saúde da coletividade. A AB deve ser desenvolvida mediante o exercício de práticas de cuidado pautadas no trabalho em equipe (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento da AB no Brasil foi impulsionado pelo processo de descentralização e implementação de programas inovadores. Dentre esses, destaca-se o Programa de Saúde da Família (PSF), inicialmente concebido em uma forma vertical que oferecia especialmente assistência materno-infantil às populações menos favorecidas socioeconomicamente, o PSF tem se constituído como a principal estratégia de estruturação da AB nos sistemas locais de saúde desde 1998 (PAIM et al., 2011), sendo atualmente definido como Estratégia de Saúde da Família, visto que o termo programa traduz um conceito de início, meio e fim (SOUZA; ABRAHÃO, 2010).

Conforme Brasil (2017), visto as múltiplas situações que são manejadas pela AB e a integralidade que esta propõe entre suas diretrizes, é necessária a presença de diferentes formações profissionais que trabalhem com ações compartilhadas, bem como um processo interdisciplinar centrado no ator social, usuário do serviço.

A ESF visa reorganizar a AB no Brasil pautando-se nos preceitos do SUS por propiciar uma nova orientação do processo de trabalho com maior competência de ampliação

da resolutividade e impacto na circunstância de saúde individual e coletiva e de aprofundamento dos fundamentos, princípios e diretrizes da AB, além de proporcionar uma relação de custo-efetividade importante (BRASIL, 2017). Mediante sua idealização, a ESF deteria a capacidade de romper o tradicional ciclo do modelo hegemônico centrado na medicina e na atenção terciária, sendo o trabalho em equipe interdisciplinar um importante instrumento (OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011).

Historicamente, a direção da equipe de saúde baseava-se em uma polarização existente entre seus componentes, existindo assim pessoas que podiam menos ou mais, cujas ações estariam ligadas diretamente ao domínio do conhecimento. Nesse cenário, o médico detinha o poder na equipe, o que reverbera atualmente na dificuldade deste profissional em ocupar uma posição que não esteja no topo da pirâmide hierárquica, dando ordens (FORTUNA et al., 2005). O rompimento desse modelo clássico e a estruturação em equipes de saúde da família possibilitou a inserção do diálogo horizontal entre todos os componentes da equipe, objetivando a atuação interdisciplinar e harmoniosa (LANZONI; MEIRELES, 2012).

Entretanto, a realidade do trabalho em equipe existente na ESF encontra-se ainda distante do que se preconiza para a efetivação de uma atividade compartilhada e multiprofissional (VILLA et al., 2015). Em um estudo realizado com 15 trabalhadores da ESF que objetivava analisar as percepções dos profissionais de atenção primária à saúde sobre a ESF, Soratto et al. (2015) encontraram a aproximação das práticas desta com as do modelo biomédico, entendendo-as como ações cuja finalidade é evitar e combater doenças por meio de uma verticalização da postura profissional.

Ainda que a ESF possua uma organização mais horizontalizada, persiste um comportamento no qual o profissional da medicina constitui a figura central, sendo considerado uma autoridade, o que demonstra que as relações de poder são significativas na hierarquia entre os profissionais, independentemente do local que estes ocupem (VILLA et al., 2015).

O enfretamento do modelo biomédico faz com que haja a intensificação do trabalho, exigindo o gerenciamento de situações que ultrapassam as competências dos trabalhadores (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Nesse contexto, ocorre um prejuízo na interação entre os profissionais e no trabalho em equipe. Este, consoante Glanz e Olschowsky (2017) implica na integração e complementação das atividades mediante a atuação integrada dos outros membros da equipe, visando a produção coletiva do cuidado de saúde e valorizando os conhecimentos e as práticas de cada profissional, não havendo

sobreposição de nenhuma categoria, mas a composição do processo de trabalho das equipes de saúde da família por todas elas.

Não obstante, não é apenas sob a figura do médico que materializam-se posturas de poder no cuidado de saúde. Em um estudo realizado por Silva e Arantes (2017) em uma Unidade de Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, foi apontado o profissional enfermeiro como o que mais exercia poder sobre a equipe de saúde, cabendo destacar, contudo, que o poder exercido por este demonstra certa ambiguidade, pois sua ação é menos concreta nas relações sociais, econômicas, jurídicas e políticas, cenários nos quais o poder exercido por ele não é plenamente reconhecido.

A ESF prevê o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade e seus atores sociais. Entretanto, problemas de ordem ética entre estes e os profissionais de saúde, como as barreiras que surgem nessa relação, sejam elas por negatividade da representação social, discriminação ou excesso de poder do profissional, tendem a ser maiores na saúde da família, devido as especificidades que rodeiam esse cenário de saúde (LIMA, C., et al., 2014).

Assim, a relação entre profissionais e usuários na ESF também é marcada por uma hierarquização que compromete a autonomia dos sujeitos implicados no processo assistencial, na qual, frequentemente, o usuário do serviço de saúde comparece à ESF em estado de dependência e de alienação aguardando respostas e soluções prontas, sobretudo dos profissionais da medicina (VILLA et al., 2015).

A participação da comunidade consiste em um dos elementos fundamentais do SUS, implicando em compartilhamento de poder e de responsabilidade na tomada de decisões, que, no final das contas, se referem a todos os envolvidos, cujo sucesso, se ocorrido, será obtido por todos, devendo ser assim estimulada e promovida pelos profissionais da ESF (AZEVEDO; COSTA, 2010), permitindo, assim, superação da verticalização da assistência.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo de campo, de natureza descritiva e com abordagem qualitativa. O estudo de campo é utilizado quando objetiva-se obter conhecimentos ou informações sobre determinado problema ou hipótese, para os quais procuram-se respostas ou comprovação, respectivamente. Este tipo de estudo é utilizado ainda quando deseja-se descobrir novos fenômenos e suas relações, consistindo na observação de fatos e fenômenos da maneira como ocorrem naturalmente, na coleta dos dados a eles referentes e no registro de variáveis consideradas significativas para análise (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa de natureza descritiva objetiva a descrição das características de uma população estabelecida ou ainda a identificação de relações existentes entre variáveis (GIL, 2010), averiguando e analisando essas relações à medida que estas manifestam-se de forma espontânea em fatos, condições e situações já existentes, não existindo manipulação *a priori* das variáveis, mas constatando suas manifestações *a posteriori* (KÖCHE, 2011).

A abordagem qualitativa refere-se, de acordo com Bosi (2012), àquela que faz interface com a subjetividade, cujos objetos de pesquisa não podem ser explanados por meio de números, visto que ela utiliza a linguagem em suas diversas formas de expressão como material.

No método qualitativo, os pesquisadores ocupam-se não com o produto de intervenções, mas com o processo, que pode ser definido como o ato de proceder do objeto, quais são seus estados e suas mudanças, e, principalmente, de que maneira este funciona, objetivando conhecer sua dinâmica interna, como cursa e como se transforma, penetrando na estrutura íntima e oculta do objeto estudado (TURATO, 2008).

Segundo Minayo (2012), a análise qualitativa possibilita objetivar um tipo de conhecimento que possui como corpo opiniões, valores, crenças, representações, ações e relações humanas e sociais sob a ótica dos sujeitos em intersubjetividade. Nessa abordagem o principal verbo é compreender, e torna concreta a viabilização de construção de conhecimento, dispondo de todas as exigências e ferramentas para ser considerada e valorizada como um constructo científico.

Na descrição deste estudo foi utilizada a diretriz denominada COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), que foi desenvolvida para permitir a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos (entrevistas e

grupos focais), consistindo em uma lista de verificação com itens específicos (ANEXO A) que abrange os componentes necessários do projeto do estudo que devem ser relatados e possibilitam ao pesquisador descrever aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos de estudo, contexto do estudo, achados, análises e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.2 Local de pesquisa

O estudo foi realizado no município de Nazarezinho, situado a oeste na depressão do alto sertão do Estado da Paraíba, a aproximadamente 382,8 quilômetros da capital Estadual João Pessoa, e possui área territorial de aproximadamente 192,165 km² e população estimada de 7.280 habitantes. O município teve origem na Fazenda Picos, pertencente ao Sr. Francisco Lins de Albuquerque, considerado o seu fundador por ter loteado suas terras para construção de casas, dando início a um povoado denominado de Nazareth do Pico. O povoado passou a ser chamado Nazaré e pertenceu à cidade de Cajazeiras até a Lei Províncias de 28 de agosto de 1956, quando passou a pertencer à cidade de Sousa-PB. O desmembramento e a elevação a município ocorreram a partir da Lei Estadual nº 2.659 de 22 de dezembro de 1961, com denominação de Nazarezinho (IBGE, 2017).

O município possui três unidades de ESF, cujas estruturas físicas localizam-se na zona urbana. As equipes de saúde da família I e II (ESF Lindolfo Pires e ESF Goiabeira, respectivamente) localizam-se no Posto de Assistência à Saúde Dr. Sinval Vieira, que é responsável por assistir à população da zona urbana e da zona rural localizada ao leste da cidade. A ESF III (ESF Cedro de Cima) opera no espaço físico em que anteriormente funcionava a Maternidade Raimunda Pedrosa Mendes, e é responsável por prestar assistência à população da zona rural localizada a oeste da cidade. Além da estrutura física abrigar a equipe de ESF III, conta ainda com um quadro de funcionários contratados em regime de plantão, que atuam de forma independente da ESF, e atendem 24 horas às demandas ambulatoriais da população da zona urbana e rural do município.

A escolha deste município como local de pesquisa deve-se, além do fato de ser o município de origem do pesquisador, à presença de relações de poder materializadas, sobretudo, pelo contexto político local.

