

Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem

Power relations in the family health team: focus on nursing
Relaciones de poder en el equipo de salud familiar: foco en la enfermería

Iramildes Souza Silva¹, Cássia Irene Spinelli Arantes¹

¹ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva IS, Arantes CIS. Power relations in the family health team: focus on nursing. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(3):580-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>

Submissão: 02-03-2016

Aprovação: 26-11-2016

RESUMO

Objetivo: analisar as relações de poder que permeiam o trabalho da equipe de saúde da família e discutir perspectivas de emancipação desses sujeitos, com enfoque na enfermagem e agentes comunitários de saúde. **Método:** estudo qualitativo com equipe de saúde da família de município do interior paulista. Os dados foram coletados por meio de observação sistemática e entrevista com os trabalhadores. Foi realizada análise de conteúdo temática. **Resultados:** foram identificadas três categorias: o trabalho da equipe de saúde da família e as relações de poder; a relação de poder entre enfermeira e equipe de saúde; as relações da enfermagem e agentes comunitários com a enfermeira. A equipe produz relações de poder movidas por saberes hierarquizados que se movimentam na busca pelo reordenamento dos poderes. **Considerações finais:** é necessário rever as contradições presentes no cenário de atuação das equipes de saúde da família, com vistas à flexibilidade nas relações de poder. **Descritores:** Saúde da Família; Equipe de Saúde; Poder (Psicologia); Enfermagem; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: to analyze the power relations that permeate the work of the family health team, and to discuss perspectives of emancipation of these subjects, focusing on nursing and community health agents. **Method:** a qualitative study with a family health team from a municipality in the countryside of the state of São Paulo. Data were collected through systematic observation and interview with workers. A thematic content analysis was performed. **Results:** three categories were identified: the work of the family health team and power relations; power relations between the nurse and the healthcare team; and the relations among the nursing team and between community agents and the nurse. The team produces relations of power moved by hierarchical knowledge that move in the search for the reordering of powers. **Final considerations:** it is necessary to review the contradictions present in the performance scenario of the family health teams, with a view toward making power relations more flexible. **Descriptors:** Family Health; Health Team; Power (Psychology); Nursing; Interpersonal Relationships.

RESUMEN

Objetivo: analizar las relaciones de poder que permean el trabajo del equipo de salud familiar y discutir perspectivas de emancipación de tales sujetos, con enfoque en la enfermería y agentes comunitarios de salud. **Método:** estudio cualitativo con equipo de salud familiar de municipio del interior paulista. Datos recolectados mediante observación sistemática y entrevista con los trabajadores. Se realizó análisis de contenido temático. **Resultados:** fueron identificadas tres categorías: el trabajo del equipo de salud familiar y las relaciones de poder; la relación de poder entre la enfermera y el equipo de salud; las relaciones de la enfermería y los agentes comunitarios con la enfermera. El equipo determina relaciones de poder movilizadas por conocimientos jerarquizados, en constante movimiento en búsqueda del reordenamiento de los poderes. **Consideraciones finales:** es necesario revisar las contradicciones presentes en el escenario de actuación de los equipos de salud familiar, apuntando a flexibilizar las relaciones de poder. **Descriptor:** Salud de la Familia; Grupo de Salud; Poder (Psicología); Enfermería; Relaciones Interpersonales.

AUTOR CORRESPONDENTE

Iramildes Souza Silva

E-mail: iramildessouza@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no Brasil como caminho para a reorientação do modelo assistencial na atenção básica, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propondo uma forma de fazer o trabalho em saúde, sob uma nova compreensão, com foco na família e na equipe⁽¹⁾. Acredita-se que esse modelo tenha o potencial de alcançar maior efetividade no sistema de saúde, principalmente pela nova forma de cuidar da saúde centrada no trabalho de equipe⁽²⁾.

Entretanto, é necessário destacar que o trabalho em equipe é construído cotidianamente e representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores na perspectiva de inúmeras possibilidades e desdobramentos, ao articularem os diversos saberes⁽³⁾.

Historicamente, esses saberes nasceram em tempos diferentes, autonomizaram-se de acordo com racionalidades científicas específicas e particulares e institucionalizaram-se segundo a construção de hierarquias de reconhecimento e legitimação da estratificação do prestígio social que tem conferido posições de valor desigual entre as ciências da saúde⁽⁴⁾. Por meio dos saberes, as diferentes disciplinas ou especializações constituem territórios próprios nos quais circulam certos ordenamentos ligados a estratégias e jogos de poder⁽⁵⁾. Vê-se, portanto, a complexidade em torno do trabalho em equipe que tem estreita ligação com os saberes naturalizados, presentes na práxis de cada profissão, e com as relações de poder.

