

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Iramildes Souza Silva**

**Análise das relações de poder que permeiam os processos  
de trabalho de uma equipe de saúde da família**

**São Carlos  
2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Iramildes Souza Silva**

**Análise das relações de poder que permeiam os processos  
de trabalho de uma equipe de saúde da família**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Linha de pesquisa: **Trabalho e gestão em saúde e enfermagem.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cássia Irene Spinelli Arantes

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

S586ar

Silva, Iramildes Souza.

Análise das relações de poder que permeiam os processos de trabalho de uma equipe de saúde da família / Iramildes Souza Silva. -- São Carlos : UFSCar, 2013. 159 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Enfermagem. 2. Processo de trabalho. 3. Trabalho em equipe. 4. Poder (Psicologia). I. Título.

CDD: 610.73 (20<sup>a</sup>)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: IRAMILDES SOUZA SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 27/06/13  
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes  
(Orientadora – PPGEnf/UFSCar)

Enf. Dra. Cinira Magali Fotuna  
(EERP/USP)

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata  
(DEnf/UFSCar)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação  
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu amado e poderoso Deus.

Aos meus inesquecíveis pais Galdina e Souza, que embora não estejam mais aqui, foram meus grandes inspiradores na caminhada da vida e nessa etapa percorrida. Vocês são eternos em meu coração.

Ao meu amado esposo, com quem compartilhei todas as aflições e emoções vivenciadas nesse processo. Sou eternamente agradecida por toda a ajuda e compreensão com as quais pude contar. Obrigada por sonhar juntamente comigo e ajudar-me a torná-los concretos. És um grande companheiro. Não me imagino sem você.

Ao meu tesouro, minha filha Thaís. Perdoe-me pelas inúmeras vezes que nessa etapa não pude te ouvir como deveria. Desculpe por te privar de minha companhia tantas vezes. Obrigada filhinha, por existir em minha vida e também por ter me motivado quando o cansaço batia à minha porta.

Aos meus familiares, em especial as minhas irmãs Iraídes e Iraci, que mesmo estando fisicamente distantes, estiveram presentes, me animando, me ouvindo e me abençoado com suas orações.

Aos meus irmãos William e Romildo, por terem torcido por mim.

À Profa. Dra. Cássia, a quem sou extremamente grata por ter acreditado em mim. Esse momento não seria possível sem a tua disponibilidade. Você me trouxe a confiança que precisava para realização desse trabalho. Obrigada pela colaboração, amizade e carinho; por me permitir compartilhar as aflições e dúvidas experienciadas.

À professora Cinira Fortuna, por ter me acolhido em momento tão oportuno.

À professora Márcia Ogatta, pela sua colaboração e firmeza.

Às minhas queridas docentes da PPGEnf/UFSCAR, Gisele, Mônica, Sônia e Noeli por terem contribuído nesse momento de reflexão e aprendizado.

Às docentes do Dep. Enfermagem EERP, Cinira Fortuna, Zezé Bistafa, Sílvia Matumoto e Silvana Mishima por terem me recebido tão gentilmente em sua disciplina.

Ao Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCAR.

Aos trabalhadores da equipe de saúde da família estudada, por contribuir e me acolher.

À secretaria Municipal de Saúde de Araraquara na pessoa da Dra. Maria Regina G. Barbieri Ferreira, por me permitir realizar o mestrado.

À todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse tornar concreto o meu objeto de estudo.

## **Dedicatória**

Á

Deus

Pelo seu incomparável amor, zelo e infinita bondade, que me guardou e fortaleceu em todos os momentos e, milagrosamente naqueles em que me faltou vigor.

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo... E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre para os mesmos lugares... É o tempo da travessia! E se não ousarmos fazê-la, teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos...

Fernando pessoa

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família surge no Brasil como caminho para a reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica de Saúde, propondo uma nova forma de fazer o trabalho em saúde, sob uma nova compreensão, com foco na família (usuário) e na equipe. Para tanto, conta com o trabalho em equipe como uma das estratégias para a mudança do modelo atual de assistência em saúde. Propõe para os trabalhadores o agir em equipe voltado para fazeres que eles não possuem clareza e precisam desbravar, construir, inventar e mudar o jeito de trabalhar, o que implica em ir além de um trabalho técnico hierarquizado, no sentido da interação social entre os trabalhadores, na qual haja maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes. Diante disso, esse estudo teve como objetivo analisar as relações de poder existentes no processo de trabalho da equipe de enfermagem, agente comunitário de saúde e demais trabalhadores de uma equipe de saúde da família do município de Araraquara/SP, com maior enfoque nas duas primeiras categorias profissionais mencionadas. Discutiu-se dentre outros elementos, a potencialidade da ESF e do trabalho em equipe, como promotores da emancipação dos sujeitos em atuação para melhorar a vida da população atendida. Para isso, foram utilizados referenciais teóricos como subsídio na apreensão das concepções e conceitos da equipe estudada. Realizou-se um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foram realizadas observação sistemática e entrevistas. A análise de conteúdo temática deu origem a cinco categorias: o processo de trabalho da equipe de SF; a ESF como cenário capaz de promover autonomia do trabalho da equipe de SF; os desencadeadores de conflitos presentes no trabalho da equipe de SF; as soluções dos conflitos apontadas pela equipe de SF e a supervisão do enfermeiro como expressão de poder. Os resultados evidenciaram que ao produzir o cuidado a equipe produz também às relações de poder movidas por saberes e práticas hierarquizadas que se movimentam tanto na busca pelo exercício dos poderes como pelo reordenamento desses, na perspectiva de que o poder circula e perpassa todo o corpo social (equipe), produzindo seus efeitos muitas vezes positivos.

**Palavras-chave:** Saúde da família. Processo de trabalho. Trabalho em equipe. Relações de poder.

## **ABSTRACT**

The Family Health strategy in Brazil emerges as a way to a reorientation of the assistance pattern concerning basic health, proposing a new way of doing health work under a new understanding, focusing on the family (user) and in the staff. It proposes that the workers act in groups facing doings which they do not master and still need to discover, built, invent, to change their way of working, which involves going beyond a hierarchical technical work pursuing social interaction among the staff where there is a greater horizontality and flexibility of the power relations. Therefore, this study aimed to analyze the power relationships in the working process of the nursing team, community health worker and other workers in a Family Health team in the city of Araraquara, town located in São Paulo State, with greater focus on the first two professional categories mentioned. It was, among other elements, the capability of the Family Health Strategy and teamwork as promoters of the subjects' emancipation acting to improve the served population's lives. The theoretical referentials supported the concepts and the definitions of the studied team. We conducted a descriptive case study with qualitative approach. For data collection a systematic observation and interviews were carried out. The thematic content analysis resulted in five categories: the working process of the Family Health team, the family health strategy as a setting capable of promoting autonomy of the Health Family team work, the triggers of conflicts existing in the FS team work; the solutions of conflicts indicated by the Family Health team and the nurse's supervision as an expression of power. The results showed that when promoting the care, the team also produces the power relations driven by knowledge and hierarchical practices which move both in the production of such powers as well as by reordering them, in the perspective that power circulates and permeates the entire social body (team), producing its effects, often positive, which can forge the progressive trials in the deconstruction of asymmetries among workers.

**Keywords:** Family Health. Work process. Teamwork. Relations of power

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 1</b> - Organograma da Atenção Básica de Saúde no município investigado .....	48
--	----

## **LISTA DE TABELA**

<b>QUADRO 1</b> - Categorias de análise das entrevistas realizadas com trabalhadores de uma equipe de SF do município de Araraquara-SP, 2012.....	60
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Agente Administrativo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CMS	Centro Municipal de Saúde
DC	Diário de Campo
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNH	Política nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico em Enfermagem
UC	Unidade de Contexto
UFSCAR	Universidade federal de São Carlos
UR	Unidade de Registro
USF	Unidade de Saúde da Família
PNAB	Política nacional de Atenção Básica
VD	Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	15
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL</b> .....	27
2.1 Processo de trabalho e cuidado em saúde .....	28
2.2 Trabalho em equipe na saúde da família .....	33
2.3 Relações de poder na equipe de saúde .....	36
2.4 O conflito no campo da saúde.....	41
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	45
3.1 Tipo de estudo.....	46
3.2 Cenário e local de estudo.....	47
3.3 Sujeitos do estudo .....	49
3.3.1 Etapas do trabalho de campo.....	49
3.4 Análise dos resultados .....	54
3.5 Aspectos éticos .....	57
<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	59
4.1 O processo de trabalho da equipe de saúde da família e as relações de poder. 60	
4.1.1 O trabalho na ESF.....	61
4.1.2 A relação de poder entre a enfermeira e a equipe de SF.....	73
4.1.3 As relações da equipe de enfermagem e ACS com a enfermeira.....	83
4.2 A ESF como cenário capaz de promover autonomia da equipe de trabalho.....	86
4.2.1 Grau de governabilidade do trabalhador sobre o seu trabalho.....	86
4.2.2 ESF: espaço fértil para ensejar relações mais democráticas no trabalho .....	91
4.3 Os desencadeadores de conflito presentes no trabalho da equipe de SF .....	96
4.3.1 A recepção da unidade como local onde os conflitos ficam mais explícitos.....	96
4.3.2 Busca do ACS pela valorização do seu trabalho.....	103

4.4 As soluções dos conflitos apontadas pela equipe de SF .....	107
4.4.1 Desconstrução de assimetrias de poder .....	107
4.5 A supervisão do enfermeiro como expressão de poder .....	116
4.5.1 Ideário de Supervisão na visão do enfermeiro .....	116
4.5.2 Como os profissionais da equipe de SF veem a supervisão.....	123
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>130</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>158</b>

APRESENTAÇÃO

---

## APRESENTAÇÃO

---

O interesse pela temática desse estudo surgiu a partir do meu primeiro contato com a Saúde Pública em 2000, quando comecei a atuar como agente comunitário de saúde (ACS), numa Unidade de Saúde da Família (USF), no município de Araraquara-SP, influenciada pela experiência de minha mãe que desde há muito tempo fazia movimentos de ajuda, envolvendo a pequena população onde morávamos no interior da Bahia, mesmo sem nenhuma vinculação formal de trabalho. Iniciei com grande expectativa em relação ao que eu poderia fazer no sentido de contribuir para modificação da realidade de saúde local. O meu grande questionamento naquele momento partia da incerteza de como alguém sem nenhuma formação específica em saúde iria se juntar aos profissionais de uma equipe de saúde para trabalhar com o mesmo objetivo: ofertar o cuidado em saúde. Ainda eu não sabia, mas era o senso comum do modelo biologicista que ecoava nos meus ouvidos e me fazia duvidar dos instrumentos que eu dispunha para trabalhar. Ao ser introduzida no Módulo Introdutório para PSF começava a ter mais clareza do que tinha que fazer.

Outra situação que me inquietava, era como eu iria adentrar ao domicílio dos meus vizinhos enquanto instituição de saúde, como eles iriam me enxergar? Em princípio enfrentei muito sofrimento, por entender que tinha de dar respostas às demandas que os mesmos me traziam, afinal, eles também tinham uma expectativa em relação a minha pessoa. Quando de alguma forma eu manifestava essa questão para a equipe, logo recebia críticas. Não culpabilizo a equipe, pois também ela não sabia muito como lidar com esse membro novo, que tinha uma linguagem e um fazer que não se previa nos protocolos e regras que regiam o trabalho.

Durante a trajetória de quatro anos, enquanto ACS fui aprendendo a lidar com essa polaridade que me punha às vezes como equipe e em outros momentos como pessoa que compartilhava das mesmas situações dos moradores daquele bairro onde atuava. Inúmeras vezes a população da microárea na qual eu trabalhava e também residia, chegava a minha residência em horários e dias fora do expediente, buscando um mediador para resolver algum problema que dependia da unidade de saúde local. Era como se eu fosse eleita por eles para traduzir as suas necessidades

para a equipe, dessa forma, pensavam, que a possibilidade de serem ouvidos fosse maior e, em muitas oportunidades eles verbalizavam isso.

Fui então percebendo, que assim como os meus vizinhos, eu também não tinha resposta para muitas coisas e, aos poucos eu também dividia com eles essa angústia.

Eram muito frequentes os conflitos com a equipe por essas alegações e por outras, advindas do questionamento que a equipe sempre fazia do saber do ACS. Esse saber envolvia muita criatividade para resolver as dificuldades encontradas no território e, por vezes se tornava o trabalho exaustivo, por conta da desvalorização por quem detinha o saber científico. Isso foi determinante para que eu procurasse maior nível de formação e ingressasse na Graduação de Enfermagem. Naquele momento senti que poderia fazer diferente o que eu tanto prezava: contribuir para melhorar a condição de saúde das pessoas.

Ao concluir a graduação, mantendo o entusiasmo e afinidade pela ESF, mudei-me para o interior da Bahia, onde atuei como enfermeira numa Unidade de Saúde da Família, retornando para Araraquara por motivos pessoais.

A experiência como enfermeira numa ESF foi muita rica, inclusive em relação ao convívio com a equipe e os resultados que colhíamos. Vi, porém, que o trabalho em equipe extrapola o arranjo de distintos profissionais ocupando o mesmo espaço físico. Implica em conexões que são estabelecidas na lida diária e, que consequentemente tem desfechos distintos.

Diante disso, senti-me impulsionada a buscar realizar o curso de mestrado para aprofundar a discussão teórico-metodológica, envolvendo a ESF. Assim, participei por quase dois anos de um grupo de estudo na USP/RP, no entanto fiz contato com a orientadora desse estudo, que me aceitou como aluna especial em uma das disciplinas as quais ministrava. Novamente, nas discussões geradas na disciplina a qual eu cursava, me deparei com as questões situadas na forma como as equipes de SF se organizam e se relacionam na realização do trabalho para ofertar o cuidado em saúde.