4.3 População e amostra

População refere-se ao total de elementos sob estudo que apresentam especificidades em comum (BERGAMASCHI; SOUZA; HINNING, 2011); já a amostra, consiste em uma parcela selecionada de forma conveniente da população do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A população deste estudo foi representada por 33 profissionais assistencialistas atuantes nas equipes de ESF do município de Nazarezinho – PB, sendo três enfermeiros, três médicos, três odontólogos, três auxiliares de saúde bucal, três técnicos em enfermagem e 18 agentes comunitários de saúde (ACS).

Cabe destacar que mesmo que o agente de combate às endemias possa, atualmente, constituir as equipes de ESF, estes não foram incluídos como sujeitos da pesquisa em tela, visto que não faziam parte dessas equipes antes da instituição da nova PNAB, que ocorreu após a definição dos critérios de seleção e da coleta de dados do presente estudo.

A amostra obedeceu critério não-probabilístico por conveniência, e foi composta por aqueles que se adequaram aos critérios de seleção estabelecidos, totalizando 20 profissionais, tratando-se de três enfermeiros, dois odontólogos, um médico, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e 11 ACS. Quatro indivíduos recusaram participar da pesquisa, sendo um médico, um técnico de enfermagem e duas técnicas de saúde bucal, referindo ausência de tempo; e nove profissionais não puderam ser contatados durante o período de coleta de dados, sendo um odontólogo, um médico e sete ACS.

4.4 Critérios de seleção

Foram incluídos na amostra profissionais enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal e os ACS das ESF do município que encontravam-se na escala de trabalho no período da coleta de dados.

Adotou-se como critério de exclusão apenas os profissionais que encontraram-se ausentes do serviço durante o período da coleta de dados e não puderam ser contatados.

4.5 Procedimento e instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho a outubro de 2017 por meio de entrevista gravada mediante o uso de formulário semiestruturado (APÊNDICE A) contendo

questões de identificação do perfil socioeconômico e profissional dos sujeitos pesquisados e questionamentos norteadores subjetivos de caráter exploratório, relacionados ao tema proposto, que visaram obter o entendimento das relações de poder existentes no contexto de trabalho na ESF.

A entrevista semiestruturada é guiada por uma série de perguntas definidas com antecedência, que devem ser postas pelo pesquisador de forma semelhante à uma conversa informal, permanecendo este atento aos momentos propícios para conduzir a discussão para o objeto de estudo, podendo realizar questões adicionais para explicitar perguntas que não ficaram claras ou auxiliar a restabelecer o contexto da entrevista, caso o participante desvie-se do tema pesquisado ou possua dificuldade diante deste (BONI; QUARESMA, 2005).

Os formulários foram aplicados pelo discente pesquisador, que foi orientado para realizar as entrevistas pela docente orientadora do estudo em tela. Não houve relacionamento anterior deste com os participantes da pesquisa além da aplicação dos formulários e realização das entrevistas, com exceção daquelas que foram agendadas e realizadas no domicílio dos profissionais. Ressalta-se que todos os participantes conheceram os objetivos, interesses e a justificativa do tema de pesquisa mediante explanação do pesquisador apenas no momento da coleta de dados.

A aplicação dos formulários ocorreu pessoalmente e de forma individualizada após esclarecimentos de eventuais dúvidas dos participantes, e as entrevistas foram gravadas utilizando-se de aparelho celular modelo LG *X screen*®. Foi adotado ainda o diário de campo, no qual registrou-se dados importantes para a pesquisa, como datas dos agendamentos de entrevistas com os profissionais, dias e horários e breves descrições acerca da dinâmica do serviço no momento em que a coleta de dados foi realizada, bem como acerca do comportamento dos profissionais durante o momento da coleta de dados.

As entrevistas com os profissionais foram realizadas de forma individualizada, após obtenção do consentimento destes, em local reservado localizado na unidade de ESF em que os profissionais atuam, a maioria no final de expediente de trabalho, em ambiente calmo e sem intercorrências. Quando não houve possibilidade de executar a entrevista na ESF, houve um agendamento prévio com alguns dos sujeitos e a entrevista se deu no domicílio destes, as quais também procederam de forma favorável à coleta de dados. Não ocorreu a realização de teste piloto no início da coleta de dados, tampouco houve repetição de entrevistas com o mesmo profissional.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de cerca de 10 minutos, e não houve contato posterior com os participantes para esclarecimento ou correção de alguma

declaração dada por estes. O critério de saturação teórica não foi adotado para este estudo e os dados coletados foram codificados pelo discente pesquisador sem o auxílio *softwares*.

Quanto aos profissionais entrevistados, estes apresentaram-se calmos e relaxados em participar da pesquisa, demonstrando timidez, inicialmente, apenas com o fato de a entrevista ser gravada, sentimento que foi minimizado após explicação acerca do anonimato do conteúdo das respostas e dos objetivos do estudo em tela. Vale salientar que os participantes, em sua maioria, apresentaram dúvidas com relação à temática abordada, visto a ausência de contato anterior com o tema, fato que foi referido por eles. Nesses casos, o pesquisador discorreu, após finalização da entrevista, acerca da temática em questão, deixando os entrevistados livres para esclarecimento de dúvidas. Não houve *feedback* posterior por parte dos participantes acerca dos resultados da pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Os dados obtidos pelas respostas dos participantes às questões socioeconômicas e profissionais foram analisados quantitativamente, sendo dispostos em tabelas, utilizando-se do programa Microsoft Excel 2013®; objetivando caracterizar o perfil dos trabalhadores das ESF estudadas e sua relação com a temática abordada.

Os dados subjetivos qualitativos, provenientes das entrevistas realizadas foram transcritos, organizados e categorizados por intermédio da Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva obter indicadores (quantitativos ou não) que possibilitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção das mensagens, mediante uso de métodos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo destas (BARDIN, 2011).

A AC é composta pelas etapas de pré-análise, que visa operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de forma a direcionar a um esquema claro do desenvolvimento das operações subsequentes; de exploração do material, que se trata da aplicação sistematizada das decisões tomadas, de forma manual ou informatizada, consistindo, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração, a partir de regras previamente formuladas; e de tratamento dos resultados, etapa na qual os dados são analisados de forma a serem significativos e válidos, constituindo-se na fase final da AC, em que o analista, após obter dados fiéis e significativos, propõe inferências e desenvolve interpretações relacionadas aos objetivos esperados, ou associados a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

No estudo em tela, após a pré-análise dos dados coletados, etapa em que se realizou a leitura flutuante, a constituição do *corpus* e a preparação do material, a exploração deste permitiu formulação de cinco categorias por critério semântico (categorias temáticas). A categorização, segundo Bardin (2011), classifica elementos constituintes de uma classe por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), mediante o uso de critérios pré-estabelecidos. As categorias reúnem unidades de registro com características comuns sob um título genérico.

Subsequentemente, o resultado das inferências e interpretações dos dados agrupados nas categorias temáticas foram discutidos consoante a literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos

Ressalta-se que foram obedecidos todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Respeitou-se a dignidade e autonomia dos participantes e lhes foi assegurado o seu desejo de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, mediante sua manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Previamente, foi solicitada a anuência (ANEXO B) do município onde o estudo foi realizado. Após cadastro na Plataforma Brasil, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, bairro Casas Populares; CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB, tendo o início da coleta dos dados ocorrido após a apreciação e aprovação sob parecer de número 2.131.776 (ANEXO C).

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos e finalidades do estudo e a respeito da garantia do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer tipo de prejuízo para estes. Sua participação ficou condicionada à autorização prévia, formalizada pela assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), permanecendo uma destas com o pesquisador e outra com o participante.

Para preservar o anonimato dos entrevistados, as falas utilizadas no decorrer do texto foram identificadas com um codinome, correspondente a uma carta de baralho de naipe aleatório. Para melhor diferenciação, cada categoria profissional foi identificada por um tipo de carta específico, sendo que tal critério considerou a origem histórica do baralho, cuja

simbologia representava uma lógica hierárquica presente na Idade Média que foi idealizada, adaptada e utilizada na identificação dos sujeitos do presente estudo.

Cabe salientar que esse critério de identificação não levou em consideração características pessoais relacionadas aos componentes da amostra.

Os riscos relacionados ao desenvolvimento deste estudo foram mínimos, estando basicamente associados à aplicação do formulário e realização da entrevista, sendo observado apenas que alguns dos participantes apresentaram timidez em realizar a gravação das suas respostas. O pesquisador permaneceu atento durante todo o procedimento de coleta de dados para minimizar possíveis ansiedades e evitar qualquer tipo de constrangimento.

Quanto aos benefícios, a pesquisa pode vir a contribuir para o entendimento por parte dos profissionais de como eles exercem e sofrem a ação de relações de poder e de como estas afetam o cuidado de saúde que eles produzem, podendo tê-los sensibilizado a identificar relações de poder danosas dentro do espaço laboral e, partir disto, alterá-las, valorizando e desenvolvendo a autonomia de cada profissional componente da equipe multiprofissional.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo se deu em dois momentos: de início, apresentou-se, brevemente, a caracterização dos sujeitos componentes da amostra. Posteriormente, foram apresentadas as categorias obtidas pela exploração do material qualitativo coletado e as inferências obtidas pelo tratamento deste, que buscaram explicitar as percepções dos trabalhadores da ESF acerca das relações de poder presentes nesse ambiente de trabalho.

5.1 Caracterização da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 20 profissionais assistencialistas atuantes nas três equipes de ESF do município de Nazarezinho-PB, conforme descrição das categorias profissionais apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo categoria profissional. Nazarezinho-PB, 2017.

Categoria profissional	<i>f</i>	%
Agente comunitário de saúde	11	55
Enfermeiro(a)	3	15
Odontólogo(a)	2	10
Técnico em enfermagem	2	10
Auxiliar de saúde bucal	1	5
Médico(a)	1	5
Total	20	100

Fonte: pesquisa, 2017.