Nesse contexto, a enfermagem, enquanto prática social, traz à discussão vários questionamentos sobre o seu conhecimento, o seu fazer, as suas fronteiras, as suas possibilidades, o seu papel e a sua relação com as outras profissões do campo da saúde. Insere-se no campo das identidades profissionais, campo das segmentariedades instituídas. Ponderam-se seus limites, ou seja, o que é e o que não é atribuição e responsabilidade desse grupo profissional e de cada categoria que compõe a equipe de enfermagem, balizando campo de conflitos e disputas no campo das práticas políticas, legais, jurídicas, de formação e de classes sociais⁽⁶⁾. Inclui-se, nessa arena de tensão, a inserção dos agentes comunitários de saúde (ACS) na equipe de saúde da família (SF), mesmo não compondo a enfermagem, são coordenados por enfermeiros, embora a legislação vigente não incumba claramente essa atribuição ao enfermeiro⁽⁷⁾. Esses trabalhadores, em muitas situações, não se sentem pertencentes à equipe e são mencionados pelos profissionais como “outra equipe” que se articula com a de profissionais da ESF, o que dá origem a conflitos entre os trabalhadores⁽⁸⁾.

O trabalho de equipe em saúde é tido como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afeições, interesses e desejos, em que é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar⁽²⁾.

Logo, o processo de trabalho da equipe de saúde é atravessado por diversos ruídos, dentre os quais estão as tensões geradas pela hierarquia entre as várias categorias⁽²⁾, tensões que podem se desdobrar em relações de poder. Tais relações são expressas nas práticas entre os trabalhadores sob diferentes aspectos e permeiam o processo de trabalho, seja na comunicação, que na ESF, apesar do discurso comprometido com a participação, persistem sob formas tradicionais,

falas dominantes, verticais e autoritárias⁽⁹⁾, seja na centralidade médica ainda dominante⁽²⁾.

Nesse sentido, configura-se como um desafio para a equipe de SF atuar de forma integrada, para além de um trabalho técnico hierarquizado, havendo necessidade de rever o processo de sujeição e as relações de saber/poder que se estabelecem no dia a dia do trabalho, com tendência a se naturalizar⁽⁷⁾.

Considera-se que o trabalho em equipe envolve uma luta de forças instituídas e instituintes e, desses movimentos, emerge o desafio de fazer outras apostas e de investir em outras lógicas⁽¹⁰⁾, que incluem a revisão das relações de micropoderes que se estabelecem no ato de cuidar.

Nesse cenário, localiza-se o foco de interesse nesta investigação e questiona-se: Como são produzidas as relações de poder no trabalho da equipe de SF? Quais possibilidades poderiam ser evidenciadas na desconstrução das assimetrias de poder entre os trabalhadores da ESF? Parte-se do pressuposto de que, para avançar no sentido da horizontalidade das relações entre os trabalhadores da SF com foco na produção do cuidado integral em saúde, é preciso dissecar as teias de poder presentes no trabalho da equipe na ESF.

O presente estudo teve como objetivo analisar as relações de poder que permeiam o trabalho da equipe de saúde da família com enfoque na equipe de enfermagem e ACS, e discutir perspectivas da emancipação desses sujeitos em seu campo de ação.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi explicado para os sujeitos, que aceitaram e o assinaram, concordando em participar da pesquisa, atendendo à resolução do CNS 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Os sujeitos do estudo foram identificados por meio da letra inicial da categoria profissional à qual o entrevistado pertence ou da função que exerce pelas seguintes siglas: Enfermeiro (E); Técnico em enfermagem (TE); Médico (M); Dentista (D) e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Nas categorias profissionais nas quais havia mais de um trabalhador, foi acrescentado o numeral ordinal seguindo a sequência de realização das entrevistas.

Referencial teórico-metodológico

A ancoragem teórica baseou-se em referências sobre o processo de trabalho em saúde, já citadas na introdução, e sobre poder, especialmente, nos estudos de Foucault: *A Microfísica do Poder*⁽¹¹⁾ e *Vigiar e Punir*⁽¹²⁾. Neste arcabouço teórico, foram estabelecidas as seguintes categorias de análise: processo de trabalho e cuidado em saúde; trabalho em equipe na SF; relações de poder na equipe de saúde e o conflito no campo da saúde. O presente estudo é do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

Procedimentos metodológicos

Foi realizada a observação sistemática direcionada por um roteiro básico, com enfoque nas interações da equipe,

totalizando aproximadamente quarenta horas. Realizou-se o registro das informações em diário de campo (DC). A entrevista semiestruturada ocorreu com dezesseis trabalhadores da equipe de SF: um enfermeiro, um médico, cinco agentes comunitários de saúde, três técnicos em enfermagem, um agente administrativo, dois dentistas, dois auxiliares de saúde bucal (ASB) e uma gestora de território de saúde (GTS).

Cenário de estudo

Uma unidade de saúde da família de um município do interior do estado de São Paulo que possui na sua rede de atenção básica, vinte e quatro equipes de SF, dez equipes atuando em unidades básicas convencionais e um NASF - Núcleo de Apoio à SF⁽¹³⁾. O critério para escolha da equipe considerou o tempo de atuação conjunta dos trabalhadores no mesmo espaço, por mais de um ano.

Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados ocorreu na última semana do mês de setembro e na primeira semana do mês de outubro de 2012. O roteiro de entrevista foi norteado por questões que abordavam as relações entre os trabalhadores. As entrevistas duraram em média cinquenta minutos, cada uma. Foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, preservando-se o anonimato dos participantes.