Ao ingressar no mestrado, resolvi então transformar tais inquietudes em objeto de aprofundamento teórico-metodológico, elegendo as relações de poder na

equipe de SF como tema de investigação desse estudo, que se desenvolveu do seguinte modo:

A primeira parte contextualiza o objeto de estudo e os objetivos da investigação. Em seguida é apresentado o referencial teórico que sustentou o recorte do objeto e a análise. São trazidas considerações acerca do processo de trabalho e cuidado em saúde, envolvendo a micropolítica do trabalho em saúde e compreensão das tecnologias leves enquanto relações estabelecidas entre a equipe; trabalho em equipe na SF, onde se discute as possibilidades de rever a redes de micropoderes; as relações de poder na equipe de SF e o desvelamento dos micropoderes na perspectiva das autonomias dos sujeitos e, ao final, o conflito no campo da saúde, como fenômeno que tanto pode aprisionar os trabalhadores, como constituir-se em via fecunda para ensaios libertários desses.

Na fase seguinte, é apresentado o percurso metodológico que destaca o tipo de estudo, cenário e local de estudo, sujeitos do estudo, etapas do trabalho de campo que compreendeu: aproximação do campo de estudo, observação sistemática, entrevistas e a forma de análise dos resultados.

Posteriormente, são apresentados os resultados e discussão envolvendo as cinco categorias e subcategorias que emergiram das concepções e conceitos dos trabalhadores, apreendidos à luz do referencial teórico proposto.

E, por último são trazidas algumas considerações e reflexões relacionadas aos questionamentos que a pesquisa levantou em relação ao objeto de estudo.

# 1 - INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

---

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta no Brasil como caminho para a reorientação do modelo assistencial na atenção básica (AB) de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2006), propondo uma nova forma de fazer o trabalho em saúde, sob uma nova compreensão, com foco na família (usuário) e na equipe (ROSA; LABATE, 2005).

Acredita-se que esse modelo tem o potencial de influenciar e produzir impactos no sistema de saúde como um todo (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Nele está a proposta de uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (Souza, 2002), que conta com o trabalho em equipe como uma das estratégias para a mudança do modelo atual de assistência em saúde (PEDUZZI et al 2011).

Nessa direção, o Ministério da Saúde estabelece que as equipes atuem a partir de novos referenciais e da (re) organização do processo de trabalho (BRASIL, 2006). Peduzzi (2001) afirma que esta recomposição está configurada na equipe multiprofissional, presente entre os diferentes protagonistas da ESF e, apresenta possibilidades de uma abordagem mais integral e resolutiva no âmbito da saúde.

Pires; Gottens (2009) destacam que o progresso alcançado pela ESF, melhor se oportuniza na interação do trabalho de equipe, onde o cuidar é envolvido pelas diversidades de saberes que permeiam como lócus privilegiado de atuação da ESF, a comunidade.

Considera-se fundamental o trabalho da equipe multiprofissional na ESF que pode se abrir para que as equipes elaborem um projeto assistencial comum que trata de um plano de ação para uma situação concreta de trabalho coletivo em equipe, como sinalizador de sua integração (PEDUZZI, 2001).

Almeida; Mishima, (2001) pontuam que essa integração implica em ir além de um trabalho técnico hierarquizado, no sentido da interação social entre os trabalhadores, na qual haja maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando autonomia e criatividade dos agentes envolvidos, entendendo autonomia aqui, como a ampliação das capacidades e possibilidades de escolha das pessoas (FLEURY-TEIXEIRA et al 2008), ou seja, autogoverno (CAMPOS, 2006). Esse é um

desafio para as equipes de atuação da ESF. Se esta integração não acontecer estamos sujeitos a reproduzir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, apenas visando a recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e diferente valorização social dos diversos trabalhadores (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Assim, propõe-se para os trabalhadores o agir em equipe voltado para fazeres que eles não possuem clareza e precisam desbravar, construir, inventar e mudar o jeito de trabalhar, tendo como foco a produção do cuidado, como uma das prerrogativas estratégicas para a mudança do atual modelo de assistência à saúde (FORTUNA et al , 2005).

Franco; Merhy (2003) afirmam que não é a mudança da forma ou estrutura de um modelo medicocêntrico para outro, o de equipe multiprofissional, que por si só garantirá uma nova lógica finalística na organização do trabalho. Os autores apontam que é preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas desse novo modelo, para superação do caráter prescritivo da ESF que propicia aos profissionais assumirem uma atitude de isolamento em seus núcleos de competências.

Portanto, a multiprofissionalidade não basta para assegurar a recomposição dos trabalhos no sentido da integralidade das ações em saúde (SILVA, 2005). É necessário que os distintos profissionais considerem as conexões e interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando as respectivas especificidades, atuando para além do agrupamento de agentes num trabalho integrado em equipe PEDUZZI, 2001.

No entanto, o trabalho em equipe que por vezes é recomendado como se fosse uma panaceia, revestido de um poder para dar conta das demandas de saúde (PAIM, 2002), é atravessado por diversos ruídos, dentre esses, a desigualdade existente entre as categorias profissionais que mantém uma hierarquia, apesar do discurso igualitário (BASTOS, 2003).

Essas distinções na equipe de trabalho, concretamente podem se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre o trabalho dos vários agentes, movidas pelas relações de poder (ALMEIDA; MISHIMA 2001; Peduzzi, 2007), as quais tendem a “engessar” o trabalho coletivo em saúde (SILVA, 2005).

Nessa perspectiva, a apreensão de como os sujeitos envolvidos na ESF interpreta, se organizam, se articulam e constroem as suas relações para produzir saúde, ganha espaço nesse campo investigativo.

Matumoto et al. (2005); Peduzzi (1998); Silva (2005) acrescentam que a configuração dos diferentes tipos e finalidades, modos de organização e operação do trabalho em equipe de saúde, vem se tornando objeto de estudo e discussão para muitos pesquisadores, alcançando destaque, a interação entre os profissionais da equipe de saúde na cotidianidade das ações.

A partir dessa análise, considera-se que o trabalho de equipe em saúde tem como uma de suas características fundantes as relações interpessoais e pode ser considerado como uma trama de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afeições, interesses e desejos, portanto, trabalhar em equipe corresponde a se relacionar (FORTUNA, 2005). E, entende-se que essa relação no microespaço da equipe de saúde da família pode se tornar fértil para as disputas e interesses diversos, envolvendo as relações interpessoais no que concerne ao poder (VIEIRA; CORDEIRO, 2005).

Ponderando sobre esses aspectos, pensar as relações de poder que se estabelecem na ESF é de fundamental importância na tentativa de entender as questões que permeiam a prática profissional individual e coletiva dos atores envolvidos nesse espaço, que é marcado pela polarização que se estabelece entre as pessoas, constituindo uma divisão social do trabalho, dividindo-as entre as que “podem” mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações, como é o caso de algumas profissões como a categoria médica que historicamente foi adquirindo o poder de mando (FORTUNA et al, 2005).

Bourdieu (1991, p.242), analisando as relações de trabalho assimétricas, faz referência ao poder que é legitimado pela posse de um determinado título na sociedade, cuja fração ou grupo que tem esse poder já entra no jogo com suas vantagens. O autor pontua:

“As redes de relações de competências das que se engendram, por exemplo, os conflitos de atitudes sobre as titulações que dão direito ao legítimo exercício que enfrenta agentes dotados de títulos de legitimidades diferentes, como os médicos, os anestesistas, as

enfermeiras, os fisioterapeutas e os curandeiros... (funcionando a sua vez cada um destes universos como campo de lutas)".

Braverman (1987) argumenta que a divisão social do trabalho existe desde quando o homem começou a viver em sociedade, que é dividida entre ocupações.

A divisão social do trabalho é intrínseca aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais, tendo em vista as diferenças que as constituem (MATUMOTO et al 2005). Estas mesmas autoras apontam ainda em seu estudo, que essa divisão existe e aparece de forma mais sutil na equipe de trabalho da ESF, mas pode ser enxergada em diferentes momentos como, por exemplo: na diferença de ganho salarial, na flexibilização do cumprimento da jornada de trabalho, na liberação para participação de cursos de formação que ocorre envolvendo o médico ou enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e ACS, na escolha para representar a equipe em determinados eventos, até mesmo nas reuniões de equipe, comumente pode se observar uma hierarquização nas manifestações, em que o mais graduado e mais reconhecido socialmente, fala primeiro, sendo que os trabalhadores de nível médio se posicionam muito timidamente e com pouca frequência se ouve o ACS (MATUMOTO et al 2005).

Essa é uma constatação das divisões de classe nas categorias profissionais, nas quais estão instituídas as relações de poder reproduzidas na divisão social e técnica do trabalho assim como as relações políticas e ideológicas de acordo com os lugares das classes sociais de que são provenientes os trabalhadores, aceitas e reafirmadas culturalmente como próprias das relações sociais (MATUMOTO et al 2005).

Vale ressaltar que a institucionalização da enfermagem como profissão a partir de meados do século XIX, ocorre caracterizada desde o princípio, em meio a outros aspectos, pela divisão do trabalho, que abarca os vários agentes da enfermagem. Esse processo vem acompanhado de outros dois aspectos importantes, a disciplina e a hierarquia (PEDUZZI, 2001).

Em nosso país, a divisão dentro da enfermagem gerou além do enfermeiro, outras categorias de trabalho auxiliar (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente e outros). Ficando assim, sob a responsabilidade do

enfermeiro, além da assistência, a gerência e supervisão dos trabalhadores auxiliares incluindo também os ACS (COFEN, 2001; LIMA, 1998; LAZAROTTO, 2001; BRASIL, 2006; PIRES; GELBCKE.; MATOS, 2004). O ato de supervisionar se configura como instrumento de gerenciamento em enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; KAWATA et al, 2009). Mais especificamente na ESF, a supervisão se apresenta como um dispositivo importante na construção da grupalidade e de um projeto de trabalho que possibilita às equipes analisar suas práticas e refletir sobre como atuam e, quais os resultados alcançados (MATUMOTO et al, 2005).

Em contraponto, estudos têm evidenciado que a supervisão exercida pelo enfermeiro tem tendenciado mais para a vertente do controle e da fiscalização, obedecendo a uma linha vertical de comando, com raízes históricas, ancoradas numa relação vertical de poder e autoridade, oriunda dos métodos e estratégias tradicionais de gestão, que tem o potencial de emanar o conflito entre as equipes (SPAGNOL, 2006; CARVALHO; CHAVES, 2011; MARTINES, CHAVES 2007; VANDERLEI, ALMEIDA; 2007).

A supervisão nesse sentido é traduzida como uma prática capaz de expressar uma forma de exercício de poder entre os trabalhadores, considerando que esta é uma ferramenta gerencial que tem interface com o poder (CARVALHO; CHAVES, 2011).

Nesse panorama, no qual se inserem a equipe de enfermagem e ACS, localiza-se o especial interesse de estudo nesta pesquisa, que tem a proposta de aprofundar na análise de questões, como as que envolvem o processo de trabalho das equipes de saúde da família, buscando enxergar as relações de poder que permeiam os saberes e práticas no cotidiano de atuação e, ainda, discutir a respeito da possibilidade de emancipação desses sujeitos em seu campo de atuação.

Para tanto, formula-se um questionamento fundamental nessa investigação: Afinal, que potência a Estratégia Saúde da Família tem para colaborar na construção da autonomia dos trabalhadores, enquanto produtores de cuidado em saúde? E, de forma não menos importante se pergunta: Como são produzidas as relações de poder nesse processo? Como a relação de poder é estabelecida entre enfermeiro e equipe? Quais as concepções da equipe de enfermagem e ACS no que

tange às relações com a enfermeira? Seria possível falar em desconstrução de assimetrias de poder entre os trabalhadores na conjuntura do trabalho em equipe na ESF? A supervisão como instrumento de gestão da equipe e do cuidado, tende mais para o agenciamento de autonomia dos sujeitos ou para dependência e alienação dos trabalhadores ao trabalho?

Dessa forma, essa investigação enseja contribuir para elucidar aspectos que possivelmente interferem na produção do cuidado ofertado pelas equipes. E, para esse fim, pretende-se buscar aproximação de referenciais teóricos aos espaços de cuidar em saúde coletiva, como subsídio para apreender as concepções da equipe de saúde da família, enfocando os trabalhadores da enfermagem e ACS.

Parte-se do pressuposto, que para avançar no sentido da horizontalidade das relações entre os trabalhadores da SF como foco na produção do cuidado integral em saúde, é preciso dissecar as teias de poder que permeiam os processos de trabalho em saúde na ESF e, especificamente, analisar alguns elementos do trabalho do enfermeiro em relação à equipe de enfermagem e ACS.

## 1.1 OBJETIVOS

---

### 1.2 Objetivo geral

Analisar as relações de poder existentes no processo de trabalho da equipe de saúde da família, com enfoque nos trabalhadores da enfermagem e agentes comunitários de saúde.

### 1.3 Objetivos específicos

- descrever as interações entre os trabalhadores, durante a produção do cuidado na SF;
- apreender as concepções dos trabalhadores da equipe de saúde da família sobre aspectos das relações de poder existentes entre esses profissionais;
- analisar elementos que tensionam a rede de poderes em seus movimentos de horizontalidade/hierarquização, flexibilidade/rigidez e autonomia/dependência nas relações entre os profissionais na produção do cuidado.
- apreender as concepções do enfermeiro, de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e de agentes comunitários de saúde (ACS) sobre os processos de supervisionar e de ser supervisionado;

# 3 - REFERENCIAL TEÓRICO- CONCEITUAL

---

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

---

### 2.1 Processo de trabalho e cuidado em saúde

Em qualquer sociedade capitalista, o trabalho toma lugar central na vida das pessoas. Esse foi estudado por Marx (1987) e visto como um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida.

Mendes Gonçalves (1994) estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho à esfera da saúde e propõe uma análise do processo de trabalho em saúde a partir dos seguintes componentes: o objeto de trabalho, os instrumentos, as finalidades e os agentes, que devem ser vistos sempre de forma articulada, não fragmentada.

Em relação ao objeto, descreve que a atividade humana opera uma transformação no objeto (algo que havia antes e se transforma em outro algo), que tem a intenção de satisfazer a uma necessidade. Essa transformação, portanto, é subordinada ao homem que vai pensar e planejar a sua produção (MENDES GONÇALVES, 1994).

Quanto aos instrumentos no processo de trabalho em saúde, estes tem natureza material e não material. No primeiro estão localizados os equipamentos e toda tecnologia disponível para o atendimento das necessidades em saúde, enquanto que no segundo figuram os saberes específicos que conduzem os sujeitos a determinados arranjos e, assim o instrumento não material é tido como ferramenta principal do trabalho de cunho intelectual (MENDES GONÇALVES, 1994).