Conforme a PNAB, a ESF deve possuir uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, um médico e um enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e os ACS; podendo fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal (cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal) e o agente de combate às endemias (BRASIL, 2017). Nesse contexto, o quadro de profissionais que compõem as unidades de ESF do município de Nazarezinho-PB encontra-se adequado para a prestação da assistência de saúde à população.

Observa-se na Tabela 2 a caracterização dos participantes da pesquisa por gênero, estado civil, idade e tempo de serviço na ESF.

TABELA 2 – Caracterização dos participantes da pesquisa segundo gênero, estado civil e tempo de serviço na ESF. Nazarezinho-PB, 2017.

Variável	<i>f</i>	%
Gênero		
Feminino	15	75
Masculino	5	25
Idade		
20 a 30 anos	4	20
31 a 40 anos	6	30
41 a 50 anos	6	30
> 51 anos	4	20
Média de idade (\pm desvio padrão)		39,85 (\pm 10,87)
Idade mínima		22
Idade máxima		57
Estado civil		
Casado(a)	13	65
Solteiro(a)	5	25
Divorciado(a) e/ou viúvo(a)	2	10
Tempo de atuação no município		
\leq 1 ano	6	30
2 a 5 anos	1	5
6 a 10 anos	3	15
> 10 anos	10	50
Mínimo – máximo		1 – 17
Média (\pm desvio padrão)		10,25 (\pm 7,63)
Total	20	100

Fonte: pesquisa, 2017.

Pinto, Menezes e Villa (2010) em uma pesquisa realizada com todo o quadro de profissionais da ESF de um município do Rio Grande do Norte apontaram um maior quantitativo de mulheres compondo as equipes de ESF e uma média de faixa etária de adultos jovens semelhante ao presente estudo. Zanneti et al. (2010) corroboram com estes achados a partir de um estudo desenvolvido com 330 profissionais de saúde da família no Rio Grande do Sul, apontando, inclusive, um maior número de profissionais com estado civil do tipo unido (casados, união estável, etc.), fato que pode estar relacionado à idade dos profissionais, a qual predispõe a formação de novos núcleos familiares e que foi semelhante a do estudo em tela.

Observa-se ainda, na Tabela 2, que 30% dos trabalhadores possui uma atuação recente nas unidades de ESF do município em questão, o que pode interferir no conhecimento e nível de interação que estes possuem com o restante da equipe, bem como na percepção das relações de poder existentes nos cenários onde estes atuam. Tal fato associa-se à realização de concurso público pelo município, que permite explicar a alternância de tempo de atuação profissional entre os trabalhadores.

O estabelecimento de regimes temporários de trabalho dificulta o estabelecimento de vínculo entre o profissional e o serviço de saúde (MARQUI et al., 2010), o que pode afetar as percepções que estes indivíduos possuem acerca da presença de relações de poder nos seus ambientes de trabalho.

5.2 Delineamento das categorias

Após as etapas de pré-análise e exploração do material coletado nas entrevistas e a partir do questionamento norteador “Como se caracterizam as relações de poder existentes no ambiente de trabalho da ESF?” foram construídas cinco categorias temáticas: **Categoria 1** – O que é poder na ESF; **Categoria 2** – Exercício de poder na ESF: percepções dos profissionais; **Categoria 3** – Fatores implicados na gênese das relações de poder na ESF; **Categoria 4** – A relação saber-poder na ESF; e **Categoria 5** – Reflexos da verticalização do poder na assistência à saúde; apresentadas a seguir.

Categoria 1 – O que é poder na Estratégia de Saúde da Família

O tratamento dos dados agrupados nesta categoria buscou apreender as percepções da equipe de saúde da família acerca do que é o poder na ESF.

Foram constatadas distintas compreensões acerca da noção de poder presente na ESF. Dentre elas, destaca-se a percepção de poder como sinônimo de autonomia profissional e de uma forma de hierarquização no serviço, conforme observado nas falas abaixo.

Poder para mim significa ter autonomia para agir ou interferir em determinada situação (DAMA DE PAUS).

Pra mim o que significa poder é autonomia... acredito que quando você tem autonomia daquilo, você tem poder sobre aquilo (REI DE ESPADAS).

Na minha concepção, poder é apenas uma hierarquia (QUATRO DE COPAS).

Poder para mim é hierarquia, é uma forma de hierarquia, onde tem aqueles que por ter um cargo maior, exerce um poder maior sobre aqueles que tem um cargo menor (DOIS DE ESPADAS).

O termo autonomia deriva do grego “*auto*” (próprio, si mesmo) e “*nomos*” (normas, regras), constituindo-se na capacidade de um indivíduo em definir e seguir suas leis e regras, sem que estas sejam determinadas por outrem; e, ainda, ao sujeito que exerce o poder

de agir e de decidir por si mesmo, autodeterminando-se e sendo independente, emancipado (KALINOWSKI et al., 2012).

Essa compreensão de exercer poder deve ser entendida mediante a compreensão dos profissionais de que quanto mais autônomo e emancipado, exerce maior poder, podendo relacionar-se, ainda, à ideia de “poder fazer” sem a determinação de outros profissionais presentes na equipe multiprofissional. Tal concepção permite compreender o entendimento do poder também enquanto hierarquia, visto que esta, quando presente no serviço, impõe o “poder de poder fazer” mais a uns profissionais do que a outros, e, por conseguinte, o poder de exigir daqueles que estariam situados em níveis mais baixos da hierarquia.

A existência de uma valorização social desigual dos diferentes trabalhos de uma equipe relaciona-se à existência de uma desigualdade entre os trabalhos executados, traduzindo-se em relações de poder e hierarquia entre os profissionais e suas várias áreas de atuação, sendo que esta hierarquia está associada à gestão, à organização estrutural e às áreas profissionais e processos de trabalho distintos, o que forma relações de mando e da manutenção de uma conjuntura que reproduz as divisões técnica e social do trabalho (GALAVOTE et al., 2011), nas quais este é dividido entre cada profissional (divisão técnica), entretanto com um valor social diferente (divisão social) (FORTUNA et al., 2005).

Ainda que a hierarquia constitua-se em um componente da estrutura organizacional de um serviço de saúde, ela tem de ser analisada quanto à sua delimitação, para que não atue como uma barreira ao processo de desenvolvimento da autonomia dos profissionais (JESUS; SAID, 2008).

Tal barreira se apresenta, por exemplo, quando a hierarquização configura relações de poder traduzidas em relações de poder de mando, como na percepção observada abaixo.

[...] por exemplo você ter o poder de mandar em outras pessoas, entendeu? ser mandado por alguém, para mim isso é poder (QUATRO DE ESPADAS).

A existência de relações interpessoais é a condição essencial para o estabelecimento de um fluxo de poder, e este é concedido a determinado membro da equipe não porque ele obriga determinados trabalhadores a desempenharem determinadas tarefas, mas pela capacidade que um profissional possui de influenciar os demais (VICENZI; GIRARDI; LUCAS, 2010).

Nesse sentido, no âmbito das equipes de saúde, é natural a existência de interdependência entre os profissionais, visto que a assistência é resultado do trabalho em

equipe. Entretanto, perceber as relações de poder presentes em um serviço como formas de um profissional impor a outro a sua vontade (poder mandar), é superestimar a existência da hierarquização anteriormente discutida.

Obteve-se, ainda, concepções de poder relacionadas a um exercício de influência e de liderança, tal qual apresentado nas falas a seguir.

Para mim, o que significa poder é quando você exerce uma certa influência, até de modificar o pensamento ou até mesmo forma de agir de uma pessoa (REI DE OUROS).

Poder, na minha visão se parece muito com conceito de ser líder... líder para mim é aquele que consegue de outras pessoas a adesão espontânea às suas atitudes e ideias... então se você consegue ter isso de outras pessoas, você consegue ter um poder (ÁS DE COPAS).

A percepção de poder enquanto exercício de influência aproxima-se do pensamento de Foucault, no qual o poder constitui-se em uma maneira de atuação de determinados sujeitos sobre outros, em que o comportamento de um destes afeta o comportamento dos demais. Em sua concepção, o poder se manifesta como uma habilidade possuída por determinado sujeito de fazer com que outro aja de determinada maneira a qual não agiria sem sua influência, de forma imposta (FOUCAULT, 1979).

Quanto à percepção do poder enquanto liderança, a fala do depoente assemelha esse conceito ao de exercer determinada influência sobre os indivíduos. Nesse sentido, sendo a capacidade de influenciar, uma ideia possível de poder, a liderança poderia ser pensada como o processo de direção e influência sobre as atividades relacionadas às funções de uma equipe (VICENZI; GIRARDI; LUCAS, 2010).

O poder como uma forma de poder ajudar à comunidade assistida pela ESF também foi uma significação referida pelos indivíduos abordados na pesquisa.

É a oportunidade que eu tenho de ajudar às pessoas (VALETE DE COPAS).

Poder para gente é poder ajudar um ao outro dentro da comunidade (SEIS DE ESPADAS).

Tal compreensão pode relacionar-se à percepção de que ser capaz de realizar tal ajuda seja sinônimo de autonomia profissional, posto que essa é necessária para priorizar ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde durante o cuidado ao indivíduo, família e comunidade (GUIMARÃES-XIMENES NETO; COELHO-SAMPAIO, 2012).

Essas percepções podem relacionar-se também ao fato de que o exercício de poder estaria relacionado à capacidade de resolução de demandas de saúde da comunidade pelos profissionais, e estes possuem a percepção de que quanto maior a sua capacidade pessoal de atender a estas demandas, maior a capacidade de efetivar o exercício do poder no seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, essa capacidade de poder atender as necessidades da população pode estar relacionada ainda às cobranças recebidas pelos profissionais de saúde por parte da comunidade, as quais provocam nos profissionais a percepção de que capacidade de resolução ou de ajuda, seja sinônimo de poder profissional; e não atender a estas cobranças signifique o oposto, visto que, como apontado por Bagatini, Selli e Riveiro (2006), o não atendimento às reivindicações da comunidade pode ocasionar apreensão nos trabalhadores da ESF.