Análise dos dados

Os dados foram tratados a partir do método de análise de conteúdo, com a técnica de análise categorial temática⁽¹⁴⁾. O processo de análise foi balizado pelo referencial teórico e deu origem a três categorias: o trabalho da equipe de SF e as relações de poder; a relação de poder entre a enfermeira e a equipe de SF; as relações da equipe de enfermagem e ACS com a enfermeira.

RESULTADOS

O trabalho da equipe de saúde da família e as relações de poder

Evidenciou-se que o microespaço no qual atua a equipe de SF estudada é permeado por modos de subjetivação inerentes às relações humanas e estabelecidos na cotidianidade, expressos nas relações de poder. Estas são produzidas a partir de jogos de disputas, envolvendo diferentes mecanismos de atuação entre as diferentes categorias profissionais:

O caso de uma cliente, hipertensa que vinha no posto todo dia, não tinha tomado medicação, a pressão tava treze por dez, [...] aquelas queixosas, eu dispensei após orientar. Ela "cruzou" com a ACS na rua e comentou que a dispensei. A ACS veio "mordendo até a parede", que a cliente era dela, onde já se viu ser dispensada [...]! Eu falei: Ela veio procurar acolhimento com a enfermagem, quando procurar você como agente comunitária é outra coisa [...]. Penso que ela (ACS) não pode interferir no meu serviço, como tenho que respeitar o dela. (TE 1)

[...] eu venho, eu brigo mesmo [...] A gente "bate de frente". (ACS)

Poder [...] eu acho que todo mundo tem, mas quem mais tem aqui é a enfermeira e o médico, eles têm uma postura mais de liderança, de chefe; a enfermeira de um jeito mais "casca grossa" e o médico é mais suave o jeito de ele falar. (D2)

As relações de poder podem ser expressas na imposição das opiniões de certos componentes da equipe, a partir de relações que parecem seguir uma linha hierárquica verticalizada, possivelmente influenciada pelo cargo que o trabalhador ocupa:

Falo que a gente tem que trabalhar além da unidade, como o grupo de caminhada [...] os técnicos têm que fazer um revezamento e acompanhar. A enfermeira falou que é impossível, e ninguém contraria isso, o programa diz que temos que trabalhar lá fora também. Essa imposição é poder. Se todos dessem sua opinião e ela argumentasse [...] mas uma pessoa decidir pela equipe, isso pra mim é usar de poder! (TE 3)

Existe o poder de hierarquia [...] algumas coisas são impostas pra gente [...] o gestor chega aqui e diz que tem que fazer pra ontem, a gente fica sem almoço e faz, sobra só para os ACS, não tem equipe nesse caso, temos que correr atrás. (ACS 3)

Se eu não respeitasse a hierarquia, com certeza não estaria mais aqui [...]. (ACS 4)

Na saúde da família, o poder seria a capacidade de liderança independente da hierarquia, poderia ser eu, a técnica de enfermagem ou o médico, aquele que tem uma visão e facilidade para resolver algumas coisas, mas hoje pra mim o poder tá relacionado à hierarquia do cargo. (ACS 5)

Aqui temos a liderança imposta por cargo. (ASB 1)

Apesar de a ocupação do cargo de enfermeiro enquanto supervisor oferecer atributos de poder, é perceptível que, mesmo numa relação que parece ser hierárquica, há expressões de reordenamento de poderes, seja pela democratização das relações, seja por meio do conflito, abrindo brechas para certo grau de autonomia:

A gente "bate de frente" com a coordenação. (ACS 1)

[...] Mas a gente se organiza, faz e dá certo, a gente se impõe e acaba fazendo. (ACS 2)

Pode haver uma desapropriação das relações de poder como algo inerte ou sediado em alguém, os trabalhadores relatam que todos, de alguma forma, podem exercer poder:

Poder é você ter condições de influenciar as pessoas [...] não tenho o poder total, não sou quem manda e desmanda. Poder todos têm, uns mais outros menos. Como eu e a dentista, ela é graduada, mas também eu digo não para algumas coisas, e ela depende do meu serviço para fazer o dela. (ASB 1)

Também nas relações dos envolvidos no estudo, o poder pode funcionar de forma provisória, alternando-se entre os membros da equipe:

Trouxeram um problema difícil de um cliente, eu dei uma opinião e a equipe acatou, durante um bom tempo funcionou para amenizar, depois teve que mudar, por sugestão de outra pessoa. (TE 3)

A relação de poder entre enfermeira e equipe de saúde da família

O exercício de poder pela enfermeira em relação à equipe apareceu de forma mais expressiva nas falas. Os resultados mostraram que inclusive o médico, culturalmente tido na equipe de saúde como profissional hegemônico nas relações de trabalho, reconhece, na figura da enfermeira, alguém que exerce poder na e sobre a equipe:

Historicamente a enfermeira sempre foi a pessoa mais influente, que toma as decisões mais veementes, [...] tem a vocação de levar, trazer os problemas e tentar soluções. No funcionamento do posto, nas atividades de cada um, até da minha atividade [...]. Os fluxogramas de atendimento [...] a secretaria manda geralmente por e-mail para equipe, mas inicialmente essas orientações chegam à mão da enfermeira, aí ela me passa [...] quem vai fazer o quê e como, acho que ela tem um grande poder nesse tipo de determinação. (M)

A fala do médico mostra também que a própria secretaria de saúde, enquanto estrutura de poder na perspectiva de órgão central da gestão, propicia a convergência de poder para determinados profissionais nesse local, particularmente, para a enfermeira.