Sobre a finalidade, refere-se à intencionalidade do processo de trabalho, relacionada ao projeto pensado para alcançar o produto desejado, que está na mente do trabalhador que vai decidir qual a direcionalidade para realizar a transformação do objeto (MENDES GONÇALVES, 1994). Reitera que essa finalidade será impressa pelo trabalhador, responsável por tornar possível o processo de trabalho, considerando que esse trabalhador pode ser interpretado como agente-instrumento e, ao mesmo tempo está sujeito a ação do trabalho, transformando e sendo transformado.

Buscando dar continuidade a estes estudos que envolvem o processo de trabalho em saúde, Merhy (1997, 2007) promove um importante aprofundamento dessa

discussão ao introduzir a *microplítica do trabalho vivo*. Nela, acontecem de maneira articulada, os processos produtivos e singulares, nos quais os trabalhadores se utilizam de diferentes tecnologias para produzir atos em saúde e trabalho vivo em ato.

Tais tecnologias estão organizadas em três tipos: as de natureza dura envolvem o trabalho morto, representado pelos instrumentos e equipamentos. As leves, que apesar de ser fruto de um saber trabalhado previamente, seu uso é diferente diante de cada caso colocado pelo trabalhador. A exemplo disso, cita-se a criatividade, a inventividade do trabalhador em lidar com situações não previstas nos livros para produzir uma clínica viva (MERHY 1997, 2007). No que concerne às tecnologias leves, consideram-se as relações, que ocorrem em ato, no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, trabalhador-trabalhador e que podem produzir sensação de acolhida, empatia, cumplicidade, responsabilização e vínculo entre os sujeitos (MERHY, 1997, 2007).

Merhy (1999) defende que somente uma conformação adequada da relação entre estes três tipos de tecnologias, seriam capazes de produzir qualidade no sistema de saúde por meio do desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia entre os sujeitos.

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, Merhy (2008) advoga que este não pode ser integralmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se fundamenta em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que guardam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção.

Merhy (1997) discute que o uso das tecnologias mais relacionais, de natureza leve, trata de conexões realizadas entre os trabalhadores, as quais ocorrem nos <sup>1</sup>*processos interseçores*, aqueles que ocorrem em ato e não tem existência sem o momento da relação. Estas interações são consideradas de alta sofisticação, exigindo uma grande energia para operação desse processo de trabalho.

---

<sup>1</sup> Processos interseçores : Merhy (1997) utiliza-se desse termo reinterpretando o significado atribuído por Deleuze (1925,1995). Referem-se às práticas *identificadas como aquelas que se produzem nas relações entre sujeitos no espaço das suas interseções*.

Logo, o trabalho em saúde fundamentado no uso de tecnologias leves, define-se pelo seu caráter relacional humano, sendo um trabalho coletivo desenvolvido pelos diversos trabalhadores, imersos em suas práticas e saberes, por meio da divisão técnica e social do trabalho e ainda, por contar com trabalhos já realizados e simultâneos para sua concretização (MERHY; FRANCO, 2003).

Analisa-se então, que a produção da saúde se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho, que diz respeito às relações firmadas nesse processo e aos interesses em jogo no dia a dia do serviço (MERHY, 1997).

A micropolítica indica que esse é um lugar no qual os sujeitos trabalhadores, individuais e coletivos, operam de forma interessada, ou seja, de acordo com projetos próprios, sejam estes de uma determinada corporação, ou mesmo da pessoa que ocupa certo espaço de trabalho (FRANCO; MERHY, 2003).

Estes autores acrescentam que é um lugar de permanente tensão, na medida em que os interesses podem ser diversos e como é um espaço de produção, por natureza há o encontro de distintas vontades, como os dos próprios trabalhadores, dos usuários, da gestão central, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros (FRANCO; MERHY, 2003).

São nos processos interseções, visto como encontro dos sujeitos que o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais tornam a micropolítica do trabalho em saúde mais complexa (MALTA ; MERHY, 2003).

As redes que constituem a micropolítica do processo de trabalho se estruturam a partir de determinado território de saberes e fazeres, onde podem estar presentes cenários com práticas serializadas, não singulares e com baixo nível de interação e, ao mesmo tempo, no mesmo cenário podem atuar redes contínuas, operando em alta potência com o trabalho vivo em ato (FRANCO, 2006).

Essa realidade leva a constatação do quanto varia o processo de trabalho no interior de uma equipe ou unidade de saúde, onde <sup>2</sup>*instituído e instituinte* estão presentes, significando processos de permanente disputa (FRANCO, 2006; MERHY, 2002).

Os serviços de saúde, assim, são palcos da ação de um time de atores, que tem diversas intencionalidades em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Agem fazendo uma mistura, nem sempre clara, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador. Nessa última face, dependendo do interesse e da capacidade de agir, esses trabalhadores aliam-se ou confrontam-se na tentativa de firmar certa conformação da saúde que faça sentido (MERHY, 2002).

Nesses espaços, coexistem as aspirações da organização institucional e a presença de vários processos desejantes dos agentes em ação, que interferem na produção do trabalho vivo (MERHY, 1999).

Essa interferência se dá a partir das capacidades de autogoverno dos trabalhadores, que disputam a orientação do dia a dia com as normas e regras instituídas. Esse espaço é sempre tensionado pela polaridade entre autonomia e controle. É também um lugar de possibilidades para a construção de estratégias de negociação que levem os trabalhadores a utilizar seu espaço privado de ação em favor do interesse público (dos usuários) (MERHY; FEUERWERKER, 2002).

É nesse território de tensões e das ações cuidadoras em saúde, que essa negociação pode acontecer. Nesse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde; que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes, que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. Enxerga-se nesse território no qual se produzem os encontros, a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e para o trabalho da equipe de saúde (FEUERWERKER, 2005).

---

<sup>2</sup> *instituído e instituinte*: Conceitos originados do movimento institucionalista, Lourau (1975, 1995) e desenvolvido por Merhy (2002) ao estudar a micropolítica do trabalho em saúde. O *instituído* é algo que está dado; o *instituinte* está em ação.

Pires; Gottems (2009) afirmam que nesse espaço, o processo de trabalho compreendido como o modo com que o cuidar se revela e se organiza na interação favorecida entre sujeitos, é que o cuidado pode produzir interações e rompimentos potencialmente emancipatórios, ou restringir a possibilidade de as pessoas experimentarem de processos libertários. A abordagem das referidas autoras propõe um referencial teórico metodológico para identificação de cenários de autonomia e poder em três dimensões denominado de *triedro*, pautado em questões que analisam a gestão do cuidado na ESF:

Na primeira dimensão: conjuntura do cuidado - Conhecer para cuidar melhor – é interrogado se os profissionais da ESF são movidos de interesse em conhecer a conjuntura da política desse modelo para melhor decidir/gerir espaços de cuidado à saúde, visando à autonomia e partilhamento de decisões em um contexto no qual, as forças sociais se configuram na política de saúde, da qual participa a ESF (PIRES; GOTTEMS, 2009).

O conhecimento visto nessa amplitude pode significar uma dinâmica viva de produzir interpretações, significados, críticas e maneira de participar da realidade (PIRES, 2005).

Na segunda dimensão: o cuidar para confrontar, questiona-se como os atores que integram a ESF se articulam e disputam espaços na conformação das relações de ajuda-poder? Olha-se para a questão do fortalecimento de autonomias individuais e coletivas na equipe de saúde e a relação com o outro, como possibilidade de coletivizar conhecimentos e de democratizar assimetrias de poder, visto que, o contexto em que a ESF se insere é entendido como correlações de forças.

Cuidar para confrontar dessa forma, expõe as relações de poder que contextualiza histórico e socialmente o trabalho em saúde e relaciona-se à maneira com que os atores componentes da política interagem, mobilizam seus interesses e atribuem significados (PIRES, 2005).

Na terceira dimensão: cuidar para emancipar é arguido se a ESF tem promovido o resgate da autonomia dos sujeitos nas ações que desenvolve. E o cuidado no processo de trabalho da ESF, tende mais para o domínio autoritário ou para a instrumentalização de autonomias.

O cuidado sob a luz desse estudo é entendido como uma oportunidade para desconstruir estruturas, reelaborar a tutela, exigir cidadania em um movimento dialético, no qual o projeto de autonomia de cada um, somente é possível como parte da autonomia coletiva, o que para a autora, passa pela *politicidade*, que os humanos conhecem bem (PIRES, 2005).

Pensando esse cuidado na perspectiva da autonomia, Franco; Merhy (2005) sugerem que esse não é um caminho fácil para se percorrer, pois requer dos trabalhadores, detentores de um saber e práticas tradicionais, uma desconstrução em nível cognitivo e subjetivo do projeto, que até então estiveram vinculados.

O trabalho em equipe tem lugar especial nesse movimento, visto que representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e carrega múltiplas possibilidades de significados, considerando que compreende saberes próprios de cada profissão, mas que convergem para um elemento particular, expresso na vida humana (OLIVEIRA; PIRES; PARENTE, 2011).

## **2.2 Trabalho em equipe na saúde da família**

O trabalho em equipe é caracterizado por envolver as atividades de distintos profissionais de diversas áreas do conhecimento, os quais utilizam-se de saberes específicos para atuar no cuidado da população, com o objetivo de atender as suas necessidades, tanto individual como coletiva. Evidencia-se nesse caso, um trabalho coletivo (PIRES, 2000; KELL; SHIMIZU 2010; PEDUZZI 1998, 2001).

Na área da saúde, o trabalho em equipe origina-se de um contexto formado por três vertentes: tem relação com a atenção integral ao usuário, partindo de um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva, comunitária e dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil nos anos 70; surge da necessidade de mudanças na abordagem do processo saúde-doença que passa pela unicausalidade e multicausalidade e por fim, da alteração do processo de trabalho na perspectiva da ampliação dos objetos de intervenção, reestabelecimento da finalidade do trabalho e inserção de novas tecnologias e instrumentos (PEDUZZI, 2013).

Atualmente, a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia de enfrentamento ao intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em

aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem considerar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes (PEDUZZI, 2001).

Atuar na totalidade das ações demandadas na área da saúde requer uma recomposição dos trabalhos especializados, seja no interior de um mesmo domínio profissional ou entre as várias profissões, visto que a ação isolada de um único agente não é capaz de atender na perspectiva da integralidade (SILVA ; TRAD, 2005).

Nos últimos anos, o debate em torno da atenção integral sinaliza para uma concepção mais alargada quando se fala em dar respostas às necessidades da população (MATTOS, 2004).

Essa integralidade é sustentada por uma forma mais objetiva e intensa de atuação dos profissionais, requerendo a modalidade do trabalho em equipe multiprofissional, construído por meio da relação recíproca de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação entre os profissionais de distintas áreas, conformando-se pelas vias da comunicação, articulação e cooperação (PEDUZZI, 2013).

O trabalho em equipe é dinâmico e tem uma plasticidade que pode configurar equipes de trabalho integradas ou equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais (PEDUZZI, 2007). Essa tipologia foi construída pela autora que relaciona a equipe integração, à modalidade em que os agentes interagem e articulam ações, ao passo que a equipe agrupamento caracteriza-se pela justaposição de tarefas e fragmentação do trabalho (PEDUZZI, 1998, 2001).

O trabalho em equipe amplia a visão do processo de saúde, envolvendo diferentes saberes e intervindo, para além do âmbito individual e clínico, na família e nas condições socioambientais da comunidade atendida (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

É nessa plataforma que se localiza a proposta da ESF, fundada em uma nova forma de cuidar em saúde, que figura a família e o seu espaço social como núcleo básico da atenção, que deve acontecer de forma integral, contínua, em diferentes níveis, na prevenção, promoção, cura e reabilitação, o que requer uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (CAMPOS, 2000).

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe se sobressai no conjunto da ESF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo

de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001; 2007). Para tanto, as equipes multiprofissionais são compostas no mínimo por um médico, um enfermeiro, dois ou três técnicos em enfermagem e de cinco a seis ACS. Algumas contam com profissionais da saúde bucal dentre outros profissionais (BRASIL, 2001; 2007).

Essa nova forma de trabalhar envolvendo os vários saberes, demanda que sejam discutidas as questões da transdisciplinaridade, que envolve não somente as interações ou reciprocidades entre os conhecimentos especializados, mas também requer que sejam revistas as formas como as relações são colocadas dentro de um sistema, sem qualquer limite rígido entre as disciplinas (FAZENDA, 1996).

Fortuna et al, (2005) consideram que o trabalho de equipe representa a possibilidade de recomposição do trabalho em saúde numa outra direção, a da interdisciplinaridade, que transcende a mera junção de trabalhadores de um mesmo estabelecimento, os quais são referidos apenas por atuarem juntos. O trabalho em equipe extrapola essa lógica, que implica e envolve necessariamente, a produção de um bem imaterial, a saúde.

Na produção de saúde, quando a equipe é orientada a partir da lógica da integração e interdisciplinaridade, todos os trabalhadores indistintamente estão inseridos na potência do processo de trabalho. A atenção às múltiplas dimensões humanas é considerada, seja ela, a individual, a emocional, a subjetiva, a cultural e a social. Nessas relações, tanto usuários, gestores e trabalhadores podem ser produtores de si e da saúde na coletividade (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Contudo, observa-se que a organização do trabalho envolvendo tipos de equipes, mesmo numa cultura institucional favorável, que valoriza o trabalho integrado, relações democráticas e horizontalizadas, se depara rotineiramente com o risco da fragmentação, por conta da tradição construída na modernidade de forte individualização das áreas de conhecimento, disciplinas, saberes e áreas de atuação, que tende, a fazer prevalecer as equipes do tipo agrupamento, ao invés de equipes integradas (PEDUZZI, 2007).

Furtado (2007), ao estudar sobre as disciplinas na perspectiva do trabalho em equipe, traz a interdisciplinaridade como conceito de grande importância na medida

em que identifica e nomeia uma mediação possível entre saberes e competências e, garante a convivência criativa com as diferenças. Além da função de mediador, o conceito de interdisciplinaridade vem apontar a insuficiência dos diversos campos disciplinares, abrindo caminhos e legitimando o tráfego de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre as diferentes áreas do conhecimento.