Categoria 2 – Exercício de poder na Estratégia de Saúde da Família: percepções profissionais

O intuito desta categoria foi explicitar as percepções dos profissionais sobre o exercício de poder efetuado por estes no cenário da ESF.

Observa-se que no âmbito da ESF, os trabalhadores que constituem as equipes muitas vezes desconhecem ou não são capazes de identificar, ou, ainda, não assumem a presença de relações de poder nesse cenário, conforme pode ser apreendido dos depoimentos abaixo.

Eu não sei se é dessa forma como eu estou caracterizando o exercício do poder [...] eu tento não no nome poder, mas eu tento, da melhor forma possível, exercer esse certo poder com a comunidade [...] (REI DE OUROS).

É exercido [o poder] de uma forma que todos procuram fazer o seu trabalho da melhor forma possível, para que todos fiquem satisfeitos com o seu trabalho, com, a forma com que você desempenha (DOIS DE ESPADAS).

Essa não percepção das relações de poder na ESF é corroborada por Villa et al. (2015), que também observaram que os trabalhadores desse cenário naturalizam a presença dessas relações no ambiente de trabalho, possuindo dificuldade em identificá-las, ainda que estas sejam expressivas, destacando um bom relacionamento entre os componentes da equipe.

Apreendeu-se, ainda, concepções de exercício do poder mediante o uso do diálogo com a equipe de saúde da família, tal qual como declarado abaixo.

Através de conversas, de diálogo, com a equipe [...] através do diálogo a gente consegue exercer esse tipo de poder (ÁS DE COPAS).

O uso do diálogo como uma forma de poder associa-se ao exercício deste através do discurso. Conforme Foucault (1979) existem múltiplas relações de poder que caracterizam, perpassam e dão forma ao corpo social, e que não podem se separar, estabelecer ou funcionar na ausência de um acúmulo, uma circulação e um funcionamento do discurso. Nesse sentido, Villa et al. (2015) argumentam que existem possibilidades de influenciar o comportamento de um indivíduo por intermédio do uso da linguagem, objetivando atingir determinados resultados almejados, sobretudo nas relações de trabalho.

Essa influência se caracteriza como uma forma de exercer poder, e esse exercício mediante o diálogo/discurso/linguagem ocorre conforme a posição que o trabalhador ocupa dentro da equipe multiprofissional, um reflexo, também, da divisão social do trabalho, visto que há uma maior facilitação e desenvolvimento da linguagem por aqueles que detêm o poder (VILLA et al., 2015).

Categoria 3 – Fatores implicados na gênese das relações de poder na Estratégia de Saúde da Família

Nesta categoria foram analisadas as concepções da equipe multiprofissional de saúde acerca de fatores e contextos principiadores de relações de poder na ESF.

Constatou-se que a compreensão dos depoentes acerca dessas relações estava relacionada à determinada categoria profissional, que exercia, efetivamente, maior poder sobre os demais trabalhadores.

A existência de uma hierarquia, proveniente das construções sociais que cercam as figuras dos profissionais de saúde foi uma das percepções constatadas, como observado na fala abaixo.

É no caso o médico, né? é o que faz a parte maior na questão da equipe, vamos dizer assim é o cabeça no sentido de... do que ele conquistou, o poder de ser médico, né? [...] então eu creio assim que é uma escadinha de poderes [...] (DOIS DE OUROS).

Apreende-se que a percepção acima relaciona-se ao investimento que o profissional da medicina teria efetuado para a obtenção de poder, percorrendo uma espécie de subida que levaria a esta conquista e o colocaria no mais alto patamar.

Em uma visão foucaultiana, tal compreensão não estaria adequada, visto que o poder não se localiza nas mãos de algum indivíduo, como uma riqueza ou bem conquistado,

mas se exerce em rede, sendo os indivíduos os seus centros de transmissão (FOUCAULT, 1979).

Ademais, essa noção de “escadinha de poderes” na qual o médico figura no topo contrasta com as próprias percepções acerca do trabalho na ESF, que apontam este mesmo profissional como o que menos interage com o restante da equipe.

Ele [médico] não se aproxima muito, quer dizer, ele tem aquele poder, ele poderia estar chefiando essa equipe junto com a enfermeira para que a equipe funcionasse melhor... e aí não acontece porque eles [médicos] ficam meio desligados da equipe [...] quando tem aquele poder maior, eles se afastam de quem tem um poder menor, né? (DOIS DE OUROS).

[...] A gente sabe que a equipe ela é formada pelo médico, enfermeiro, ACS e demais profissionais... só que o médico é a pessoa da equipe que menos a gente vê (QUATRO DE ESPADAS).

Nota-se uma percepção da lógica assistencial do serviço de saúde como um local para representação do poder médico, devido à dificuldade de envolvimento desse profissional no trabalho em equipe, conforme apontado por Galavote et al. (2011).

Segundo Aguiar e D'Oliveira (2011) essa legitimidade conferida ao médico se dá, sobretudo, devido ao valor social de inequívoca importância que a saúde representa para todos, e que foi monopolizado, historicamente, pela medicina.

Cabe refletir, nesse contexto, a respeito das construções socioculturais que permeiam o processo de multidisciplinaridade presente no âmbito da AB, no qual o profissional médico ocupa o centro ou o topo da equipe, e que a ele sejam feitas concessões e oferecidos privilégios em relação às demais categorias, ainda que não participe do processo de trabalho efetivamente, tal qual os demais profissionais, como pode-se inferir do discurso abaixo. A existência e naturalização destes privilégios dá origem a uma relação de poder desta categoria profissional sobre as demais.

Referindo-se no caso do médico, que não cumpre carga horária igual aos outros profissionais... porque quando se assina o termo do contrato lá tem dizendo para cumprir as oito horas, mas na realidade não é cumprida (DAMA DE PAUS).

A obtenção do poder não é efetivada, necessariamente, mediante o bom exercício da função de um profissional ou a real liderança que este possa exercer no interior de uma equipe, pois, no caso dos membros da ESF, é relevante destacar que o poder pode ser concedido por omissão, submissão e/ou acomodação dos demais trabalhadores (VICENZI; GIRARDI; LUCAS, 2010).

Nesse cenário, o descumprimento das funções trabalhistas por determinada categoria profissional, que se traduz em uma relação de poder sobre as demais, deve-se a esta submissão dos membros da ESF aludida anteriormente, haja vista que a omissão por parte da equipe provê o consentimento para que se estabeleça essa distribuição desigual de poder, o que é confirmado pelo depoimento a seguir.

Devido assim, o médico ser uma categoria mais difícil, aí se o prefeito perder aquele profissional, ele possa não encontrar outro para vir substituir... e a gente sabe também que o médico ele trabalha em várias cidades, entendeu? devido ao tempo dele, o tempo dele é mais precioso nesse sentido [...] (QUATRO DE ESPADAS).

Constata-se a reprodução de um comportamento rotineiro no contexto da ESF. Essa concepção de maior preciosidade do tempo que o profissional médico possui acaba por normatizar e reproduzir uma relação de poder na qual a diferença de tratamento entre profissionais que cumprem um mesmo regime de trabalho é acatada pela equipe como justificável, ainda que os demais, muitas vezes, também exerçam mais de uma jornada laboral, como é o caso da enfermagem, apontado por LIMA et al. (2013), por exemplo, e que, ainda assim, cumprem a carga horária estabelecida pelo município, sem concessões. Essa flexibilização do cumprimento da jornada de trabalho concedida a uns profissionais e a outros não, caracteriza-se, ainda, como uma manifestação da divisão social do trabalho (MATUMOTO et al., 2005).

A manutenção de certas prerrogativas na ESF, como a descrita nas falas anteriores, se dá devido a legitimação de um lugar privilegiado nesse cenário pelo médico, visto que o sistema de saúde é, muitas vezes, refém dos interesses deste profissional (NEPOMUCENO; PONTES, 2017). Ademais, tal qual referido, a gestão acaba por acatar o oferecimento de concessões à categoria médica, devido esta, conforme corroboram Magnago e Pierantoni (2014), ser de difícil contratação.

Ao longo da história, a responsabilidade que o profissional médico chamou para si o impede de que aceite ser fragilizado por uma recomendação ou uma opinião divergente da sua. O médico adota uma restrição em sua identidade ao assumir o papel dominante na equipe, o que é resultado de papéis sociais elaborados ao longo da história, tecidos na trama das relações culturais da sociedade. Cabe destacar que é necessário o consentimento do restante da equipe na qual ele está inserido, que aceita e concorda em ceder-lhe a autoridade nas ações terapêuticas (BARRETO; BERTANI, 2005).

Tal representação cultural do poder médico foi apontada como um dos fatores implicados na criação de relações de poder:

Eu acho muito mais cultural do que o trabalho em si, porque a ESF é um trabalho em equipe, então não tem trabalho mais importante do que outro... é um trabalho em conjunto, mas a cultura, nossa cultura brasileira de achar que o médico é abaixo de Deus aquele que mata e que cura é que faz com que o médico ele exerça o poder maior (REI DE OUROS).

Constata-se o valor sociocultural histórico do poder médico, que cristalizou-se na sociedade. Sob o prisma curativista, modelo assistencial que a implantação da ESF pretende alterar, os atos técnicos em saúde (com exceção das vacinas) se iniciavam somente a partir do adoecimento, colocando o profissional da medicina em posição central, visto que todas as ações terapêuticas derivavam, e ainda derivam, indispensavelmente, de um diagnóstico clínico, uma prerrogativa médica (UCHIMURA; BOSI, 2012).