De acordo com alguns relatos, a enfermeira é quem mais influencia o processo de trabalho e, por conseguinte, tem um papel mais central nas decisões da equipe, atuando como reguladora do processo de trabalho vivenciado:

A enfermeira tem um agir rápido, que traz impacto na equipe. A maioria das ideias sai dela. Se tiver que falar de algum problema é com ela; se o médico tem algum problema emergente, fala com ela; as agentes também [...] como se ela fosse uma referência. Eu, primeiramente vou nela [...] a forma como vou atuar depende da opinião dela. (TE 3)

As pessoas respeitam muito a opinião do médico aqui na equipe, mas a enfermeira é a pessoa a ser consultada em relação a uma nova demanda. (D2)

A enfermeira chefe, quem comanda a equipe, com a forma dela de trabalhar. (ACS 4)

A condição da enfermeira como protagonista em determinados momentos vivenciados pelo grupo de trabalhadores, como o da reunião de equipe, lhe confere uma posição diferenciada na relação estabelecida com a equipe. Ela parece ser quem mais expõe seu ponto de vista e quem mais problematiza, inclusive naquilo que é colocado pela equipe, como os casos envolvendo famílias e clientes, eventos administrativos internos e novas ações propostas:

As reuniões de equipe sem ela não fluem muito bem, porque ela tem uma postura mais determinada pra resolver algumas situações que outros protelam. (M)

Conforme observado nas reuniões de equipe, a enfermeira é a pessoa com posse da palavra na maioria das vezes, é ela que direciona a reunião, inclusive mobilizando os demais, na tomada de decisão dos casos que surgem, utilizando expressões como: “Vocês concordam?” “Quem vai fazer?” (DC)

Por outro lado, a própria enfermeira relata que com a equipe não há uma relação de poder, mas de afinidade, em diferentes medidas. A mesma propõe, ainda, a expressão “iniciativa” em vez de “poder” para falar de sua interação com a equipe:

Poder é uma coisa muito forte, particularmente posso fazer parte da equipe, sugerir coisas [...] mas não ter poder sobre a equipe. Aqui a gente não tem poder nenhum, tem é iniciativa, partilha, comprometimento, respeito e tem afinidades, com uns mais, com outros menos, mas poder no sentido do mando, aqui não tem, a gente sempre pede. (E)

Outros depoimentos da enfermeira oferecem suporte para ponderar a sua relação com a equipe na perspectiva das relações de poder, a partir da sua trajetória profissional na atenção básica:

O enfermeiro em geral [...] vou falar prefeitura desse município [...] quando eu entrei, fui criada [...] como chefe, que mandava até nos médicos. Tinha que ver e “fechar” o ponto de médico, e isso durante muitos anos. Quando vim pra USF, depois de um tempo, isso foi desmistificando, não tenho poder para mandar em ninguém aqui, trabalho junto com eles, olho isso muito horizontal. O mesmo direito e poder que eles têm também tenho. Mas algumas coisas ainda foca na enfermeira. Eles vêm pedir ordem pra mim. (E)

Nas UBS tradicionais aqui, todas as enfermeiras têm poder! Elas mandam e desmandam. É assim que a prefeitura exige. Agora nos PSF, como eles [dirigentes] estão voltando o olhar mais para a equipe, então esse poder não existe, pelo menos aqui. Às vezes, converso e troco ideia, pergunto se o pessoal tem disponibilidade, mas não mandar. (E)

Parece que a enfermeira tem, historicamente, uma aptidão ou disposição para envolver-se com problemas que surgem na cotidianidade de trabalho, com intenção de resolvê-los, principalmente para facilitar o trabalho dos demais profissionais. É possível que exista uma passividade dos demais elementos da equipe diante do que se apresenta como dificuldade a ser sanada. Isso poderia favorecer uma postura de domínio e poder da enfermeira sobre a equipe.