Para ajudar nessa discussão, Campos (2000) faz uma elucidação sobre a existência de uma sobreposição de limites entre as disciplinas e, aborda a questão de *núcleo e campo de responsabilização e competências*, no qual o primeiro se relaciona com as ações/práticas privativas de cada profissão, o saber específico e, o último define as responsabilidades e competências comuns à maioria dos membros da equipe, que resultam de definições do processo de trabalho e, sendo assim, não são dimensões estáticas, mas sujeitas à dinâmica da produção coletiva em saúde e funcionam como complementares.

Nesse sentido, no trabalho integrado da equipe, os elementos vão, rodiziando papéis, trocando saberes, construindo-se como equipe. Vão vivenciando papéis semelhantes aos vividos por integrantes de um grupo (FORTUNA et al 2005).

As equipes e suas relações devem ser permanentemente “olhadas” pelos próprios trabalhadores com inúmeras possibilidades de significados, pois o trabalho em equipe vai se constituindo, gestando-se no seu fazer diário e precisa ser avaliado, pois passa por movimentos de dificuldades, de paralisação e satisfação, configurando-se num processo de idas e vindas em diversas direções (FORTUNA et al 2005).

O trabalho em equipe implica na revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que está instituído, de modo a revelar o explícito e o implícito dos papéis assumidos e atribuídos e dos objetivos em disputa no serviço (FORTUNA, 1999).

### **2.3 Relações de poder na equipe de saúde**

Várias são as concepções acerca do poder, estudadas por diferentes correntes de pensamento e autores.

Contudo, entre esses autores, Foucault destaca-se por analisar a questão do poder sob uma ótica diferenciada, pois não partiu de um poder na sua macro

dimensão, mas das relações de micropoderes, que se estendem e tecem a rede social. Ao examinar a obra *Por uma genealogia do poder*, Foucault (1979, 2006), vê-se que o autor não se limitou a um estudo da soberania do Estado (macro) e sim dos seus aparelhos, de onde eclodem formas diversas de dominação e disciplina.

Para o autor, a abordagem do poder não envolve a elaboração uma teoria geral do tema, pois a seu ver o poder não se possui; não tem uma natureza ou uma essência que possa definir suas características; ele é uma prática social que se constitui historicamente e, tais práticas são modeladas nas relações sociais (FOUCAULT, 1979, 2006).

Por sua vez, os micropoderes se constituem ramificações dos galhos de um arbusto e, o seu tronco o poder central (Estado). Logo os galhos que se dividem constituem-se os micropoderes, que estão sempre produzindo conjunturas de poder, dando o título a sua obra *Microfísica do poder* (FOUCAULT, 1979, 2006).

As relações de poderes e micropoderes têm efeitos múltiplos sobre a liberdade dos sujeitos e provocam processos de subjetivação e produzem subjetividades. Por entre estas linhas de força dos diversos dispositivos do poder emergem focos ou forças de resistência que estão entrecruzadas nele próprio e se constitui em forças capazes de transformá-lo (FOUCAULT, 1979).

O poder pode ser visto como uma relação de forças e como relação, estará em todas as partes, atravessará pessoas, não podendo ser considerado independente delas e, não somente reprimindo e destruindo o outro, mas também produzindo efeitos de verdade e saber, constituindo subjetividades e práticas (FOUCAULT, 1993).

O poder não é um objeto, uma coisa, mas se materializa na relação. Tendo esse caráter relacional, esse implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser realizadas de fora, pois não há nada aquém do poder. Qualquer luta constitui-se sempre resistência dentro da sua própria rede (FOUCAULT, 1979, 2007).

Ele funciona como uma maquinaria social que não está localizado em um lugar privilegiado, mas se esparrama por toda a estrutura social, desse modo todos são sujeitos e objetos de poder:

(...) o poder não deve ser encarado exclusivamente como algo que atua sobre nós, como se nos limitássemos a ser objeto de sua ação. Ele também é exercido por nós, o que nos coloca simultaneamente na condição de sujeitos e objeto do exercício do poder (PARANHOS, 2000, p.56).

Foucault distancia-se dos conceitos jurídicos, formais e ideológicas para investigar o arranjo de uma microfísica do poder. Em sua obra *Vigiar e Punir* surge o projeto de uma genealogia do poder, trazendo uma nova concepção que proclama novos postulados que questionam e que traçam outras paisagens outras personagens, outros procedimentos à visão histórica do poder (FOUCAULT, 2003).

Nos moldes tradicionais, havia postulados que consideravam o poder como propriedade de uma classe que o teria conquistado. Porém, Foucault (2003, 2007) afirma que ele não é uma apropriação, mas trata-se de uma estratégia, cujos efeitos de dominação são atribuídos a manobras, a táticas, a funcionamentos. Logo, o poder exerce-se mais do que se possui, não é o privilégio adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de suas posições estratégicas, efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados (LAVOURA, 2009).

O poder é um conjunto de relações de forças que passa tanto pelas forças dominadas como pelas dominantes, constituindo ambas, as singularidades. Em qualquer lugar onde haja singularidades por menores que sejam, há relações de forças ou relações de poder (LAVOURA, 2009).

Em qualquer sociedade, existem múltiplas relações de poder que atravessam, caracterizam e “constituem o corpo social e estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso” (FOUCAULT, 2003 p.179).

Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso. Esse não se localiza somente nas instâncias superiores da censura, mas penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade, (FOUCAULT, 1979).

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (1975, p.161) propõe uma concepção positiva do poder, ao afastar-se do conceito impresso somente pela dominação e repressão e evidencia o caráter produtor do poder, ele afirma:

É preciso parar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: ele exclui, ele reprime, ele recalca, ele censura, ele abstrai, ele mascara, ele esconde. De fato, o poder produz; produz domínios de objetos e rituais de verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção.

Foucault (1979, 2007 p.7-8) propõe que o poder não transporta somente ideias repressivas, de intervenção arbitrária, de controle e submissão. Declara:

“(…) Me parece que a noção de repressão é totalmente inadequada para dar conta do que existe justamente do produtor no poder. Quando se define os efeitos de poder para repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica deste mesmo poder identifica-se poder a uma lei que diz não. O fundamental seria a força de proibição”.

“Ora creio ser esta uma noção negativa, estreita e esquelética do poder que curiosamente todo mundo aceitou. Se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir” (FOUCAULT, 1979, 2007 p.7).

O poder compõe uma zona difusa mas ativa sempre em movimento, com grande potência, força, e capacidade tanto de prolongar e sustentar os poderes como de transformá-los. A microfísica não enfatiza o poder como apropriação, mas sim como estratégia, o que implica que os seus efeitos de dominação não se devem à posse do poder, “mas a disposições, a manobras, a táticas, a técnicas, a funcionamentos” (FOUCAULT, 2000, p. 26).

O poder é exercido enquanto rede de relações numa tensão permanente. Não pode ser enxergado como sendo somente da classe dominante, enquanto privilégio, porque não é exclusivo dela, porque os dominados também manifestam e exercem esse mesmo poder. A microfísica do poder funciona ao nível dos indivíduos, dos corpos, dos gestos e dos comportamentos e não se limita a reproduzir os poderes do Estado e das instituições (FOUCAULT, 2000).

Sobre esse novo postulado do poder, Foucault é questionado se necessariamente aquilo que censura e aprisiona deixaria de existir como poder, e responde: de modo geral, eu diria que o interdito, a recusa, a proibição, longe de serem

as formas essenciais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas ou extremas. As relações de poder são antes de tudo, produtivas (FOUCAULT, 2003).

As relações de poder estão talvez entre as coisas mais escondidas no corpo social. Uma tendência que é comum às instituições, aos partidos, a toda uma corrente de pensamento e de ação revolucionários e que consiste em só ver o poder na forma e nos aparelhos de Estado. O que leva, quando nos voltamos para os indivíduos, a que só encontremos o poder em suas cabeças, sob a forma de representação, aceitação ou interiorização (FOUCAULT, 1998).

Fazendo uma alusão aos vasos capilares do corpo humano que conseguem chegar aos lugares mais distantes e profundos, Foucault descreve:

De acordo, mas o que eu quis dizer é que, para que haja um movimento de cima para baixo, é preciso que haja ao mesmo tempo uma capilaridade de baixo para cima (FOUCAULT, 1982 p.142).

Não se trata de analisar o poder nas formas regulamentares e legítimas em seu centro. Diz respeito à captação do poder em suas extremidades e suas ramificações, lá onde ele se torna capilar, penetrando em instituições e corporificando-se em técnicas e instrumentos de intervenção (FOUCAULT, 2000). Trata-se do Bio-poder, apresentado por Foucault como uma intervenção que procura promover a saúde e o bem estar dos indivíduos, por meio de mecanismos reguladores da própria vida da população. São estes mecanismos reguladores que irão produzir um saber sobre a população e permitir uma atuação sobre ela. Ao ser exercido, o poder forma, organiza e coloca em circulação um dispositivo de saber (FOUCAULT, 1976, 2000).

Nesse sentido, Moreira (2004) ao estudar Foucault, refere que os saberes produzem-se e se organizam de modo que se atenda a uma vontade do poder. Dessa forma, poder e saber, como dois lados do mesmo processo, entrecruzam-se no sujeito, seu produto concreto. Poder e saber para Foucault se entrelaçam. Não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, nem saber que não pressuponha e não constitua relações de poder.

No campo da saúde, as relações de poder não estão circunscritas a esfera médica ou às ciências biomédicas como sugerem alguns, mas envolvem as relações entre profissões e profissionais, extrapolando as suas práticas técnicas cotidianas. As

relações de poder certamente fazem parte de uma base existencial, de uma posição social historicamente construída. Isto significa que a relação entre profissões e profissionais na saúde implica muito mais que saberes técnicos. Essa relação está envolta por normas, crenças, instituições, hierarquias de mando e tradições (FLORENTINO, Fátima; FLORENTINO, José, 2005).

Pensar as diferentes profissões requer olhar para as várias disciplinas enquanto conhecimento que estabelece relações de saber, de poder e de luta por legitimação na área da saúde, tendo em vista que estas disciplinas trazem na sua essência uma relação de domínio por possuírem diferentes capitais, maneiras diferentes no seu fazer, entretanto compõem o mesmo espaço social (FLORENTINO, Fátima; FLORENTINO, José, 2009).

Na área da saúde, as distintas disciplinas que a compõem, materializadas em profissões e/ ou especializações, geram territórios individualizados a partir de seus saberes e práticas, trazendo-lhes propriedade e poder em relação às demais áreas. Ao se enclausurarem em si mesmas, perdem a referência da complexidade de sua matriz, a saúde, assim como das relações sociais que envolvem o agir em saúde, criando barreiras para formação de novas possibilidades de se pensar e agir nessa área (OJEDA, 2004).

Ojeda; Stray (2008) discutem as relações de poder no campo da saúde e chamam a atenção para a complexidade em torno dessa temática que tem estreita ligação com os saberes naturalizados que conformam e organizam as relações sociais. São esses saberes que evidenciam determinadas verdades que marcam a capilaridade das relações diárias. Além disso, os saberes integrados as práticas cotidianas, movimentam-se nas relações de poder entre profissões e profissionais. A circulação de saberes e poderes entre as diversas profissões tornam as práticas em saúde um espaço social de intensa efervescência, onde estão presentes conflitos que buscam (des) acomodar saberes e limites.

Estes conflitos são determinados pelos ruídos existentes entre os trabalhadores e, são reconhecidos por estes, uma vez que envolvem as manifestações, os fatos e comportamentos na vida da equipe (CECÍLIO, 2005).

## **2.4 O conflito no campo da saúde**

A temática envolvendo o conflito ao longo dos anos tem despertado discussão e interesse no segmento da saúde (SALES et al, 2007).

O conflito é um fenômeno inerente às relações sociais e à vida organizacional, podendo conservar tanto conexões positivas quanto negativas, dependendo de como se lida com ele (SPAGNOL, 2010; CHIAVENATO, 1992).

Spagnol (2010) advoga que o conflito deve ser compreendido para além da luta de opostos e das divergências de ideias, valores e percepções entre as pessoas, uma vez que esse fenômeno também surge em decorrência do fato de a organização se constituir por indivíduos que demarcam uma posição, disputam projetos, possuem olhares e ações interessadas, sendo suas relações atravessadas o tempo todo por diversas instituições.

A autora reforça que os conflitos são processos dinâmicos e complexos que necessitam ser analisados, constantemente, pelas equipes a fim de encontrarem estratégias que explicitem cada vez mais os ruídos presentes no cotidiano.

Em um estudo sobre conflito, Cecílio (2005) propõe-se aproximar de uma definição de conflito que permita sua utilização no contexto da gestão de serviços de saúde e indaga se o conceito de conflito tão rico de sentidos, pode ser apreendido como matéria-prima da gestão em saúde.

Primeiro, o autor coloca que o conflito é sempre consciente; o aparecimento e o desenvolvimento do conflito podem ser explicados a partir das posições que os atores envolvidos ocupam nas *estruturas* e, qual é a intencionalidade desses atores, pois só eles podem decidir se vão agir e transformar o conflito como potencialidade de mudança ou vão permitir que ele se seja um confronto real, entendido como enfrentamento. Em segundo, o autor avalia que o olhar das pessoas é sempre direcionado pelo lugar que ocupam e esse olhar está sempre comprometido com as intencionalidades, portanto, coexistem os distintos olhares que constituem as tensões (CECÍLIO, 2005).

Estas tensões por sua vez, formam o conflito enquanto fenômeno, comportamento e ruído. Estes se materializam por meio dos saberes e poderes das diferentes corporações. As tensões e o conflito vão produzindo deslocamentos, instituindo novos arranjos na organização, mas também vão reproduzindo, confirmando

o instituído, que são as chamadas malhas de captura, os territórios de poder (CECÍLIO, 2005).