Ademais, a partir da transformação do sistema de poder presente nos hospitais (anteriormente o poder era detido por pessoas leigas e religiosas), quando estes passam a ser concebidos como locais de cura, o médico torna-se o principal responsável pela organização hospitalar, assumindo o seu funcionamento econômico (FOUCAULT, 1979). Tal fato reverbera, até hoje, na posição na rede de poder que estes profissionais ocupam nos serviços de saúde, e tendo-se em vista que o paradigma biomédico ainda encontra-se presente mesmo com a implantação da ESF, entende-se o estabelecimento de relações de poder embasadas em fatores culturais.

Vieira, Silveira e Franco (2011) reforçam que o poder legitimado reclamado pelo médico encontra-se sustentado na própria construção histórica dessa profissão, posto de forma relacional e universal, a clínica foi institucionalizada e acertada no século XVII pela medicina, a qual tomou forma no campo da saúde por meio de formas de poder e saber construídas sob o paradigma biomédico.

Categoria 4 – A relação saber-poder na Estratégia de Saúde da Família

Esta categoria tratou de explicitar as relações entre saber e poder referidas pelos profissionais que compuseram a amostra e de como estas materializam-se como relações de poder.

No pensamento foucaultiano o poder deve ser compreendido como uma relação flutuante, não estando localizado ou detido por nenhuma instituição ou alguém; o saber, por

sua vez, encontra-se em uma relação de formas e conteúdos. Sendo assim, para o estabelecimento do poder seria necessária força, enquanto que para estabelecer o saber necessitar-se-ia, apenas, apreender ou ensinar. Partindo dessas premissas, a formação do sujeito se daria mediante o entrecruzamento entre poder e saber (FERREIRINHA; RAITZ, 2010).

As análises do conteúdo das falas dos sujeitos participantes, de todas as categorias profissionais, remeteram às relações de saber-poder, nas quais o exercício de maior poder dentro da equipe de ESF estaria sujeitado a um maior acúmulo de saber pelos seus componentes, sendo que tal saber estaria relacionado à formação profissional, como referem as falas abaixo.

Questão do conhecimento... se ele [o profissional] tem conhecimento, se ele está capaz, certeza ele vai ter mais poder de tomar decisões (REI DE COPAS).

Na minha opinião os fatores que determinam isso é mais a questão da escolaridade... tipo... eu sou uma ACS, de nível técnico, e tem uma enfermeira na minha equipe que é de nível superior e o médico também... então eu acho que é só isso que define (DOIS DE ESPADAS).

O meu poder é assim: de acordo com o meu conhecimento... de acordo com o meu conhecimento, eu posso exercer o poder sobre a minha comunidade (QUATRO DE ESPADAS).

Tais percepções podem estar relacionadas à percepção por parte da amostra, conforme discutido na categoria 1, de poder como sinônimo de autonomia profissional. O poder do conhecimento, das competências e habilidades é exercido a partir do domínio de determinado assunto ou tema, sendo que cada particularidade da atividade humana possui esse poder, o qual facilita o desenvolvimento da autonomia profissional necessária à resolução de questões assistenciais em saúde (JESUS; SAID, 2008).

O saber é, ainda, um importante instrumento para determinação da autonomia profissional, uma vez que um novo saber torna possível a criação de relações de poder, sendo que este está impossibilitado de ser exercido sem que haja a sustentação da autonomia (MARQUES; LIMA, 2008). Para Foucault, o poder, longe de empatar o saber, o produz; possuindo força justamente por não possuir apenas função repressora, mas por conceber efeitos positivos a nível do saber (FOUCAULT, 1979).

Cabe destacar que o conhecimento técnico-científico é indispensável para a prática do cuidado profissional, sendo, por conseguinte, indissociável da prática e das normas que regularizam as relações profissionais, constituindo um discurso aceito como verdade e

retratado como uma relação de saber-poder pela qual pode-se exercer o próprio poder (BAPTISTA et al., 2017).

Pode-se ressaltar, ainda, que a articulação das categorias conhecimento, poder e emancipação, sob uma ótica epistemológica e política compõem o triedro do cuidar (PIRES; GÖTTEMS, 2009). Assim, o exercício de poder referido acima poderia estar relacionado ao conceito de cuidado com a comunidade, visto que este engloba o conhecimento e o poder.

Nessa perspectiva de maior-saber-maior-poder, as falas destacaram o profissional médico como um profissional superior na equipe, por possuir mais anos de escolaridade, e consequentemente, mais saberes em comparação às demais categorias. Essa percepção de superioridade constitui-se em uma relação desigual de poder.

Existe sim pela escolaridade, né? o médico ele exerce um poder maior sobre os demais profissionais da equipe de saúde... [...] dentro de uma equipe, o médico fica lá no topo, ele manda com certeza (TRÊS DE ESPADAS).

Tal percepção de superioridade é descrita em outros estudos na literatura, a exemplo de um estudo que objetivou investigar as bases do poder médico sobre o estresse de profissionais de enfermagem, no qual Costa e Martins (2011) identificaram que estes (sobretudo os técnicos e auxiliares de enfermagem) apresentavam maior percepção do exercício do poder legítimo pelos profissionais da medicina. Essa percepção não se faz presente apenas entre os profissionais de enfermagem, mas é historicamente construída.

É importante salientar, ainda, para além das percepções da amostra acerca da escolaridade médica, que essas relações de poder-saber existentes nos serviços de saúde são resultantes de uma construção social complexa e fecunda, que se cristalizou ao longo do tempo no imaginário social como o poder do profissional da medicina sobre a vida e a morte do indivíduo doente, o que explicaria a suposta diferença dessa categoria profissional em relação aos demais (VILLA et al., 2015).

Em contrapartida, a não percepção de superioridade profissional e a colocação em uma posição de igualdade entre os trabalhadores também foi uma das compreensões da amostra.

Eu acredito que não existe isso [superioridade] não, sabe? porque cada um com sua função [...] cada um tem uma função muito importante aqui (ÁS DE COPAS).

Para Matumoto et al. (2005), entretanto, os profissionais da medicina possuem muita dificuldade em reconhecer-se na categoria de trabalhador, colocando-se, muitas vezes, na condição de possuidor dos meios de produção.

Tal dificuldade compromete a assistência de saúde produzida pela ESF, pois prejudica o trabalho em equipe e a interação multiprofissional, e permite ser validada pelas falas dos demais depoentes, que, categoricamente, referem distanciamento da categoria médica, a qual, entretanto, pode desconhecer tal distanciamento devido a naturalização do seu não reconhecimento enquanto um trabalhador da saúde.

A crença social de que os profissionais da medicina possuem mais saberes que os demais institui uma hierarquia no serviço de saúde, compreendida pela amostra, inclusive, como uma forma de poder, e essa hierarquização coloca o médico no topo. Tais proposições, entretanto, acabam por desvalorizar os diversos saberes detidos pelos demais trabalhadores, equivalentes aos saberes possuídos pelos profissionais médicos, não apenas no número de anos de escolaridade; mas pela diversidade de conhecimentos inerentes a cada processo de trabalho de cada categoria profissional. Tais constatações permitem ser apreendidas mediante observação das próximas falas.

Superiores, que eu digo assim, é aquela questão de, o médico, é superior à enfermeira, a enfermeira é superior ao técnico, o técnico é superior ao agente de saúde [...] (QUATRO DE ESPADAS).

Os ACS têm apenas o ensino médio, o enfermeiro já tem um profissionalizante, e o médico mais profissional ainda, né? e aí é onde fica aquela coisa de quem tá um pouco acima então que tá baixo não é respeitado (DOIS DE OUROS).

Na primeira fala, evidencia-se a noção de superioridade entre profissionais mediante o nível de formação acadêmica que estes possuem, visto que os profissionais de nível médio e fundamental são relatados como inferiores aos de nível superior, que, entretanto, não são colocados em igualdade, mas percebe-se uma noção de supremacia médica, que é confirmada na segunda fala, visto que esses profissionais são considerados mais profissionais do que os demais componentes da equipe de saúde.

Destaca-se, ainda, na segunda fala, a percepção de menor respeitabilidade dos direitos profissionais das categorias que não figuram no topo da hierarquia de poder estabelecida na ESF. É interessante salientar que mesmo com essa percepção, os profissionais tendem a seguir um comportamento que reproduz a formação dessa hierarquia, valorizando mais o processo de trabalho de determinados profissionais do que os seus próprios.

Conforme Silva e Peduzzi (2011) determinado sujeito tem mais poder à medida que exerce um domínio e estabelece certo grau de condicionamento sobre a ação dos outros, estando tal fato relacionado à posição ocupada por esse sujeito no serviço e ao seu lugar na divisão técnica e social do trabalho. Nessa perspectiva, a superioridade percebida pelos entrevistados acerca de determinados profissionais podem relacionar-se a tais fatores.

A manutenção do poder institucional do profissional médico acaba por desvalorizar a atuação dos demais profissionais de saúde, que são tomados como atores coadjuvantes (BARRETO; BERTANI, 2005).

A existência da relação poder-saber entre os profissionais da ESF explicita que estes implicam e são implicados entre si, e não deve ser concebida de forma independente das vivências humanas e do constante processo de reformulação e de transformações do que se é estabelecido, devendo a obtenção do saber não acontecer de cima para baixo, mas a partir da interação entre os profissionais, pelo próprio sujeito (VILLA et al., 2015).

Categoria 5 – Reflexos da verticalização do poder na assistência à saúde

Esta categoria buscou relacionar a presença de relações de poder desiguais no cenário da ESF a uma assistência de saúde verticalizada.

A verticalização da assistência de saúde reverbera em uma hierarquização na qual, muitas vezes, o cuidado de saúde prestado por determinados profissionais sobrepõe o de outros, sendo que esse cuidado acaba por ser focado nas necessidades profissionais e não nas dos atores sociais, usuários do serviço.

Constata-se uma assistência de saúde verticalizada ao se observar a execução de um processo de trabalho que não condiz com a integralidade prevista pela ESF, mas que impõe os interesses particulares dos profissionais assistencialistas acima da dinâmica de assistência que deveria ser oferecida à comunidade pelo serviço de saúde.