As relações da equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde com a enfermeira

Alguns depoimentos apontam que existe um papel de organização do trabalho pela enfermeira para a equipe de enfermagem e ACS, coexistindo uma relação promotora de aprendizado em termos de conhecimento técnico e administrativo:

Muito do que sei hoje aprendi com a enfermeira que me ajudou bastante no meu início, que me passou muita coisa boa aqui, muita experiência dela própria. Porque eu vim do SAMU que é emergência. E aqui você vê muito da promoção de saúde. (TE 3)

Aprendi muito com ela na parte de organização técnica. (ACS 1)

Ela tem uma capacidade muito grande, sabe muito trabalhar, muito organizada. (TE 1)

A enfermeira parece apoiá-los e manter determinadas condições de organização interna da unidade, para atender à população na proposta do acolhimento:

Ela se preocupa com os programas, com a promoção de saúde, com as famílias, com as pessoas que ve, pra ser bem acolhidas, isso não é fácil. (TE 3)

Considerando que o trabalho em equipe requer um exercício contínuo de autoanálise, a enfermeira é vista como alguém que mobiliza esse processo por meio do que o trabalhador chama de cobrança:

Ela cobra muito da gente, mas a cobrança, nesse caso, é um meio até de a gente vê como tá o nosso serviço. Às vezes, questiono o porquê da cobrança, e o interessante disso é que muita coisa dá pra eu corrigir. (TE 2)

O estudo expôs ainda uma perspectiva de relação de hierarquização do saber/poder que coloca a enfermeira como detentora de maior conhecimento na escala de graduação que parece evidenciar uma verticalização do saber:

Em momentos, foi possível observar que a enfermeira era apenas consultada pelos técnicos em algumas situações que demandavam um parecer de maior complexidade, como puncionar um acesso venoso mais difícil, avaliar um caso suspeito, dúvida no esquema vacinal de criança, avaliação da mama de uma puérpera, entre outras, e os ACS buscavam-na quando precisavam de informações mais administrativas que os direciona na tomada de decisões. Esses últimos tinham menos espaço de tempo na agenda da enfermeira que possuía muitas atividades burocráticas na unidade. (DC)

Essa hierarquização do saber parece produzir certa condição de domínio, sobretudo em relação aos ACS.

Às vezes, tem alguns conflitos por causa dessa visão diferente que a enfermeira tem de nosso trabalho. Ela é daquelas mais antigas, têm uma visão antiga do que é o PSF. [...] a gente "bate de frente" com algumas ideias [...] aprendi, no introdutório, que a equipe é linear, tem que ter alguém para coordenar, mas não para mandar, quem coordena não pode impedir que eu faça o meu trabalho bem feito e achar que o que sei e faço é menos importante. (ACS 1)

Sinto uma barreira entre enfermeira e ACS [...] sinto inferioridade [...] o jeito que ela fala de alguns assuntos me incomoda, dá impressão, às vezes, que ela deprecia um pouco o meu trabalho, o que sei [...] e trava. (ACS 5)

Em contraponto, o ACS relata que o fato de poder conflitar com a enfermeira lhe dá a possibilidade de convívio com a ela, de outra forma ela seria anulada em seu direito de expressão:

O meu relacionamento, de uma forma geral, com a enfermeira é bom, embora várias vezes tive que "bater de frente" com ela, senão eu seria uma pessoa muito deprimida. (ACS 5)

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados possibilitam pensar que as relações de poder na equipe de SF requerem também olhar para a subjetividade presente no ato de cuidar, imbricado ao modo como o trabalhador significa o trabalho, que não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes estruturados, mas perpassa pelo repertório individual dos sujeitos, que dialoga com a sua maneira de sentir, de enxergar, de fazer andar a vida, com suas expectativas, suas vontades e interesses.

As discussões em torno das relações entre esses trabalhadores são muito complexas e transitam pelas práticas profissionais e pela produção de subjetividades desses sujeitos que se relacionam com o mundo moldando suas condutas, tornando-os singulares⁽¹⁵⁾.

Trata-se da micropolítica da organização dos processos de trabalho que configura lugar de permanente tensão na medida em que os interesses podem ser diversos, coexistindo um campo de forte disputa pelos sentidos e significações do encontro entre os sujeitos⁽¹⁶⁾.

Nesses encontros, as relações de poder estão presentes tanto explícita como implicitamente, como mostrado nos relatos dos profissionais da equipe de SF, envolvendo as diferentes categorias em atuação. Evidenciou-se que essas relações de poder não são unilaterais nem tampouco fixas, mas circulam nas microrrelações, em diferentes direções, e não prescindem de modos variados e sutis de operar, podendo inclusive se tornar mais fortes por meio desse mecanismo. Não possuem um fluxo único e nem simetria aparente, visto que se manifestam nos diferentes arranjos de equipe, envolvendo trabalhadores que não são sujeitos passivos, mas atores intervenientes nos processos dos quais participam.

Nessa ambiência, olha-se para a proposição que envolve a equipe interdisciplinar na SF, inserida num campo de lutas contínuas que requer vencer "gigantes" na atual conjuntura. Afinal, a formação geral de cada profissional de saúde é ainda fortemente pautada pelo individualismo que imprime, nos profissionais de cada área, a tendência para o trabalho de forma isolada e independente das demais, sendo muito difícil, no dia a dia, o trabalho em equipe, a divisão de poder e a tomada de decisão em conjunto⁽¹⁷⁾.