O autor discute ainda, os conflitos encobertos, que são aqueles que circulam nos bastidores, pelos corredores, “rádio corredor”, mas não conseguem chegar até a agenda das gestões mais tradicionais. Sugere que é possível criar dispositivos de gestão mais publicizados, por meio de uma postura criadora e ativa com maior sensibilidade para escutar e processar o conflito (CECÍLIO, 2005).

O conflito tomado como tema de gestão pode instrumentalizar as organizações de saúde, capacitando-as na compreensão de que os conflitos estão dizendo, denunciando e em última instância cooperando para mudanças significativas no cotidiano, em especial na relação entre os trabalhadores e, entre estes e os usuários dos serviços de saúde. Pensa-se também, que se os conflitos encobertos chegarem até as agendas dos serviços, podem corrigir situações de injustiças, as quais se submetem tanto os trabalhadores quanto os usuários (CECÍLIO, 2005).

É preciso reconhecer que não se trabalha com máquinas, com instrumentos duros, vazios de desejos, de receios, potencialidades e limitações e, desse modo, não pode se tomar o desenvolvimento do trabalho em saúde como algo previsível e harmonioso; contrariamente, é um trabalho cheio de paradoxos, contradições, imprevisibilidades, brigas e conflitos (MISHIMA, 2003).

A autora provoca a reflexão de que liberdade e a possibilidade de expressão de autonomia se revelam mais na forma de desencontros que encontros, sendo assim, os conflitos precisam ser assumidos pelos trabalhadores no cotidiano do trabalho e de forma imperiosa buscar formas de reinventar e recriar alternativas de trabalho (MISHIMA, 2003).

Faz-se um recorte para a ESF nessa temática do conflito, por conta de o trabalho se desenvolver por meio da equipe multiprofissional, que não se constitui apenas em função da objetividade dos diversos saberes científicos, mas também a partir do encontro das várias subjetividades dos trabalhadores que a compõem.

Cardoso (2004) argumenta que ao falar de uma equipe, estamos nos referindo ao encontro de diferenças tanto objetivas quanto subjetivas. É a partir desses encontros que o trabalho coletivo se desenvolve, bem como, também das simpatias,

das antipatias, das alianças, das dificuldades de comunicação, das resistências e dos conflitos.

Pensar nas formas de negociação do conflito enquanto conciliação, implica diretamente na mudança do estilo usual do "quem perde ganha", isto é, para que uma das partes ganhe, necessariamente a outra tem que perder. Ao contrário, deve prevalecer uma negociação em que o ganho seja do processo, seja compartilhado (ROSSO; SILVA; CIAMPONE, 2003).

## 3 - PERCURSO METODOLÓGICO

---

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

---

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem qualitativa de análise dos dados.

Para Fonseca (2002), um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Tem o objetivo de conhecer em profundidade o como e o porquê de uma dada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, buscando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe.

Yin (2005) refere que o estudo de caso é uma investigação empírica, um método que abrange tudo, desde o planejamento, técnicas de coleta de dados a análise dos mesmos.

De acordo com Rudio (2001) descrever é narrar o que ocorre e, desse modo a pesquisa descritiva interessa-se em descobrir o que acontece; conhecer o evento procurando os seus significados por meio da interpretação para daí descrevê-lo.

A pesquisa qualitativa busca abarcar o conhecimento da realidade social que é exterior ao sujeito, bem como as representações que traduzem o mundo dos significados. Enfatiza a necessidade de se levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e na implementação de programas sociais, considerando as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações (MINAYO, 2010).

Chizzotti (2006) afirma que a pesquisa qualitativa possibilita o contato e compartilhamento com culturas, atitudes, práticas e percepções entre os participantes da pesquisa e os pesquisadores.

A pesquisa qualitativa é analítica e interpretativa, busca refletir e explorar os dados, que podem apresentar regularidades para criar um profundo e rico entendimento do contexto pesquisado (OLIVEIRA, 2010).

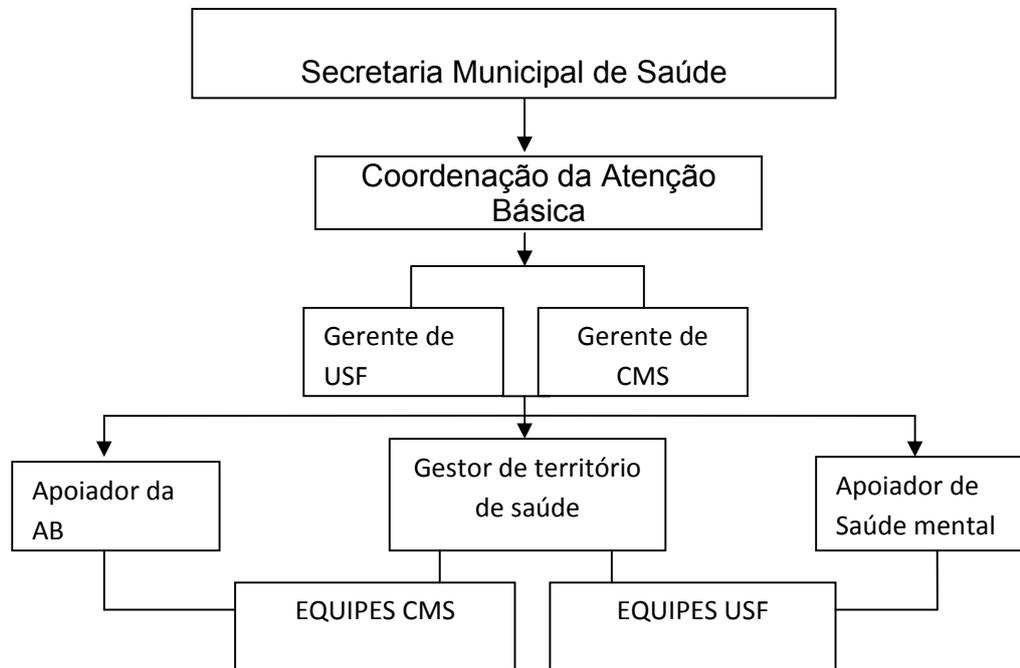
### **3.2 Cenário e local de estudo**

O estudo foi realizado em Araraquara/SP, município de médio porte localizado no centro geográfico do Estado de São Paulo, com uma população de aproximadamente 210.000 (ARARAQUARA, 2012).

A Atenção Primária em Saúde no município de Araraquara teve implantado o Programa Saúde da Família em 2000, possui quatorze Unidades de Saúde da Família (USF) nas quais atuam vinte e quatro equipes e dez Unidades Básicas de Saúde denominadas Centro Municipal de Saúde (CMS). Divide-se em oito regiões de saúde, cada região possui um profissional chamado de gestor de território de saúde que dá apoio de gestão para quatro ou cinco equipes a depender do perfil da região. Conta com uma equipe do Núcleo Assistencial da Saúde da Família (NASF), um apoiador da atenção básica e um apoiador para saúde mental na atenção básica (ARARAQUARA, 2012).

Do total de equipes de SF, sete foram implantadas pelo município entre 2011 e 2012. Além disso, nesse período algumas mudanças estruturais ocorreram nas equipes, inclusive em relação ao número de profissionais técnicos em enfermagem que passou de dois para três, naquelas com maior demanda para procedimentos, principalmente as equipes que funcionam de maneira mista, nas quais atuam além do médico da família outros profissionais (Ginecologista e pediatra) que atendem em alguns dias por semana em cada equipe. (ARARAQUARA, 2012).

O organograma da Atenção Básica no município de Araraquara está assim organizado:



Fonte: Elaboração da autora – 2012.

A unidade estudada possui aproximadamente três mil matriculados com média de cinco pessoas por família. O território está dividido em cinco microáreas com previsão em médio prazo, de mais duas microáreas para serem incorporadas, no entanto os moradores dessas duas microáreas já começaram gradativamente a frequentar a unidade, embora ainda não recebam a visita do ACS que está na fase de contratação.

No período da investigação, a unidade passava por uma situação diferente em sua rotina, cuja equipe se encontrava mobilizada e apreensiva na apresentação de registros e documentos das ações pactuadas no PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Naquele momento a equipe se preparava para “sofrer” a primeira avaliação por parte do Ministério da Saúde que enviou seus monitores *in loco* para esse fim. A expressão “sofrer” a qual me refiro, tem relação com o momento de dificuldade pelo qual passava a equipe que seria avaliada em relação ao seu desempenho no tocante aos indicadores pactuados. A preocupação maior percebida era principalmente dos ACS, por conta da falta de

sistematização no registro das ações, colocada pelos mesmos como de difícil operacionalização, uma vez que muito do que fazem fica na esfera subjetiva. Muitas das informações obtidas nas visitas domiciliares e atividades extramuros não eram formalizadas e, acabavam se perdendo.

Após ser avaliada pelo PMAQ, a equipe obteve nota satisfatória, sendo considerada no município, uma das que maior pontuação recebeu nos quesitos requeridos.

### **3.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos desse estudo foram dezesseis trabalhadores que integravam uma equipe de SF no município de Araraquara. A equipe era composta por um médico, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de saúde bucal (ASB), um agente administrativo dois dentistas e uma gestora de território. Esta última vai geralmente uma vez por semana à unidade, pois é responsável por mais três equipes.

Foi estudada uma equipe de saúde da família cujos integrantes estão atuando conjuntamente há pelo menos um ano, com a equipe completa em número de trabalhadores, constituindo estes, os critérios de inclusão para esta pesquisa.

Cabe justificar que uns dos dentistas bem como uma ASB, compõem outra equipe que se localiza em um bairro vizinho. Em função de estes não contarem com espaço físico adequado em sua unidade de origem, atendem há algum tempo nessa unidade investigada. Porém, mantém relação direta com a equipe estudada e participam de algumas das reuniões da equipe local.

Apresentam uma variação de idade entre 26 e 51 anos; a maioria é do sexo feminino; apenas dois tem ensino fundamental, sete tem o ensino médio e sete possuem nível superior, sendo que um dos dentistas, a enfermeira e o médico possuem especialização em Saúde da Família.

Do total dos trabalhadores, o médico, a enfermeira, um técnico em enfermagem e dois ACS trabalham juntos a mais de quatro anos na mesma equipe.

#### **3.3.1 Etapas do trabalho de campo**

### **a- Aproximação do campo de estudo**

Primeiramente houve um contato da pesquisadora com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Araraquara e solicitação de autorização para realização da pesquisa. Posteriormente, foi realizado contato com a equipe que convidou a pesquisadora para abordar as diretrizes do projeto em uma das reuniões de equipe. Nessa oportunidade, foi lançado o convite para participação na pesquisa.

No momento da reunião com a equipe para esclarecimentos a respeito da pesquisa, alguns integrantes fizeram alguns questionamentos tais como: se o estudo tinha alguma relação com a Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que estávamos em um período pré-eleitoral e, se a pesquisadora poderia atuar junto à equipe como enfermeira ajudando nas rotinas da unidade, no período da observação. Diante disso, foi reforçada para os membros da equipe, a maneira como se daria a investigação na unidade, ou seja, a pesquisadora não participaria da rotina de trabalho, mas restringir-se-ia à observação dos fatos para fim de pesquisa acadêmica, sem nenhuma relação com a instituição local citada.

### **b - Observação sistemática**

O período de observação aconteceu na última semana do mês de setembro de 2012.

A equipe foi acompanhada e observada em suas atividades dentro da USF durante todo o dia normal de trabalho pelo período de 01 (uma) semana. Foi escolhida uma semana considerada típica, ou seja, que não possuía feriados ou atividades eventuais. Foram realizadas observações no campo da pesquisa com um “olhar” e “ouvir” disciplinados pelo conjunto de ideias abordadas no referencial teórico, por meio das quais se buscou descrever e interpretar/ compreender o microespaço da equipe (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996).

A literatura aponta que a observação sistemática é seletiva, já que o pesquisador observa uma faceta da realidade natural e social a partir do que se propôs a esclarecer (PÁDUA, 2009).

### **c - diário de campo**

Os elementos observados foram anotados em um diário de campo (DC), que incluiu observações de gestos, expressões, falas, comportamentos, hábitos, costumes e crenças, uma vez que nesse diário devem ser registradas informações que não sejam obtidas nas entrevistas formais (MINAYO, 2010).

No diário de campo, não se registra somente observações, interpretações e conclusões individuais, mas convém relatar individualmente também os resultados das discussões que venham a ocorrer. Os fatos devem ser registrados no diário de campo o quanto antes, se possível imediatamente depois de observados. (FALKEMBACH, 1987).

O diário de campo é um amigo silencioso, no qual se expressam as angústias, os questionamentos e as informações que não são obtidas a partir do uso de outras técnicas. “A sua utilização demanda uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação” MINAYO (2004, p. 21).

O diário de campo, para Romanelli (1998), é um misto de registros objetivos e de impressões pessoais, de sentimentos e emoções.

Segundo Triviños (1987), o diário de campo é uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos.

O objetivo do diário “é guardar uma memória, para si mesmo ou para os outros, de um pensamento que se forma ao cotidiano na sucessão das observações e das reflexões” (HESS, 2006, p. 7).

Sendo assim, os registros do diário de campo foram descritos em até 24 horas após a observação, para que fosse permitida a lembrança dos detalhes com exatidão.

Para esse estudo, as informações registradas no diário de campo foram organizadas de acordo com a observação em cada interação entre os membros da equipe, para tanto foi utilizado um roteiro básico que direcionou a observação sistemática (APÊNDICE 3).

Sempre que necessário, a pesquisadora recorria ao roteiro, buscando evitar dispersão em relação ao objeto investigado, tendo em vista todo o movimento desencadeado pela relação equipe- equipe, equipe-usuário, na atividade da unidade.

A fase da observação foi de muita apreensão, considerando que o trabalho acontecia de forma muito dinâmica. Ao mesmo tempo em que um técnico em enfermagem recepcionava, conduzia o caso para ele mesmo fazer acolhimento. Em outras situações a ACS que recepcionava também dispensava o medicamento (sob o olhar atento do agente administrativo que tem esse papel na unidade).

A cada dia que passava, a observação ia se constituindo um desafio para a pesquisadora. Primeiro, tinha que vencer a barreira geográfica, pois o prédio era grande e com dispersão no arranjo das salas. Os consultórios médico e de enfermagem ficavam anexos; a enfermeira ficava muito envolvida com as atividades administrativas (até mesmo porque ela acabara de retornar das férias) e retomava os assuntos da unidade, o que me levava a ficar mais atenta às possibilidades de observar a sua relação com a equipe e dessa última com a enfermeira. As interações entre os profissionais aconteciam em sua maior parte na recepção e corredores e em outro momento, o da reunião de equipe que era diária, ao final do expediente.