Nem todos os atores envolvidos nas ESF se interessam [...] tem alguns profissionais que infelizmente não tratam a ESF como ela deveria ser tratada, aí mais uma vez a gente toca na tecla do médico... eles ainda tratam a ESF como ambulatório, que vai, atende quem tá lá, a demanda, e vai embora... não vê o paciente como deve ser visto, como um todo, né? (REI DE OUROS).

[...] Na gestão da demanda espontânea, quando o paciente chega na unidade de atendimento e o médico não vai mais atender porque... já tem trinta pessoas... não leva em consideração a queixa do paciente não (VALETE DE PAUS).

É importante salientar que não ocorre punição por parte da gestão do município para esses descumprimentos, que se traduzem em uma relação de poder que prejudica o funcionamento e a resolubilidade de problemas de saúde do usuário pela ESF.

A gestão [...] ela define que é por conta da demanda, que não tem médico e tem que submeter ao que eles querem (VALETE DE COPAS).

Quando o processo de trabalho é guiado por um enfoque médico-centrado, ocorre uma organização do serviço de saúde para atuar sobre problemas específicos através do atendimento do profissional médico, o que gera uma subordinação dos saberes e ações dos demais profissionais à lógica médica, ocasionando, assim, uma diminuição da capacidade cuidadora da equipe e um empobrecimento da oportunidade de integração de outros saberes para o aprimoramento da ação clínica (MATUMOTO et al., 2005). Tal enfoque aproxima o modelo de saúde da família ao modelo biomédico curativista.

A verticalização no serviço também é percebida nas formas de cobranças de determinados profissionais para com os demais, e no não reconhecimento da importância dos seus processos de trabalho.

[...] Tem a parte do autoritarismo, tem a parte da cobrança, tem a parte do tem que ser assim, entendeu? [...] por exemplo, a secretária chega lá e diz 'tal dia eu quero isso aqui', aí a enfermeira já vem com aquela proposta pra gente, muitas vezes não quer saber se você estava de atestado, se você não recebeu aquela mensagem a tempo, se você não teve como cumprir (QUATRO DE ESPADAS).

[...] A enfermeira, ela me cobra algo e eu tenho que contribuir para aquilo que ela tenha me pedido seja realizado, até porque eu sou subordinada em relação à categoria, apesar que dizem que agora é todo mundo num nível só, mas eu ainda acho que não, tem uns patamares [...] (SEIS DE OUROS).

Negativismo sempre existe quando não somos respeitosamente reconhecidos (OITO DE COPAS).

De acordo com Galavote et al. (2013) constatam-se nas relações de poder estabelecidas em uma equipe de ESF, ou pode-se verificar, ainda, em todos os níveis da gestão, que ocorre uma dominação por meio da redução da potência do outro mediante o exercício de relações coercitivas de gestão do trabalho, ou não-reconhecimento profissional, ou a partir de qualquer outra forma de agir que corrobore com os diversos entraves presentes no cotidiano de trabalho.

As formas de efetuação de cobranças descritas e o não-reconhecimento profissional referidos pelos sujeitos, vão ao encontro do estabelecimento dessa dominação

referida e constituem-se em entraves para uma horizontalidade no relacionamento profissional da equipe da ESF. Lima L., et al. (2014) corroboram que a falta de reconhecimento profissional impede o bom funcionamento do processo de trabalho e ocasiona insatisfação nos profissionais.

A cobrança e o controle quando exercidos de forma excessiva revelam uma centralização de poder nas mãos de poucos e determinados indivíduos, o que acarreta em desestímulo naqueles que não exercem esse poder (SULTI et al., 2015).

Observou-se, ainda, uma verticalização no serviço de saúde materializada sob a forma de desintegração da atuação profissional interdisciplinar, em discordância ao que prevê os moldes da ESF, estando o trabalho em equipe condicionado à determinada categoria profissional.

A equipe de saúde da família, em se tratando de... das relações de trabalho integrativas mesmo, elas acabam sendo mesmo entre ACS e enfermeiras, que eles estão mais ligados, o tempo todo, o processo de trabalho deles é bem... intrínseco mesmo, e da gente da saúde bucal [...], já há um distanciamento nem tão grande, mas ainda acontece isso, [...]os profissionais ficaram à deriva, soltos, cada um fazendo o seu trabalho [...] (VALETE DE PAUS).

Positivamente tem mais o enfermeiro e o agente [ACS] que sempre tá presente... sempre é o enfermeiro que vai na visita, sempre é o enfermeiro que faz a visita à puerpera (OITO DE PAUS).

A multidisciplinaridade que constitui a área da saúde produz territórios individualizados, formados pelas diferentes profissões e/ou especializações nela presentes; esses territórios possuem propriedade e poder em relação aos demais e, ao fecharem-se em torno de si mesmos, impedem a instituição de novas oportunidades de se pensar e agir em saúde (OJEDA, 2004), tendo em vista que essa divisão em parcelas especializadas não define de forma igualitária o parcelamento de poder entre os diferentes profissionais (GAIVA; SCOCHI, 2004), o que dificulta a interação interdisciplinar necessária entre os componentes da equipe de saúde, primordial para a construção da assistência à saúde.

A proposta de assistência da ESF visa um atendimento horizontalizado à comunidade, com vistas a superar a hegemonia do modelo centrado na figura do profissional médico e propõe uma nova maneira de assistir à comunidade colocando como ponto principal o trabalho multiprofissional, em que tal abordagem representa um processo de relações a serem idealizadas pelos próprios profissionais, possuindo diversificadas possibilidades de significados, ao integrar os diversos saberes da equipe (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

Entretanto, quando o trabalho em equipe é realizado apenas por determinados trabalhadores, o cuidado de saúde proporcionado pela ESF, que é resultado da articulação de uma equipe multiprofissional, acaba por ser prejudicado, verticalizando-se em um atendimento que pode tornar-se em uma dicotomia profissional-usuário, onde a assistência é centrada no modelo queixa-conduta, o oposto do que a ESF visa realizar.

6 CONCLUSÃO

A partir da realização deste trabalho, que buscou compreender as relações de poder presentes no contexto de trabalho da ESF, constata-se que estas promovem fragilidades na capacidade cuidadora desse serviço de saúde, visto as implicações que estas relações trazem para o desenvolvimento e a percepção da autonomia profissional dos trabalhadores, bem como para o trabalho em equipe, que torna-se fragmentado.

A maior valorização do processo de trabalho de determinados profissionais encontrada nesta investigação revela uma distribuição desigual de poder na ESF, que acaba por operar de modo médico-centrado e não resgatar a interdisciplinaridade que deveria existir no serviço de saúde, desarticulando a atuação profissional e aproximando a ESF do modelo biomédico e curativista, ocasionando a construção de uma hierarquia de saúde que define sujeitos que podem menos ou mais.

As percepções dos trabalhadores de saúde acerca da noção e de exercício de poder no âmbito da ESF englobam múltiplas idealizações, que perpassam o conceito de autonomia e conhecimento, sendo este último uma compreensão intrínseca ao entendimento de poder por parte dos sujeitos do estudo, o que reflete a indissociabilidade do binômio saber-poder e a sua repercussão na rede social.

As compreensões obtidas a partir do alcance dos objetivos propostos por este estudo foram de relevante importância, visto que o reconhecimento de processos que constituem entraves ao processo de trabalho em saúde, como é o caso das relações de poder, deve ser encorajado, com vistas a refletir acerca da organização da assistência fornecida à população e da práxis dos profissionais, para, a partir daí, implementar medidas que contornem esses entraves e aprimorem a produção de cuidado efetuado pela ESF.

Faz-se necessário, portanto, a superação das relações de poder materializadas na ESF, com vistas a proporcionar uma assistência de saúde horizontalizada, com enfoque nas demandas dos atores sociais, usuários do serviço, e pautada na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe.

Nesse prisma, a prática de empoderamento dos profissionais das ESF estudadas surge como uma saída para alcançar essa superação, pois, a partir do empoderamento profissional, há um estabelecimento da autonomia deste, e, conseqüentemente, uma capacidade ampliada de reconhecer as relações de poder quando estas apresentam-se danosas ao processo de cuidado do serviço de saúde. Esse empoderamento pode realizar-se mediante o

desenvolvimento de medidas de educação permanente trabalhadas de forma dialogada junto dos profissionais.

As limitações encontradas na realização deste estudo relacionaram-se à realização das entrevistas gravadas, nas quais alguns dos profissionais sentiram dificuldade em falar sobre a temática devido ao desconhecimento sobre o assunto, o que pode estar relacionado à capacidade diminuída desses trabalhadores em reconhecer as relações de poder, tendo-as como naturais. Cabe ressaltar, entretanto, que o percurso metodológico utilizado permitiu atender aos objetivos propostos pelo pesquisador.

Por fim, sugere-se a realização de novas pesquisas que abordem esta temática, visto a incipiência de estudos recentes que tratem das relações de poder no âmbito da AB e da ESF.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunic. Saúde Educ.** v.15, n.36, p.79-91, 2011. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/icse/2011.v15n36/79-92/pt>>. Acesso em 23 dez. 2017.

AZEVEDO, A.L.M.; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez., 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/3010.pdf>>. Acesso em 10 set. 2017.

BAGATINI, T.; SELLI, L.; RIVERO, N. O sofrimento psíquico do profissional de saúde na perspectiva do cuidado. **Revista Bioética**. v. 14, n. 2, p. 193-217. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/3615/361533244010/>>. Acessível em 17 jan. 2018.

BAPTISTA, M.K.S et al. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 21, n.4, p. 01-09, 2017. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127752022005.pdf>>. Acesso em 09 set. 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, S.A.P.; BERTANI, I.F. Rituais do poder nas organizações de saúde. **Serviço Social & Saúde**. v. 4, n. 4, p. 39-54, maio, 2005. Disponível em <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634981>>. Acesso em 27 fev. 2017.