Especialmente no campo da saúde coletiva, existem tensões de naturezas disciplinares e epistemológicas⁽¹⁸⁾ e, na dimensão organizacional dos serviços de saúde, a divisão técnica e social do trabalho que evidencia novos elementos, como o trabalho em equipe, que depende da ação cooperativa de vários atores a ser alcançada em espaços frequentemente entremeados pela divergência, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder⁽¹⁹⁾.

Entretanto, considera-se esse cenário como fértil para promover um deslocamento do poder, capaz de agenciar, no seio das equipes de saúde, movimentos autonomizantes, por meio

da distribuição, diluição e capilarização do poder. Nele, trabalhadores interagem na busca pelo reconhecimento da capacidade profissional, da valoração de classe, da habilidade pessoal, do estilo de se relacionar ou de se posicionar diante dos problemas, de um valor e um lugar social⁽²⁰⁾. Não se trata de imaginar trabalhadores completamente autônomos, isentos de qualquer forma externa de controle tradicional, independentes e descomprometidos; paradoxalmente, a ampliação da autonomia depende da capacidade de o sujeito reconhecer e lidar com a rede de dependência na qual todos estão inevitavelmente imersos⁽²¹⁾. Envolve um processo dinâmico que implica em perdas ou ganhos progressivos.

No processo de trabalho da equipe estudada, os discursos produzidos, os enfrentamentos, as relações conflitivas e as contradições marcam o universo de atuação dos sujeitos ao se articularem para produzir cuidado, evidenciando uma contraposição ao poder instituído por meio do cargo ou independente desse, o que evidencia a face produtiva do poder, pois sua capilaridade faz movimentos de cima para baixo e de baixo para cima, alcançando todos os lugares em rede⁽¹¹⁾.

Nessa direção, é possível rever as relações de poder existentes na equipe de SF, na perspectiva de buscar entender essa mobilidade de forças que se alternam em seu interior, atravessando todo o corpo, ora presente na prática do enfermeiro, ora exercido por outros membros da equipe, conforme constatado nos relatos, expondo a provisoriedade do poder.

Os achados desse estudo, diferentemente de outros que trazem a figura do médico como central na equipe⁽²²⁾, apresentam a enfermeira como o membro da equipe que mais parece exercer poder sobre os demais. Contudo, ponderando mais detidamente a situação da enfermagem enquanto profissão, somos autorizados a sugerir que as evidências de poder exercido pela enfermeira expõem uma ambiguidade, visto que esse pode funcionar na prática das ações na SF, como demonstrado nos depoimentos, mas não se materializa nas relações sociais, econômicas, políticas e jurídicas estabelecidas, não é um poder plenamente reconhecido nessas instâncias. A expressão disso se dá, por exemplo, no cuidado à população, cujas decisões requeridas são tomadas por médicos e gestores, que podem ser médicos, ou até mesmo em situações que demandam pareceres oficiais envolvendo temáticas da saúde, é comum os profissionais médicos serem consultados.

A construção histórica da profissão do enfermeiro parece lhe conceder atribuições pouco implicadas com os aspectos políticos, condicionando-o ao exercício técnico, recrudescendo o papel de coadjuvante que vem assumindo. Mesmo quando ocupa espaços de decisão, comumente a sua identidade não é evidenciada, em detrimento do cargo que lhe confere poder⁽²³⁾.

A visibilidade e inserção do enfermeiro no âmbito socio-político permanecem como desafio, embora pareça haver um esforço empreendido pela categoria, ainda que incipiente, para superar o enfoque reducionista, bem como para assunção de espaços decisórios com exponencial para conduzir e consolidar políticas de saúde.

Nessa perspectiva, cabe a discussão sobre o biopoder – poder sobre a vida⁽¹²⁾ –, que oportuniza olhar para a estruturação da medicina transformando-se, ao longo da história, na única

prática capaz de definir, por meio do seu saber científico, o que é normal e o que é patológico, tornando assim o corpo biológico num objeto de trabalho, apreendido na prática médica, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde, por lidarem com objetos não verdadeiros⁽²⁴⁾. Inclui-se, nesse debate, o saber do enfermeiro enquanto profissão, ainda não reconhecido socialmente⁽²⁵⁾.

Sendo assim, é possível pensar que essa centralidade apontada, convergida para a enfermeira, tenha sido validada pela própria equipe e pode ser presumida como uma apatia e inércia circulante no grupo, que por sua vez permanece nessa “zona de conforto”, ou seja, não desejante de se corresponsabilizar pelos problemas emergidos, preferindo muito mais o silêncio à fala que questiona e produzindo nem sempre a tranquilidade, mas o conflito. Isso considerando que o poder também se concede por omissão, acomodação ou submissão dos demais⁽²⁶⁾.

Os resultados desse estudo também expõem o conhecimento do enfermeiro sob a ótica do saber/poder, ao analisar a sua relação com os ACS e TE, que parece evidenciar a verticalização do saber.