Por vezes, a pesquisadora sentiu-se incomodada em permanecer na observação na recepção, que tinha em determinados períodos muitas demandas e, um rodízio intenso entre os trabalhadores naquele espaço da unidade. Por muitas vezes, sentia que qualquer ajuda seria bem vinda, dadas às necessidades da equipe. Em outros momentos a pesquisadora apresentava desconforto ou certo constrangimento por ter de acompanhar um profissional da equipe que ia ao encontro de outro para buscar resolver problemas ou quando tinha de parar ao lado dos que estavam dialogando para captar na interação, informações relevantes ao objeto de estudo. Não raramente, a pesquisadora era arrolada na conversa pelos sujeitos, que não entendendo muito bem o seu papel apenas de observadora, mas por estar perto, consultavam a sua opinião. Como explicar que a metodologia de pesquisa não incluía a participação no cenário de investigação? Esse esclarecimento era colocado com muito cuidado, a fim de evitar desconforto para ambos.

## **d - Entrevista**

A técnica de entrevista, segundo Chizzotti (2006) exige que o entrevistador tenha uma atitude disponível à comunicação, transmita confiança e propicie um diálogo descontraído, deixando o informante inteiramente livre para exprimir, sem receios ou constrangimentos, suas opiniões, atos e atitudes.

Minayo (2010) descreve a entrevista como instrumento privilegiado de coleta de informações, que apresenta a possibilidade da fala ser reveladora em condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos ao passo que tem a magia de transmitir por meio de um porta voz, as representações de determinados grupos em dadas condições históricas, sócio - econômicas e culturais específicas.

Para Triviños (1987), o entrevistado passa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa à medida que expõe sua maneira de pensar e suas experiências e, também:

A entrevista semi - estruturada parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, relacionados ao problema a ser investigado, oferecendo em seguida, grande campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que recebem as respostas dos informantes (p.146 ).

E, ainda sobre a entrevista semi-estruturada, Boni; Quaresma (2005, p. 75) afirmam que:

Combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

Nesse estudo foram utilizadas questões norteadoras por meios de questionário semi-estruturado (APÊNDICE 1) para a capturação dos dados empíricos. O instrumento de coleta possibilitou a obtenção das percepções relativas às questões

que envolviam o trabalho e as relações estabelecidas entre a equipe na sua cotidianidade.

As entrevistas foram realizadas na primeira semana do mês de outubro de 2012, posterior à semana de observação. Essa ordem (observação - entrevista) foi adotada em razão de evitar que as questões abordadas no questionário influenciasse o comportamento dos trabalhadores em suas interações que seriam observadas.

No início de cada entrevista foi retomado junto ao entrevistado, o objetivo da pesquisa com a finalidade de buscar maior aproximação entre pesquisador-entrevistado.

As entrevistas foram agendadas previamente com cada um dos sujeitos da pesquisa de acordo com a disponibilidade desses. A média de duração de cada entrevista foi de cinquenta minutos e, após sua realização (gravadas em áudio) por meio de aparelho digital, foram transcritas na íntegra.

A entrevista realizada com a enfermeira distinguiu-se das demais por conta de possuir algumas questões a mais com a intenção de capturar informações que envolviam mais especificamente o enfermeiro em relação à equipe de enfermagem e ACS, considerando o enfoque dado a estes trabalhadores neste estudo.

As entrevistas foram identificadas por meio da letra inicial da categoria profissional a qual o entrevistado pertence ou a função que exerce. Nas categorias nas quais havia mais de um trabalhador foi acrescentado o numeral ordinal em conformidade com a realização das entrevistas. Essa opção se deu pela necessidade de localizar o trabalhador enquanto profissão para assim discutir as relações de poder atendendo a um dos objetivos da pesquisa.

### **3.4 Análise dos resultados**

A análise dos resultados, produto das questões norteadoras foram trabalhados a partir da Análise de Conteúdo, definida segundo BARDIN (2004, p.9) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Para Minayo (2010) a análise de conteúdo, parte de uma leitura prévia para, após atingir maior profundidade, ou seja, ultrapassar os significados manifestados. Assim, a análise de conteúdo busca relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula o texto descrito com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto e processo de produção da mensagem.

Martins (2006) define a análise de conteúdo como uma técnica para se estudar e analisar a comunicação de forma objetiva, sistemática e qualitativa. Por meio desta técnica, buscam-se inferências confiáveis de dados e informações em relação a determinado contexto, a partir das falas escritas ou orais de seus sujeitos.

O autor comenta ainda, que para atingir os significados manifestos e latentes do material qualitativo há várias técnicas, neste estudo, para melhor exploração dos dados utilizamos a técnica de Análise Temática. Esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. A análise temática expõe qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (MINAYO, 2010).

A técnica de análise categorial temática baseia-se na ideia de tema. Essa ideia está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um conjunto de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2010).

Para materialização da análise de conteúdo é necessário ter em mente alguns conceitos, entre eles a *objetividade*, cuja implicação é a possibilidade de que a análise do trabalho seja averiguada e reproduzida por outro pesquisador; a *sistematicidade* está relacionada ao impedimento de toda seleção arbitrária, ou seja, é desconectada da intenção da pesquisa; *conteúdo manifesto* tem implicação com a abolição, o quanto antes, dos preconceitos do pesquisador; unidade de registro (UR) – palavra-chave ou frase que representa uma segmentação do conjunto de texto em análise; unidade de contexto (UC) - tem conexão com a delimitação do texto que permite a compreensão da UR; categorias, expressões ou palavras relevantes sob um

título genérico que expressam uma nova organização intencional das mensagens (MINAYO, 2010; OLIVEIRA, 2008).

Turato (2011) chama a atenção para a inferência que trata da discussão para além da esfera descritiva que significa inferir tomando como base os resultados trabalhados.

De acordo com Oliveira (2008) Inferência é operação lógica através da qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras.

Buscando a confiança e o rigor, para esse estudo observou-se regras da análise categorial temática que tem critérios próprios (BARDIN 2009). São eles:

*Exaustividade, o corpus* - refere-se ao conteúdo das entrevistas e à escolha de todos os textos que sejam passíveis de se incluir nos critérios estabelecidos anteriormente pelo objetivo pelo tema e pelos limites. As entrevistas devem ser lidas integralmente várias vezes até que seus elementos se esgotem;

*Representatividade* – pretende delimitar o que é significativo e o que é representativo do universo inicial. As unidades de registro eleitas devem representar o universo no qual estão inseridas;

*Homogeneidade* – corresponde à seleção de textos baseada na correspondência exata entre o tema geral e os textos. Os textos não devem ser selecionados fora dos critérios de escolha, sob implicação de não se estabelecer um universo exato e homogêneo relacionado ao objetivo da análise de conteúdo. A escolha dos trechos deve obedecer a critérios exclusivos.

*Pertinência* – deve haver coerência das categorias com os objetivos e conteúdo da pesquisa (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) orienta-se pelos pressupostos descritos no parágrafo anterior, os quais guiaram a análise dos resultados dessa investigação da seguinte forma:

*Leitura flutuante* – as entrevistas transcritas foram lidas repetidas vezes, de modo a permitir a pesquisadora familiarizar-se com o texto, deixando-se impregnar pelo conteúdo, abstraindo mensagens implícitas e explícitas. A realidade empírica enxergada de forma disciplinada propiciou o aparecimento de ideias que possibilitaram

a formulação e reformulação de hipóteses fundamentadas no referencial teórico da investigação.

*Exploração do material* – nessa fase foi realizada uma operação classificatória que permitiu alcançar o núcleo de compreensão do texto, determinado as UR e UC, sendo que estas últimas foram utilizadas quando a unidade de contexto não permitia sua compreensão.

Em seguida foi realizada a codificação de acordo com a classificação das unidades de registro e unidades de contexto que foram arranjadas na matriz de análise construída (APÊNDICE 4a).

*Categorização* – etapa em que as UR foram organizadas e rearranjadas na matriz de análise orientada pelos critérios de importância da pesquisa e de repetição das unidades de referência.

Assim, foi realizada a análise temática, definindo e agrupando os temas que emergiam dos dados empíricos na matriz de análise composta da unidade de registro (UR) e unidade de contexto (UC).

Construiu-se uma nova matriz na qual foram rearranjados os fragmentos do texto (falas) de acordo com as categorias, (temas) suscitados e suas subcategorias (APÊNDICE 4b).

*Inferência* – Tomando como base as categorias e subcategorias suscitadas, foram realizadas inferências e interpretações que faziam sentido ao olhar para o referencial teórico proposto. Esse movimento inclui também a confrontação com o material produto da observação sistemática, apontado no Diário de Campo.

### **3.5 Aspectos éticos**

Inicialmente foi formalizada uma solicitação à Secretaria Municipal de Saúde por meio do Departamento de Educação Permanente, setor que recebe os pedidos de autorização para pesquisa nas unidades de saúde. Mediante resposta positiva da secretária de saúde, iniciou-se o contato com a equipe com a qual foram abordadas as diretrizes do estudo e aceitas pela mesma.

Posteriormente o projeto se submeteu ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos/ UFSCAR, cumprindo,

portanto a Resolução CNS 196/96 (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto foi aprovado sob parecer de número: 72132. Seguiu-se a pesquisa de campo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, (APÊNDICE 2), foi explicado para os sujeitos, que aceitaram e assinaram-no concordando em participar da pesquisa.

# **4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

#### 4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As concepções e conceitos apresentados pelos trabalhadores foram apreendidas sob a luz do referencial teórico proposto, com enfoque nas categorias e subcategorias que são apresentadas no quadro consolidado abaixo:

**Quadro 1-** Categorias de análise das entrevistas realizadas com trabalhadores de uma equipe de SF do município de Araraquara-SP, 2012.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>		
<b>O processo de trabalho da equipe de SF e as relações de poder</b>	O trabalho na ESF	A relação de poder entre a enfermeira e a equipe de SF.	As relações da equipe de enfermagem e ACS com a enfermeira
<b>A ESF como cenário capaz de promover autonomia no trabalho da equipe de SF</b>	Grau de governabilidade do trabalhador sobre o seu trabalho	ESF: espaço fértil para ensejar relações mais democráticas no trabalho	
<b>Os desencadeadores de conflito presentes no trabalho da equipe de SF</b>	A recepção da unidade como local onde os conflitos ficam mais explícitos	Busca do ACS pela valorização do seu trabalho.	
<b>As soluções dos conflitos apontadas pela equipe de SF</b>	Desconstrução de assimetrias de poder		
<b>A Supervisão do enfermeiro como expressão de poder</b>	Ideário de supervisão na visão do enfermeiro	Como os profissionais da equipe de SF veem a supervisão	

Fonte: Elaboração da autora, 2012.

##### 4.1 O processo de trabalho da equipe de saúde da família e as relações de poder

Para identificação das relações de poder que são produzidas no cotidiano de trabalho no microespaço da equipe de SF, faz-se necessário analisar o seu processo de trabalho, que diz respeito ao modo como os trabalhadores pensam, se organizam, se relacionam e ofertam o cuidado em saúde.

Desse modo, essa categoria evidencia características identificadas no trabalho da ESF e traz alguns elementos para discussão do processo de trabalho da

equipe, que é permeado por processos de subjetivação, próprios das relações humanas e que são estabelecidas na cotidianidade. Tal processo é marcado por diversos ruídos, produzidos no próprio trabalho, os quais são representados pelas relações de saberes, afeições, interesses, desejos e poderes.

#### 4.1.1 O trabalho na ESF

A finalidade do trabalho é vista segundo os relatos sob o aspecto da prevenção, promoção do acesso, da informação e da melhoria das condições de vida da população:

*No trabalho [...] eu consigo sempre cumprir o objetivo que é tá facilitando o acesso [...] tá passando informação, é ser essa ponte de melhoria mesmo. (ACS 5).*

*Você pode trabalhar com aspectos humanos [...] não só com a razão, não poder se envolver em algumas questões [...] tem que se colocar no lugar das pessoas, tem que trabalhar com humanização e precisa um pouco disso, de se envolver com as questões do outro (ACS 5).*

Essa lógica aproxima-se do que preconiza a política de reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica (BRASIL, 2006). E, um dos instrumentos mais eficazes para alcançar esse objetivo, é apontado na última fala que é olhar por meio da lente do outro. Isso pode tornar o trabalhador mais permeável às necessidades dos usuários.

Nessa direção, Pires (2005) argumenta que é pela politicidade do cuidado, plantada biologicamente nos humanos, que estes se tornam seres solidários, comprometidos, éticos e capazes de protagonizar a construção de uma sociedade menos desigual.

*[...] O trabalho me completa até como ser humano (ACS 5).*

O depoimento acima oferece a possibilidade de enxergarmos o trabalho enquanto produção de saúde e do próprio trabalhador. O trabalho aparece como agenciador de uma força tal, que pode resgatar essa politicidade que reside nos humanos. Sendo assim, os trabalhadores da ESF podem intervir na sua realidade,

aconrados em uma dimensão ética, na qual produzem o trabalho numa perspectiva de transformação.

Dada a natureza de trabalho na saúde, os trabalhadores são considerados agentes sociais de um sistema de que produz resposta às necessidades humanas (CÉZAR-VAZ, 2009).

E, para essa produção, o trabalhador pode em muitos momentos fazer escolhas, ainda que existam procedimentos formatados e prescritivos, como por exemplo, os protocolos e as normas instituídas. O trabalho em saúde possui características próprias, as quais envolvem um conjunto de autogovernos em operação como apresenta o depoimento acima.