BEDIN, E.; RIBEIRO, L.B.M.; BARRETO, R.A.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 06, n. 03, p. 400-409, 2004. Disponível em <www.fen.ufg.br>. Acesso em 08 jul. 2017.

BERGAMASCHI, D. P.; SOUZA, J. M. P.; HINNING, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular**. Bioestatística aplicada à Nutrição. FSP/ USP, 2011. Disponível em <http://www.fsp.usp.br/hep103/Apostila_2011.pdf>. Acesso em 16 abr. 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, 2017. Disponível em:

<<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2018.

BRÍGIDO, E.I. Michel Foucault: uma análise do poder. **Rev. Direito Econ. Socioambiental**. v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun., 2013. Disponível em

<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/direitoeconomico-12702.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2018.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 575-586, mar., 2012. Disponível em

<www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02>. Acesso em 20 fev. 2017.

BUENO, F.M.G.; QUEIROZ, M.S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm**. v. 59, n. 2, p. 222-227, mar./abr., 2006. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a19.pdf>>. Acesso em 08 jul. 2017.

CARDOSO, A.C.C. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde - uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 3, n. 2, p. 98-103, dez., 2014. Disponível em

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/496>>. Acesso em 16 abr. 2017.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, dez., 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>>.

Acesso em 22 jul.2017.

CAVALCANTI, P.B.; CARVALHO, R.F. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? **Sociedade em Debate**. v. 16, n. 2, p. 191-208, jul./dez., 2010. Disponível em

<<http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/679>>. Acesso em 10 set. 2017.

COSTA, D.T.; MARTINS, M.C.F. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 45, n. 5, p. 1191-1198, out., 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v45n5/v45n5a23.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2018.

COUTO, V.B.M. et al. “Além da Mama”: o Cenário do Outubro Rosa no Aprendizado da Formação Médica. **Rev. bras. educ. med**. v. 41, n. 1, p. 30-37, 2017. Disponível em

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v41n1/1981-5271-rbem-41-1-0030.pdf>>. Acesso 09 set. 2017.

FERREIRINHA, I.M.N.; RAITZ, T.R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **RAP**. v. 44, n. 2, p. 367-383, mar./abr., 2010. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/2410/241016592008/>>. Acesso em 30 dez. 2017.

FORTUNA, C.M. et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 262-268, mar./abr., 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a20.pdf>>. Acesso em 24 fev. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GAIVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 469-476, maio/jun., 2004. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1883/1940>>. Acesso em 17 jun. 2018.

GALAVOTE, H.S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. **Interface (Botucatu)**. v. 17, n. 46, p.575-586, jul./set. 2013. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/1801/180128561007/>> Acesso em 28 dez. 2017.

GALAVOTE, H.S. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. v. 16, n. 1, p. 231-240, jan., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a26.pdf>>. Acesso em 27 dez. 2017.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago., 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03>>. Acesso em 05 out. 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GLANZNER, C.H.; OLSCHOWSKY, A. A ambiência e sua influência no trabalho de equipes de saúde da família. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. v. 5, n. 1, p. 7-14, 2017. Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/166204>>. Acesso em 09 set. 2017.

GOLDSTEIN, R.A. et al. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 18, n. 1, p. 45-56, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/06.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2017.

GUIMARÃES-XIMENES NETO, F.R.; COELHO-SAMPAIO, J.J. Análise do processo de trabalho dos gerentes no território da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gerenc. Polit. Salud.** v. 11, n. 22, p. 76-91, jan./jun., 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n22/v11n22a07.pdf>>. Acesso em 17 jan 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 21 jul. 2017.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.

JESUS, M.S.; SAID, F.A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v. 13, n. 3, p. 410-421, jul./set., 2008. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648980013/>>. Acesso em 30 dez. 2017.

KALINOWSKI, C.E. et al. Autonomia profissional durante o trabalho na atenção primária à saúde: uma análise da percepção dos enfermeiros. **SANARE**. v. 11, n. 1, p. 06-12, jan./jun., 2012. Disponível em <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/260>>. Acesso em 27 dez. 2017.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 29. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LANZONI, G.M.M.; MEIRELLES, B.H.S. A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem. **Acta paul. enferm.** v. 25, n. 3, p. 464-470, 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a23.pdf>>. Acesso em 09 set. 2017.

LIMA, C.A. et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (Impr.)**. v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>>. Acesso em 10 set. 2017.

LIMA, L. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.** v. 18, n. 1, p. 17-24, jan./mar., 2014. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129026.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2017.

LIMA, M.B. et al. Agentes estressores em trabalhadores de enfermagem com dupla ou mais jornada de trabalho. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. v. 5, n. 1, p. 3259-3266, jan./mar., 2013. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1907/pdf_683>. Acesso em 30 dez. 2017

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C.R. A percepção de gestores dos municípios de duque de caxias e rio de janeiro quanto à rotatividade de profissionais na estratégia saúde da família. **Revista Cereus**. v. 6, n. 1, jan./abr., 2014. Disponível em <<http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/573/230>>. Acesso em 30 dez. 2017.

MAIA, A.C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**. v. 7, n. 1-2, p. 83-103, 1995. Disponível em <<http://www.journals.usp.br/ts/article/view/85208/88047>>. Acesso em 15 jan. 2018.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. v.9, n.16, p.9-24, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2018.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo; Atlas, 2010.

MARQUES, G.S.; LIMA, M.A.D.S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 1, p. 41-47, 2008. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033294006/>>. Acesso em 28 dez. 2017.

MARQUI, A.B.T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 44, n. 4, dez., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v44n4/14.pdf>>. Acesso em 26 dez. 2017.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a02.pdf>>. Acesso em 22 fev. 2017.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 621-626, mar., 2012. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em 26 jan. 2017.

NEPOMUCENO, L.B.; PONTES, R.J.S. O Espaço Socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a Perspectiva de Psicólogos. **Psicol. cienc. prof.** v. 37, n. 2, p. 289-303, jun., 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0289.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2017.

NOGUEIRA, M.I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. bras. educ. med.** v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em <www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/14.pdf>. Acesso em 01 maio 2017.

OJEDA, B.S. **A tecedura das relações saber-poder em saúde: matizes de saberes e verdades**. 2004. 220f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5005>>. Acesso em 02 jul. 2017.

OLIVEIRA, A.M. et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 10, supl. 2, dez., 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/23.pdf>>. Acesso em 27 fev. 2017.

OLIVEIRA, H.M.; MORETTI-PIRES, R.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface- comunicação, saúde, educação**. v.15, n.37, p.539-50, abr./jun., 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37>>. Acesso em 08 jul. 2017.

OLIVEIRA, H.M.; PIRES, T.O.; PARENTE, R.C.P. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. **Sau. & Transf. Soc.** v.1, n.2, p.17-26, 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/2653/265319571004/>>. Acesso em 03 jan. 2018.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet (Série Brasil)**. p. 11-31, 2011. Disponível em <actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em 09 set. 2017.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/630/63020978027/>>. Acesso em 23 dez. 2017.

PAULINO, L.F.; SIQUEIRA, V.H.F. Discursos e relações de poder em materiais de educação, prevenção e promoção de saúde voltados ao público idoso. In: PAULINO, L.F. **Discursos e investimentos de poder em materiais de educação, prevenção e promoção de saúde voltados ao público idoso**. 2013. Tese (Doutorado em Educação em Ciências e Saúde). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/23458/23458.PDF>>. Acesso em 03 jul. 2017.

PEREIRA, R.C.A.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**. v. 17, n. 45, p. 327-340, abr./jun., 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0613.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2017.

PINTO, E.S.G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40589/43746>>. Acesso em 25 dez. 2017.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**. v. 62, n. 2, p. 294-299, mar./abr., 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a20v62n2.pdf>>. Acesso em 19 jan. 2018.

SANTOS, P.R. A concepção de poder em Michel Foucault. **Especiaria - Cadernos de Ciências Humanas**. v. 16, n. 28, p. 261-280, jan./jun., 2016. Disponível em <<http://periodicos.uesc.br/index.php/especiaria/article/view/1504/1150>>. Acesso em 15 jan. 2018.

SANTOS, R.G. et al. A enfermeira e a nudez do paciente. **Rev Bras Enferm**. v. 63, n. 6, p. 877-86, nov./dez., 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/02.pdf>>. Acesso em 09 jul. 2017.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>>. Acesso em 01 maio 2017.

SILVA, I.S. **Análise das relações de poder que permeiam os processos de trabalho de uma equipe de saúde da família**. 2013. 159f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/3264>>. Acesso em 08 jul. 2017.

SILVA, I.S.; ARANTES, C.I.S. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n.3, p. 607-615, maio/jun., 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf>. Acesso em 10 set. 2017.

SILVA, J.A.M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.** v.20, n.4, p.1018-1032, 2011. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736/31613>>. Acesso em 23 dez. 2017.

SILVA, J.C.S. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas.** n. 3, p. 01-28, 2007. Disponível em <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/aulas/article/view/1927/1388>>. Acesso em 15 jan. 2018.

SORATTO, J. et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 10, n. 34, p. 01-07, jan./mar., 2015. Disponível em <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/872/681>>. Acesso em 01 maio 2017.

SOUZA, R.F.; ABRAHÃO, A.L. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Labor.** v. 1, n. 3, p. 82-95, 2010. Disponível em <<http://periodicos.ufc.br/labor/article/view/9291/7481>>. Acesso em 09 set. 2017.

SULTI, A.D.C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate.** v. 39, n. 104, p. 172-182, mar., 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00172.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care.** v. 19, n. 6, p. 349–357, set., 2007. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>>. Acesso em 28 abr. 2017.

TURATO, E.G. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.** v.16, n.40, p.149-60,

jan./mar., 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0812>>. Acesso em 23 dez. 2017.