Particularmente na enfermagem, a relação verticalizada pautada no saber/poder tem, de certa forma, amparo na legislação, construída pelos próprios enfermeiros e que orienta a categoria, uma vez que o enfermeiro tem a responsabilidade de supervisionar e coordenar as demais, advindas da enfermagem⁽²⁷⁾ e, mais recentemente, a dos ACS. Essa é uma constatação de que as relações de poder podem passar pela cientificidade do conhecimento, que institui a divisão e a especialização do trabalho, determinadas pelos saberes. Estes produzem verdades que, regulamentadas e institucionalizadas, estabelecem relações de poder. Não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber nem saber que não pressuponha e não constitua relações de poder⁽¹¹⁾.

Especificamente em relação aos ACS, foi identificada uma tensão envolvendo a falta de valorização do seu trabalho. Eles sugerem que, ao apropriar-se de ferramentas que julgam pertinentes ao seu processo de trabalho, não encontram legitimidade por parte de quem supervisiona as suas ações, nesse caso, da enfermeira.

Parece que é esperado, por parte desse trabalhador, que ele receba coordenadas para a realização do trabalho, isso pressupõe linhas mais horizontais nas relações estabelecidas nas quais prevalece o saber técnico sobre o hierárquico. A coordenação da enfermeira teria, dessa maneira, a missão de fortalecimento, e não de limitação do fazer do ACS. Uma das funções cruciais da coordenação da equipe é exatamente a construção de uma interação positiva entre os profissionais, apesar das diferenças, e não contra as diferenças⁽²⁸⁾.

A expressão “bater de frente” posta pelos ACS remete à ideia do exercício de poder, mostrando que este está presente também nos movimentos de resistência evidenciados pelos ACS, quando fazem enfrentamentos na busca pela visibilidade do valor social de seu trabalho, reconduzindo para o entendimento de que o exercício da liberdade é um exercício de poder, ou seja, não há exercício de poder onde não há nenhuma possibilidade de ação e, também, não há exercício de liberdade onde não há exercício de poder⁽²⁹⁾.

Observou-se certo movimento envolvendo os ACS, no sentido de buscar desacomodar a linha hierarquizada do saber/poder. Um deles relata que o fato de poder conflitar com o enfermeiro, lhe deu a possibilidade de convívio com o mesmo, pois, de outra forma, ele seria anulado em seu direito de expressão. Poder-se-ia dizer que os desencontros gerados no ato de cuidar oferecem tanto o potencial para a tutela e subjugação de sujeitos como possibilita forjar processos emancipatórios, no sentido da liberdade para o poder/fazer em saúde. Essa proposição encontra eco na afirmação de que as equipes interdisciplinares são arranjos favoráveis para a luta pelo reconhecimento e, consequentemente, para um trabalho criativo e cooperativo⁽²⁰⁾.

As equipes, quando não reprimem os espaços de embate e conflito, propiciam uma constante formação subjetiva dos trabalhadores e uma conquista de graus de autonomia⁽²⁰⁾.

Os homens, no seu cotidiano, enfrentam-se e afrontam-se nas menores situações, envolvem-se, manifestam-se, entrecruzam-se, reagem, obedecem, cumprem, resistem, fundem-se, na prática do poder, mas não há relação de poder entre sujeitos livres, há o exercício de poder em um movimento constante de dominação/resistência⁽³⁰⁾. É possível dizer, a partir dos relatos, que a liberdade dos sujeitos, na resolução dos conflitos na equipe de SF, implica em estes possuírem um campo de possibilidades fertilizado pela própria interdisciplinaridade, que abre espaço para relações mais simétricas e menos verticais.

Limitações do estudo

Destaca-se como limitação a impossibilidade de se realizarem generalizações, por se tratar de estudo que analisou as relações de poder entre trabalhadores de somente uma equipe de saúde da família. Recomenda-se a realização tanto de estudos que se aprofundem na dinâmica das relações de outras equipes em diferentes contextos, quanto de pesquisas que se fundamentem em outros referenciais teóricos e metodológicos, de modo a ampliar o número de equipes e trabalhadores estudados. Dessa forma, poder-se-á alcançar maior aproximação da complexidade que configura o objeto analisado.

Contribuições para a área da enfermagem

Este estudo permitiu, por meio dos pressupostos teóricos Foucaultianos, evidenciar fatores que interferem na produção do cuidado em saúde ofertado pela enfermagem e empreender um convite aos envolvidos para "reolhar" as relações de poder da equipe, não como algo a ser negado, que aprisione

ou que somente subordine, mas como possibilidade libertária para a enfermagem como conhecimento, considerando que esta possui, na sua formação histórica, um lugar de abnegação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou enxergar que ao mesmo tempo em que a equipe de saúde produz o cuidado, também produz as relações de poder. Foram evidenciados polos de tensão, materializados nos discursos conflitantes dos trabalhadores apontando para um exercício de acomodar e desacomodar saberes que, por vezes, verticalizam as relações e aprisionam os sujeitos às velhas práticas, envolvendo o mando e a subversão em detrimento da autonomia tão almejada na saúde.

O conflito foi apresentado como sinal de vitalidade na equipe, com a fecundidade de produzir movimentos ruptores contínuos, capazes de fortalecer processos emancipatórios e ensejar uma desconstrução gradual de desigualdades entre os trabalhadores na SF.