*A relação com as pessoas é boa, procuro fazer o meu trabalho sempre focado em tá trazendo algum benefício pra comunidade. Tudo que vem trazer benefício para a minha comunidade, eu vou atrás [...] faço questão de sempre ter parcerias [...] de tá lá dentro da associação [...] do CRAS [...]. Também faço parte do conselho da escola. [...] (ACS 1).*

O relato desse trabalhador evidencia a amplitude do significado que o trabalho tem, nesse caso, para o ACS. Ele imbuí-se de uma luta enquanto sujeito coletivo, que além de compor a equipe de saúde, é também morador no espaço de seu trabalho, desejanste de mudança e melhora de suas próprias condições de vida e da população que ele atende. Para que isso se concretize ele mobiliza outros aparelhos sociais locais e une esforços com o próprio usuário do serviço.

Refletindo sobre esse protagonismo dos atores que atuam na ESF Crevelim; Peduzzi (2005), argumentam que a equipe pode permitir-se ser acreditada pela comunidade, porque ela própria se vê como comunidade, usuário, cidadão, na busca por condições de vida mais saudáveis, melhores e mais integradas.

O trabalho na ESF apresenta uma dinâmica própria por envolver a equipe multiprofissional, na qual, cada um possui o seu núcleo de atuação, mas comumente esse é extrapolado. Alguns relatos apontam para isso, afirmando a insuficiência de cada categoria isoladamente, dar conta das expressivas demandas da saúde.

*Porque ninguém consegue tocar o serviço sozinho obviamente [...] no trabalho em equipe cada profissional tem uma atribuição diferente [...] isso é bom, facilita a rotina do outro, cada um tem uma atribuição*

*específica e ajuda o colega também, apesar de não ser sua atribuição, o que ele pode fazer acaba contribuindo pra função do outro (M).*

*O trabalho em equipe é um compartilhamento [...] a gente acaba fazendo tanta coisa a mais! (M).*

*[...] No trabalho em equipe, você acaba tendo eventualmente que extrapolar um pouco às suas atribuições. Tem coisas que podem se abrir para a equipe e outras que são próprias de cada um (D 2).*

*Me sinto como uma parte da equipe, fundamental aqui. Por que eu complemento um processo que o doutor realiza de atendimento, ele medica e eu complemento dispensando o medicamento ou orientando e também na parte de agendamento, as vezes precisa de um exame para confirmar um diagnóstico [...] eu agendo (AA).*

Pensando a partir dessa lógica, Franco; Merhy (2005) afirmam que o trabalho em saúde é sempre realizado por um trabalhador coletivo, considerando que o objeto do ato de cuidar é extremamente complexo.

Peduzzi et al (2011) argumenta que o trabalho em saúde é específico de cada área que conforma o campo da saúde e pressupõe articulação de diferentes processos, nos quais, cada profissional com sua ação parcelar possui objetos, saberes e instrumentos com finalidades próprias.

Colaborando nesse sentido, Gomes (1997) acrescenta que trabalhar interdisciplinarmente não se trata de desvalorizar ou negar nenhuma especialidade, ao contrário, possibilita a criatividade e a flexibilidade mediante as diferentes formas de pensar quando o que interessa é resolver problemas.

É primordial para o trabalho em equipe que os profissionais reconheçam a incompletude do seu trabalho sem a existência da contribuição do outro.

*O trabalho de equipe é um completar o trabalho do outro [...] se eu faço bem o meu trabalho e, o médico depende daquilo, o trabalho dele vai fluir melhor, o da enfermeira vai fluir melhor (ACS 5).*

A fala do profissional retrata bem esse trabalho sempre inacabado que opera de forma dinâmica, e deve guardar as diferenças técnicas ou especificidades de cada profissão e articular as intervenções por meio da integração dos vários atores envolvidos.

Entretanto, há um apontamento relacionado aos profissionais da odontologia que tem dificuldade de se integrar à rotina de trabalho da unidade, conforme evidenciam alguns sujeitos:

*A dentista falava pra mim: "Dentro do consultório eu sei o que fazer, mas na hora que abro a porta [...]. E aí, o que eu faço, como que vou ajudar fora do consultório; qual é o meu papel enquanto dentista fora do consultório? Porque a profissão dela é muito técnica, a vida toda trabalhou dentro do consultório (GTS).*

*Ainda eu percebo que a dentista não tá amplamente envolvida com a equipe [...] ela tem a atividade dela, mas estas atividades extramuros, ela não se propôs a fazer (M).*

*A saúde bucal faz parte da equipe, só que eles têm dificuldade de entender, por exemplo, nessa situação que a gente tá sem funcionário, a ASB fica lá sentada na sala, ela vai ter que mudar paradigma mesmo [...] não pode ficar [só] dentro do consultório, onde tiver problema e ela tiver desocupada, pode tá junto auxiliando [...] é uma coisa que não é de curto prazo, porque o dentista, foi criado pra ficar dentro do consultório em quatro paredes, eles não conseguem ainda se ver [como] membros da equipe (E).*

Outros relatos dão conta de que a falta de entrosamento dos profissionais da saúde bucal à equipe, talvez se deva ao processo de formação dos mesmos, que é pautada no modelo biologicista no qual não há abertura para o trabalho em equipe, uma vez que a concepção de saúde é reduzida, sendo portanto, a sua abordagem, também limitada. Os profissionais da saúde bucal tendem a se responsabilizar exclusivamente pelos problemas da boca, não estabelecendo conexões com as práticas desenvolvidas pelos demais trabalhadores constituindo-se em uma área separada na ESF.

*Elas não participam, talvez por causa da formação mesmo, é cultural [...] a dentista e a ASB tem essa dificuldade, de não sair do consultório (E).*

*[...] Como a boca sempre foi tratada de forma separada do corpo, talvez isso influencie que as ações mais individualizadas como a do dentista, tenham menor visibilidade dentro da equipe de saúde da família (D 2).*

*Conforme observado nessa investigação, os profissionais da saúde bucal, pouco circulavam na unidade, ficando a maior parte do tempo em atendimento no consultório, inclusive os usuários eram chamados na recepção pelo ASB demonstrando ser outro departamento dentro da unidade. Na reunião de equipe todos estavam presentes, entretanto em*

*nenhuma delas foi abordado algum caso envolvendo a odontologia ou manifestação de algum profissional da saúde bucal (DC).*

Krug et al (2010) identificaram em seu estudo que nas entrevistas com os próprios dentistas, foi perceptível o isolamento desses profissionais ao falarem de seu núcleo de atividade específico, muito mais do que do campo de atuação e, por vezes não são vistos integrados na equipe.

Boareto, (2011) afirma que esse distanciamento dos profissionais de saúde bucal em relação à equipe de SF, possivelmente se deva a inserção tardia dos mesmos nas equipes da ESF e a formação extremamente tecnicista que esses trabalhadores tem, dificultando a abordagem do indivíduo como um todo, e a interação como os demais profissionais.

Almeida; Mishima, (2001) pontuam que essa integração é um desafio para as equipes e, se esta fracassar, nos sujeitamos ao risco de reproduzir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado somente na recuperação biológica individual, com rígida divisão do trabalho e diferente valorização social dos diversos trabalhadores.

Pires; Gottens, (2009), destacam que o progresso alcançado pela (ESF), melhor se oportuniza na interação do trabalho de equipe, onde o cuidar é envolvido pelas diversidades de saberes que permeiam o lócus privilegiado de atuação da ESF, a comunidade.

Cabe aqui resaltar ainda, outra importante característica do processo de trabalho da equipe estudada, que diz respeito ao campo relacional que os envolve, marcado por um sentimento de cooperação e solidariedade.

*Aqui todo mundo tenta ajudar um ao outro, isso nós temos de bom aqui. Os técnicos e os ACS mais velhos principalmente, ajudam muito a gente [...] o médico ajuda a gente demais, com informações e a gente também tenta ajudar eles [trazendo] os problema que [vemos] com os nossos pacientes para a equipe (ACS 3).*

*[...] Me sinto muito bem no PSF [...] porque esse encaixe entre os funcionários e os ACS [...] Tudo é uma aliança, nós caminhamos lado a lado, somos paralelos. Me vejo solidária, se tô aqui, me pedem pra ficar lá [...] dou “uma mão”. [...] Você tem que se mostrar amiga, se não pede, eu me ofereço (TE 2).*

*Em relação ao médico, Se precisamos de um material para algum trabalho, ele passa o fim de semana e, quando chega na segunda-feira, ele é o primeiro a entrar aqui e [dizer]: “Tome o que você pediu” (ACS 3).*

*Se tenho alguma dúvida, pergunto as meninas que são mais velhas de casa, [as ACS], elas nos ajudam muito, nos auxiliam (ACS 4).*

*Já fiquei em farmácia, em recepção, até lavar o banheiro, já lavei (ACS 1).*

*Teve uma época que ficou eu, a outra ACS, ele o [médico] e o técnico de enfermagem nessa unidade, só nós quatro. E nós tocamos a unidade (ACS 1)*

*[...] Todo mundo se ajuda, [...] teve uma palestra com técnicos de enfermagem sobre puericultura [...] todo mundo trabalhou [...] O que não tava ali presente, tava cobrindo a recepção enquanto os técnicos estavam lá. Outro estava organizando as crianças, outro tá tirando foto, ajudando na palestra (ACS 2).*

*Eles [os técnicos] procuram muito ajudar a gente (ACS 2).*

*[...] Elas [ACS] estão aqui há nove anos [...] a gente se espelha muito [nelas], a gente troca informação, tira dúvida e procura fazer junto. A gente já fez o cronograma [de] palestras, a gente procurou fazer dupla pra um ajudar o outro [...] uma sempre complementa a outra. Somos parceiras (ACS 2).*

*[...] Nós nos ajudamos [...] uma é boa na informática, outra em caligrafia, outra é ótima em dar palestras [...] quando a gente vai fazer um trabalho, parece que foi uma só fazendo, de tão perfeito que fica (ACS 3).*

Dessa maneira, tomando o ato de cuidar enquanto gesto e atitude solidária, que tem como objetivo maior, a proteção, a segurança da vida, do direito e da cidadania, é possível evidenciar nas falas, certa mobilização interna que envolve vontade e disponibilidade por parte desses trabalhadores da equipe de SF, em aplicar-se no sentido de tornar concreto o trabalho, que tem uma finalidade própria, a produção de saúde.

Pires (2005) discute sobre as implicações que as ações solidárias têm, e considera que estas são revestidas de autoridade e, podem agenciar autonomias, com potencial de vir a reordenar poderes nas equipes de saúde.

Ferreira; Varga (2009) apresentam a cooperação como um instrumento, para que a equipe possa enfrentar o fazer em grupo, que exige uma construção coletiva das ações em saúde. Acrescentam também, que os elementos da equipe de SF

somente se abrirão para reconhecer o trabalho do outro, quando se congregarem, movidos pela cooperação e solidariedade entre eles.

Analisando o processo de trabalho do ACS, foi evidenciado um aspecto relevante para essa discussão que é a insegurança por parte de alguns profissionais dessa categoria, conforme depoimentos:

*[...] Depois veio a outra ACS [...] não dava muito certo, ela “dormia muito no ponto”, a gente tinha que ficar “chacoalhando” [...] depois vieram outras duas [...] elas não tem muita segurança [...]. Acho que elas têm dificuldade nisso [são inseguras], agora que elas tão fazendo esse curso [introdutório em PSF], quem sabe tenham mais [segurança] .Lembro que esse curso me ajudou muito (ACS 5).*

*[...] A gente sente falta de informação [...] tem que aprender [...] conhecer como é a rotina, o dia-a-dia [...] a gente precisa de orientação não só na papelada, mas as dúvidas que vem da rua. (ACS 3).*

A falta de confiança pode ser um fator limitante na atuação desse trabalhador, que pode resultar em dependência e, por sua vez inibir autonomias. Sugere-se que a insegurança tenha como pano de fundo, nesse caso, o enfrentamento dos limites postos, como o pouco conhecimento desse trabalhador a respeito de questões elementares do processo de trabalho que configura a ESF.

Portanto, conhecer para cuidar melhor, vigora aqui como necessidade premente para que as equipes ofereçam o cuidado, nesse particular o ACS.

O que compreenderia a dimensão conhecer para cuidar melhor?

Morin (1999) defende a idéia de que o conhecimento tem uma vocação emancipatória, de maneira que quanto mais se conhece e se compreende, mais se é capaz de, reconhecendo os limites do verdadeiro, dedicar-se à sua procura.

O conhecimento compreendido como forma natural de integrar-se a um mundo social e historicamente conformado, instrumentaliza conflitos e autonomias libertárias (MORIN, 1999).

Na fala a seguir, o entrevistado faz menção do conhecimento que tem a potência para libertar o fazer do trabalhador:

*Eu falo para as meninas [as ACS]: quando vocês tiverem certeza do que é o trabalho de vocês, não vão ter tanta dificuldade. [...] Eu aprendi*

*muito [...] depois do curso introdutório [em ESF] que eu fiz [...] exatamente o que é o trabalho do ACS. (ACS 1).*

*[...] Acho que elas [ACS] mais novas têm dificuldade nisso [são inseguras], agora que elas tão fazendo esse curso [introdutório em PSF], quem sabe tenham mais [segurança] (ACS 5).*

Dessa maneira, Inteirar-se dos princípios que regem a ESF, da política na qual ela está inserida, dos aspectos humanos que permeiam as relações e do processo de trabalho da equipe, faz-se necessário para construção de sujeitos cuidadores em saúde. Entretanto o que se percebe é uma preocupação exacerbada da equipe em executar os procedimentos resultantes da consulta médica e dos programas prescritos.

Pires (2005) aborda que na esfera do “conhecer para cuidar melhor” são visualizadas as semelhanças com a idéia do “poder-para”, como resgate da subjetividade do sujeito por meio do conhecimento. Esse é capaz de gerar movimentos, que envolvem a produção de interpretações, significados, críticas e modos de participar da realidade. Conhecer é acima de tudo, reconstruir a possibilidade de convivência e interação entre os sujeitos.

Ainda nessa abordagem acerca do conhecimento, ficou evidenciado que o ACS vê seu trabalho dentro de uma conformação que demanda sobremaneira o conhecimento técnico. Essa é uma expressão do quanto o modelo biologicista está presente e modela o trabalhador para atuar nessa lógica.