VELOSO, I.S.C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-8FWNJ3>>. Acesso em 03 jul. 2017.

VICENZI, R.B.; GIRARDI, M.W.; LUCAS, A.C.S. Liderança em Saúde da Família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. **Sau. & Transf.** v.1, n.1, p.82-87, 2010. Disponível em <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/412>>. Acesso em 08 jul. 2017.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. Educ. Saúde.** v. 9, n. 1, p. 9-24, mar./jun., 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a02.pdf>>. Acesso em 01 maio 2017.

VILLA, E.A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1044-1052, dez., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-01044.pdf>>. Acesso em 01 maio 2017.

ZANETTI, T.G. Perfil socioprofissional e formação de profissionais de equipes de saúde da família: um estudo de caso. **Cienc Cuid Saude.** v. 9, n. 3, p. 448-445, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/7664/6655>>. Acesso em 24 fev. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista nº. _____. Data: ___/___/_____

Dados de Identificação:

Data de nascimento: ___/___/_____

Sexo: F () M ()

Estado civil: _____

Renda mensal (em salários mínimos [937,00 R\$]): _____

Raça (autodeclarada): Branca () Preta () Parda () Amarela ()

Indígena () Outras (): _____ Nacionalidade: _____

Cargo: _____ ESF: I () II () III ()

Titulação: _____ Tempo de serviço na ESF: _____

Tempo de formação (em anos): _____ Em instituição: () Pública () Privada

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Para você, o que significa poder?
2. Sobre esse poder que você definiu, como você acha que ele é exercido, no cotidiano, por sua equipe de trabalho e por você?
3. Levando em consideração esse poder que você definiu, explique os fatores que fazem com que determinados profissionais exerçam um maior poder sobre os demais.
4. Em que situações no seu cotidiano de trabalho você acha que é influenciado(a) a realizar determinada atividade e quais profissionais estão mais frequentemente implicados nisso?
5. Como você acha que as interações entre os profissionais da sua equipe de trabalho interferem positivamente ou negativamente na produção da assistência de saúde?
6. Em sua concepção, na sua equipe de trabalho, existem profissionais superiores a outros por quais motivos?
7. Como o atendimento oferecido à população pela ESF na qual você trabalha é feito levando em consideração a opinião do usuário do serviço?
8. Na ESF onde você atua, como pode existir alguma forma de desrespeito aos pacientes durante a prestação da assistência?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário (a) da pesquisa: “RELAÇÕES DE PODER: PERCEPÇÕES NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA” desenvolvida pelo discente de enfermagem do CFP/UFCG Bruno Neves da Silva, sob orientação da professora mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo analisar como se dão as relações de poder existentes entre os profissionais que compõem a equipe de Estratégia de Saúde da Família e entre estes e os usuários do serviço de saúde.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será utilizado formulário semiestruturado, composto por perguntas objetivas acerca do perfil dos sujeitos pesquisados e subjetivas que abordam o entendimento da forma como o poder está implicado nas relações profissionais e afeta o cuidado de saúde, cujas respostas serão exploradas através de entrevista gravada por aparelho de mp3.

Os benefícios da pesquisa serão: contribuir para o entendimento por parte dos profissionais de como eles exercem e sofrem a ação do poder e de como este afeta o cuidado de saúde que eles produzem, podendo vir a sensibilizá-los a identificar posturas danosas dentro do espaço laboral e a alterá-las.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

DESCONFORTOS E RISCOS: Devido envolver coleta de dados através de questionário e entrevista gravada, este estudo apresenta risco mínimo de os participantes apresentarem timidez ou constrangimento em responder alguma das perguntas. Caso isto ocorra, o pesquisador poderá suspender a entrevista ou orientará ao participante que considere responder as questões subsequentes e se sinta à vontade para decidir sobre sua participação

no estudo, permanecendo atento durante a entrevista para minimizar possíveis ansiedades. Ressalta-se que a assinatura deste termo é isenta de danos e é vedada sua reprodução em qualquer outro meio que não este.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: A aplicação do questionário e gravação das entrevistas serão realizadas pelo pesquisador.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsto nenhum dano decorrente desta pesquisa ao (a) Sr. (a), uma vez que que será aplicado um formulário e realizada uma entrevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Eles comprometem-se, também, a seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar os pesquisadores através dos telefones **(83) 98118-2799** ou **(83) 98892-24272** ou através dos endereços de e-mail <ufcgb Bruno@gmail> e <gerlaneveras2@gmail.com>. Além disso, fui informado(a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, situado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: **(83) 3532-2000**.

Nazarezinho, 2017

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

_____/_____/_____
Data

Data

ANEXOS

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA *CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)*

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Fonte: Tong, Sainsbury e Craig (2007).

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

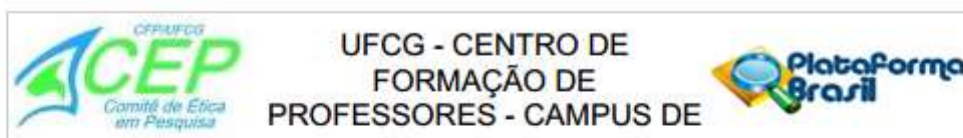
Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada: “RELAÇÕES DE PODER: PERCEPÇÕES NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, a ser desenvolvida pelo pesquisador Bruno Neves da Silva, sob a orientação da docente mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras, está autorizada a ser desenvolvida por esta Instituição.

Outrossim, informamos que essa autorização fica condicionada a apresentação da Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto a Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP.


ARIADNE PEREIRA PEDROZA
Secretária de Saúde

Ariadne Pereira Pedroza
Secretaria Municipal de Saúde
Nazarezinho-PB.

ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES DE PODER: PERCEPÇÕES NO CENÁRIO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68382717.2.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.131.776

Apresentação do Projeto:

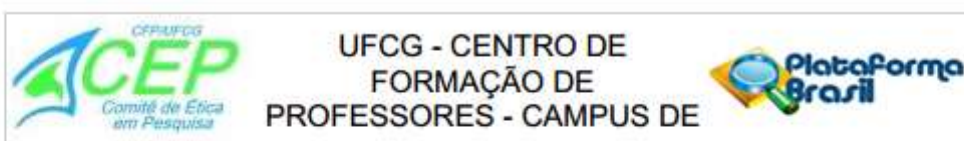
O projeto visa analisar as relações de poder presentes nos diversos nos locais e momentos de atendimento à saúde. Os proponentes definem estas relações como "sendo considerado um exercício de influência de um sujeito sobre outro, o poder é considerado vivo, pois se dá em ato, sendo exercido mas não possuído, e perpassa tanto na relação multiprofissional de uma equipe quanto na relação desta com os usuários de um serviço de saúde". E complementam discorrendo que: "Quando exercido de forma autoritária, o poder promove a fragilização dessas relações e cria uma verticalização no serviço." Desta forma, os pesquisadores traçarão o perfil dos profissionais através de um questionário semi-estruturado e coletarão dados sobre o tema proposto por meio de questões discursivas que serão analisadas sob a luz da literatura na área. Os profissionais investigados serão "Profissionais enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e de saúde bucal e os ACS da ESF".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender as relações de poder existentes entre os profissionais da equipe de Estratégia de Saúde da Família e entre estes e os usuários do serviço de saúde.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n	CEP: 58.900-000
Bairro: Casas Populares	
UF: PB	Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075	E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.131.776

Objetivo Secundário:

- Averiguar a percepção dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família sobre a forma pela qual estes exercem e sofrem a ação do poder;
- Identificar as consequências das relações de poder no processo de produção do cuidado de saúde;
- Identificar como ocorre a hierarquização no serviço de saúde a partir das relações de poder;
- Listar, na percepção dos entrevistados, as posturas de dominação existentes nas relações entre os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e entre estes e os usuários do serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos são apontadas a timidez ou constrangimento em responder alguma das perguntas, no entanto é ressaltado que o pesquisador estará atento para minimizar a ansiedade e desconfortos interrompendo a coleta de dados mediante a solicitação do participante.

Como benefícios, a pesquisa poderá contribuir para o entendimento por parte dos profissionais de como eles exercem e sofrem a ação do poder e de como este afeta o cuidado de saúde que eles produzem, podendo vir a sensibilizá-los a identificar posturas danosas dentro do espaço laboral e a alterá-las.

Diante disso, compreendemos que estes foram apresentados de forma clara e objetiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Identificamos a relevância do estudo para a reflexão sobre a prática na área da saúde, a medida que torna explícita a relação de poder existente no atendimento permitindo que o pesquisado esteja consciente destas ações na prática evitando-as.

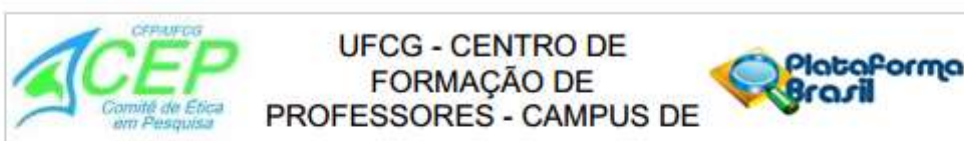
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Como trata-se de uma pesquisa com adultos, profissionais da rede de saúde, os termos inseridos cumprem as exigências do CEP/CONEP, sendo descritos, de forma clara os riscos, os benefícios, objetivos, dados dos pesquisadores e a possibilidade de desistência na participação da pesquisa.

Recomendações:

Recomendo que seja alterado o termo qualitativo para quanti-qualitativo a medida que o projeto se propõe a aplicar questões objetivas que serão quantificadas antes de serem analisadas.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 2.131.776

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa atende aos critérios exigidos pelo CEP/CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_919963.pdf	12/05/2017 13:57:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.pdf	12/05/2017 13:52:41	BRUNO NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	12/05/2017 13:51:42	BRUNO NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/05/2017 13:26:40	BRUNO NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 22 de Junho de 2017

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctp.ufcg.edu.br