Permitiu-se pensar que uma das vias mais permeáveis da ESF para agenciar mudanças esteja exatamente na abertura que cada um dos trabalhadores pode apresentar, inclusive enquanto possuidor de um corpo de conhecimento próprio, enxergando o poder como uma prática circulante que alterna de lugar, não se concentra em algum ou alguns e, por ser provisório, pode constituir-se numa manifestação instrumentalizadora na SF, para cuidar de pessoas.

Os ACS mostraram-se engajados no sentido de transpor a linha hierarquizada do poder/saber para o poder/fazer. Porém, a forma como o serviço de saúde está organizado, historicamente pautado na verticalização do saber, torna esse deslocamento muito mais lento e complicado para a equipe. Uma constatação disso é o fato de a enfermagem possuir uma legislação construída pelos próprios enfermeiros e que, no nível da gestão, seja ela do município estudado ou da própria equipe, reflete-se sobremaneira nas relações de poder que se estabelecem entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem e também entre os ACS.

As construções desse estudo não podem ser consideradas como conclusões, mas como apontamento de caminhos a serem percorridos na busca por gradativas respostas às inquietações aqui suscitadas, que demandam flexibilidade nas relações de poder. Sinaliza-se o desafio de rever as contradições presentes no cenário de atuação das equipes de SF e propõe-se que os envolvidos reflitam sobre suas práticas no sentido da emancipação no processo de produção do cuidado na ESF.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Brasília: 2012 [cited 2016 Jan 16]. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
2. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. Interface [Internet]. 2011 [cited 2016 Jan 16]; 15(37):539-50. Available from: www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a17v15n37

3. Viegas SMF, Penna, CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 16];17(1):133-41. http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=825
4. Carapineiro G. Os desafios dos saberes na investigação em saúde. Forum Sociológico [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 20]. Available from: <http://sociologico.revues.org/985>
5. Gregório VRP, Padilha MI. Strategies of power in the context of maternity Carmela Dutra: Florianópolis-SC (1956-1986). Texto Contexto Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 20];21(2):277-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-899.pdf>
6. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 04]; 19(1):123-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/17.pdf>
7. Silva JS, Fortuna CM, Pereira MJB, Matumoto S, Santana FR, Marciano FM et al. Supervision of Community Health Agents in the Family Health Strategy: the perspective of nurses. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 02];48(5):899-906. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-899.pdf>
8. Carvalho BG, Peduzzi M, Ayres JRCM. Conceptions and typology of conflicts between workers and managers in the context of primary healthcare in the Brazilian Unified National Health System (SUS). Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 20];30(7):1453-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1453.pdf>
9. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 12];15(Suppl1):1509-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/063.pdf>
10. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB, Ogata MN. The research and association between teaching and care in the consolidation of the Brazilian National Health System. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 12];45(spe2):1696-700. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_10.pdf
11. Foucault M. Microfísica do poder. 28 ed. São Paulo: Paz & Terra, 2014.
12. Foucault, M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Ramallete R (trad). 42ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
13. Araraquara. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Araraquara, 2012.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Foucault, M. História da sexualidade: a vontade de saber. Albuquerque MTC (trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
16. Merhy EE, Feuerwerker, LCM, Cerqueira P, Franco TB. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. Rio de Janeiro: Lugar Comum (UFRJ);(1):155-78. 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Cadernos Humaniza SUS: v. 1 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2016 Oct 02]. 242p. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
18. Osório A, Schraiber LB. The field of Collective Health: definitions and debates on its constitution. Saúde Soc [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 20];24(Suppl1):205-18. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/en_0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf
19. Oliveira CLC. Aportamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. Interface [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 02];15(37) Available from: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=180119116005>
20. Miranda LR, Francisco JU, Artmann E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. Physis [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 20];22(4):1563-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a16v22n4.pdf>
21. Campos GWS. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 02];15(5):2337-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a09.pdf>
22. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 20];18(11):3203-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>
23. Barrios STG, Prochnow AG, Ferla AA, Brêtas ACP. Formação acadêmica e atuação profissional no contexto de um Colegiado de Gestão Regional. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Oct 20];65(5):815-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/15.pdf>
24. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174p.
25. Lessa ABSL, Araújo CNV. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. REME Rev Min Enferm [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 02];17(2):474-80. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>
26. Vicenzi RB, Girardi MW, Lucas CAS. [Leadership in Family Health (PSF): a view through the perspective of power flows]. S&TS/H&SC [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 02];1(1)82-7. Available in: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/412/454>

27. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-238 de 30 de agosto de 2000 [Internet]. Brasília, 2000 [cited 2013 Oct 02]. Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2382000_4278.html.
 28. Cunha GT, Campos GWS. Method Paideia democratic management at work. Org Demo [Internet]. 2010 [cited 2016 Oct 02]; 11(1):31-46. Available from: http://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/org&demo%20v11,%20n1_2010.pdf.
 29. Foucault M. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. 384 p.
 30. Foucault M. Ditos e escritos: ética, sexualidade, política, (vol V). S. Paulo: Forense Universitária; 2012. 392 pg.
-