*Chego de manhã, coloco alguns papéis em ordem [...] são campanhas, busca ativa de gestante, dos idosos..., trabalhamos aqui dentro as nossas produções e preenchimento de algum papel. Nas VD eu costumo ir na minha prioridade, onde está minha gestante, meus hipertensos, meus diabéticos (ACS 3).*

*[...] A gente sente falta de informação [...] tem que conhecer como é a rotina, [sobre] puericultura e recém-nascido. [...] Eu não me sinto a vontade pra ir numa casa fazer uma visita para um recém-nascido sozinha, porque eu não vou ali só pra pegar os dados da certidão de nascimento. Acho que tem que ver o bebê, vê a mama [...] (ACS 3).*

O ACS aponta no seu processo de trabalho, as contradições que esse tem, que por um lado, segue a lógica da produção de procedimentos como demonstração do cuidado, como evidenciam as falas anteriores, por outro se mune de

outros saberes e tecnologias capazes de instrumentalizá-los para uma nova forma de fazer o trabalho, ainda que isso lhe custe o conflito e desconforto junto à equipe, conforme relata.

*Muitas vezes você tem que brigar, você tem que chorar [...] já chorei não querendo vir trabalhar [...] por essa falta de conhecimento do trabalho do ACS. (ACS 1).*

Parece que embora o ACS tenha que se expor a uma situação de desgaste em relação à equipe, demonstra persistência ao mobilizar forças que lhe permitam fazer o trabalho. O conflito de ideias nesse caso gera uma reação que produz motivação. Esse fato pode ser visto a luz de Deleuze, 1998 (pag.73) citado por (FERREIRA ; VARGA; SILVA 2009):

*“O que pode um corpo? De que afetos ele é capaz? os afetos são devires: ora eles nos enfraquecem, quando diminuem nossa potência de agir e decompõem nossas relações (conflito), ora nos tornam mais fortes, quando aumentam nossa potência e nos fazem entrar em um indivíduo mais vasto ou superior (realização)”.*

Talvez esse conflito demonstrado pelo ACS, seja uma tradução da relação do poder-saber, no qual esse profissional se vê na condição de exercer poder sobre a população por ele atendida por meio de um conhecimento que ele, em alguma medida detém. Isso pode ser evidenciado nas falas abaixo:

*Tivemos abertura como os jovens [nos] procurando para palestras, pra tirar dúvidas importantes [...] a gente expôs isso na reunião de equipe e o que a gente escutou foi isso: “Nós não temos tempo para fazer isso, não temos perna”. [...] Mas a gente se organiza, faz e dá certo [...] a gente se impõe e acaba fazendo. Tem aquele desgastezinho, mas a gente faz (ACS 2).*

Nunes et al (2002) admitem a existência de forma explícita ou velada de um conflito de poder que se instaura quando o ACS passa a dividir e, mesmo disputar o seu lugar de prestígio no seio da população com outros membros da equipe. Nesse caso, o fato de o ACS apropriar-se de conhecimentos tradicionalmente do domínio dos demais profissionais de saúde, pode produzir uma relação de poder envolvendo a ambos.

Em relação às evidências de pouca interação com a enfermeira, vejamos o que diz o ACS:

*Com o enfermeiro, o nosso contato é mais profissional. Não tenho liberdade com ela, talvez pelo pouco tempo que eu tenho aqui. Quando ela precisa saber de alguma coisa, de uma informação de um paciente, se é uma orientação, eu procuro por ela (ACS 3).*

*[...] No dia-a-dia ela é uma pessoa muito ocupada. Às vezes você fica duas, três vezes perguntando para enfermeira: Você tem um minuto pra mim, você pode me atender? [...] Às vezes a gente passa até semanas sem conversar [...]. A gente vai quatro a cinco vezes na sala e não consegue falar [...] com ela, [...] acho ruim [...] ela deveria ter mais tempo pra gente (ACS 3).*

*ACS diz para a enfermeira que precisa lhe passar o caso de uma cliente, ela responde que nesse momento vai se ocupar de fechar o banco de horas (DC).*

O não estabelecimento de uma relação dialógica entre a enfermeira e ACS pode significar barreiras também no atendimento à população, se considerarmos o papel desempenhado pelo ACS, de facilitador do acesso por meio da interlocução realizada entre usuário e equipe. Esse ruído na comunicação envolvendo os profissionais referidos, parece explicitar a distância existente entre o ACS e o enfermeiro, contrariando o que diz a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que coloca entre as atribuições do enfermeiro, o planejamento, o gerenciamento e a avaliação do ACS (Brasil, 2011). Obviamente, a falta de acesso do ACS em relação ao enfermeiro, além de deixar evidenciada a hierarquia verticalizada presente, pode favorecer o rompimento do elo representado na figura do ACS, desarticulando assim, as ações e silenciando a voz do usuário perante a equipe.

Sakata; Mishima (2012) pontuam que os trabalhadores da equipe de saúde precisam atentar para as diferentes formas de comunicação entre ACS e equipe na perspectiva da interação na qual as necessidades das pessoas são trazidas. Afinal, o ACS também compõe a comunidade e a proximidade que tem com esta, torna-o um porta-voz na equipe.

As atividades burocráticas desenvolvidas pelo enfermeiro, tais como: o controle de ponto, de materiais e impressos, intercorrências envolvendo recursos humanos, comunicação com a secretaria de saúde e coordenação de atenção à saúde e, atendimento às solicitações dos usuários, inerentes à gerência da unidade, acabam distanciando esse profissional daquelas atividades que lhe competem (JONAS;

RODRIGUES; RESCH, 2011), nesse caso poderíamos citar, a maior convivência com o dia-a-dia de trabalho do ACS e uma prática mais comunicativa com os mesmos em conformidade com o que está previsto pela PNAB.

Lanzoni; Meireles (2011) argumentam que essa ausência referida do enfermeiro, pode trazer desmotivação, insegurança e desorganização, reconhecendo a participação desse profissional no preenchimento de lacunas do conhecimento num enfoque mais interdisciplinar e integrador.

Analisando de forma mais detidamente o processo de trabalho da enfermagem é possível verificar a existência de um conflito de papéis, na equipe.

*[...] Quando nós chegamos vamos pegando [...] todo o pessoal por ordem e, na bancada já vamos triando. Quem deveria triar seria mesmo a enfermeira, porque não cabe a nós triar quem tá com tanta dor, quem não está. Na verdade (a secretaria) passou um e-mail que era para o enfermeiro fazer o acolhimento. Em alguns PSF o enfermeiro quem faz, aqui ainda somos nós os técnicos. Algum caso esporádico a gente até passa pra enfermeira, porque o COREN respalda à ela. Como auscultar um pulmão, que é a consulta de enfermagem, que não cabe a nós. Um negócio assim mais invasivo é o enfermeiro (TE 2).*

Parece haver uma cobrança por parte do profissional de nível técnico, em o enfermeiro assumir um lugar de maior responsabilidade no cuidado, como o acolhimento da população. Uma vez que ele, enquanto técnico, não se sente preparado e nem respaldado pelo órgão de classe para realizar essa parte do processo.

O técnico de enfermagem depõe que essa organização do trabalho envolvendo a forma como tem ocorrido o acolhimento do usuário na unidade, não foi discutida nem pactuada na equipe. É pontuada como uma imposição que inclusive se contrapõe ao que é colocado pela gestão central, a secretaria de saúde local.

*Um técnico de enfermagem me diz: Você vê com significação estressante para nós técnicos ficarmos no acolhimento? Somos nós que temos a responsabilidade de comunicar aos pacientes se os mesmos vão passar ou não por consulta médica nesse dia ou nesse período, é muito complicado pra nós, esse papel deveria ser da enfermeira [...] mas é imposto pra nós (DC).*

Um estudo revelou que o acolhimento na AB apresenta-se permeado por conflitos éticos que suscitam do dia-a-dia das ações nos serviços de saúde (BREMER;

VERDI, 2010). As mesmas pesquisadoras apontam que a falta de profissionais nas equipes de saúde para organizar a oferta mediante a expressiva demanda, é parte desse conflito, que se instala e reflete negativamente nos trabalhadores, pois a exaustão, o cansaço e a incapacidade de atender a todos os usuários e cumprir com todas as exigências do Sistema tornam o profissional insatisfeito. Como o trabalhador – pensará na satisfação do usuário se ele não tem respaldo no exercício de sua profissão?

Há no depoimento da enfermeira, evidências de um grande descontentamento na equipe pela insuficiência no número de funcionários. Embora algumas ações sejam compartilhadas entre todos, àquelas que são próprias de determinadas funções ficam a desejar.

*Porque numa equipe, um contribui com o outro, mas a gente não tem um quadro de funcionários adequado [...] no momento eu acho que tá muito conflitante, porque se não tem uma equipe adequada, com um número de funcionários, cada um no seu espaço ! [...] (E).*

*Então é assim, ou eu vou fechar relatório ou eu vou pra recepção, você viu as discussões que a gente tá tendo, o técnico tá cansado, o outro tá cansado, eu tenho as minhas coisas pra fazer como enfermeira! [...] (E).*

A despeito do cenário apresentado acima, é importante salientar que o processo de trabalho dos sujeitos que compõem a equipe de enfermagem sinaliza algumas mudanças expressas, tais como, a flexibilidade na operacionalização das ações permitindo que todos façam tudo, resguardando as fronteiras de cada um.

*No trabalho em equipe é favorável o fato de fazer de tudo, não tem aquela coisa de escala, na unidade de saúde da família é você e mais um ou mais dois, então você faz tudo, isso é cansativo também, mas é interessante [...] porque na UBS [tradicional] cada um tem o seu lugarzinho, a sua escala (TE 1).*

Essa nova maneira de produzir o trabalho, carrega a fertilidade para significativas mudanças, uma vez que o trabalhador para operar sob esse novo olhar, tende a flexibilizar a rígida divisão do trabalho. Caso contrário, ele se sujeita ao isolamento que o torna alijado das possibilidades de exploração de novas fronteiras na dimensão cuidadora.

Fortuna et al (2005) corroboram nessa direção, argumentando que o potencial transformador que reside na ESF, perpassa fundamentalmente pela mudança no jeito de trabalhar. E, pela reorganização das práticas, que a estratégia pode ensejar (PIRES; GOTTENS, 2009).

#### 4.1.2 A relação de poder entre a enfermeira e a equipe de SF

O relato aponta para o poder atribuído à enfermeira que segue as linhas de autoridade embutidas nas estruturas hierárquicas que compõem a organização do trabalho da enfermagem:

*Historicamente a enfermeira sempre foi a pessoa mais influente, a mais marcante, [que] toma as decisões mais veementes, não que ela [tenha] a palavra final, mas é a que tem a vocação de levar, trazer os problemas e tentar buscar soluções. No funcionamento do posto, nas atividades de cada um, até da minha [atividade], de certa forma ela acaba influenciando. Os fluxogramas de uma patologia, de exame [...] a secretaria manda geralmente por e-mail para equipe, mas inicialmente essas orientações chegam na mão da enfermeira, aí ela me passa [...] no fluxograma quem vai fazer o quê e como, acho que ela tem um grande poder nesse tipo de determinação (M).*

O profissional médico vê a enfermeira como a pessoa que mais influencia a equipe. Essa vocação do enfermeiro para resolver problemas, conforme o mesmo profissional revela talvez se deva a maior aproximação que a enfermeira tem da dinâmica da unidade. Outros relatos tendem para esse apontamento.

*Sempre fiz tudo, supri todas as necessidades da equipe, pleiteando, resolvendo questionamentos que nem eram de minha competência (E).*

*Quem mais influencia a equipe é a enfermeira, porque ela organiza os ACS, ela manda cota [de exames] [...] Ah, a enfermeira, tem um monte de função (ASB 2).*

*A enfermeira é muito responsável no que faz, ela entende muito do que faz (ACS 5).*

*A enfermeira é a pessoa que é mais crítica, ela sempre vê um pouco mais adiante (ACS 5).*

Parece que a visão geral que o enfermeiro tem acerca do processo de trabalho que envolve a equipe, constitui-se como uma prática de poder constituída e legitimada pela própria equipe.

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

*É tanto que as reuniões de equipe sem ela não fluem muito bem, porque ela tem uma postura [...] não digo autoritária, mas é mais determinada pra resolver algumas situações [...] que [outros] protelam, deixam para outra época (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).*

Essa posição de decisão ocupada pela enfermeira e possivelmente validada pela equipe pode ser a demonstração de centralização e exercício de poder na e sobre a equipe. Como construir um trabalho em equipe em conjunturas como essa que se apresenta em que prevalece o comando de um em relação aos demais?

Por outro lado, pode se presumir que uma apatia e inércia pode circular a equipe, que por sua vez permanece nessa “zona de conforto”, ou seja, não desejante de se co-responsabilizar pelos problemas apresentados, preferindo muito mais o silêncio à fala que questiona e produz, nem sempre a tranquilidade, mas o conflito.

*Na abertura de caixa de sugestão da população para unidade, surge uma queixa de usuário que se referia à enfermeira como “grossa” e “mal educada”. A enfermeira por sua vez se defende dizendo que não vai mais se pronunciar sobre algumas coisas, pois na equipe ela é sempre considerada a “bruxa” (termo dela). (DC).*

Observa-se que o fato de se posicionar frente à população e receber uma avaliação não satisfatória por esta, a enfermeira se sentiu exposta e propõe se calar

para defender-se. Porém, essa seria uma oportunidade de reflexão desse profissional e também da equipe, na direção de se perguntarem sobre o lugar de cada um dos elementos nesse cenário tão produtivo: de tensões, de conflitos e de atos cuidadosos como resposta às necessidades do usuário.

Matumoto et al (2005) argumentam que é preciso perceber o lugar que o trabalhador ocupa na relação trabalhador-usuário e o lugar que é reservado ao usuário, tornando oportuno refletir sobre as implicações desse contato.

Pode se observar também que existe um jogo de disputa em que os membros da equipe individualmente, buscam a sua valorização ou lugar de maior visibilidade junto ao usuário, quando essa posição por algum motivo, é percebida como ameaçada, uma relação de forças pode se instalar entre a equipe.

O depoimento abaixo retrata um lugar que a enfermeira ocupa e que parece de certa forma levar a equipe à subordinação. Ao apresentar soluções imediatas para as situações, a enfermeira é referida como portadora de um “agir rápido”. Isso pode representar a indispensabilidade da enfermeira e, inclusive possibilitar que esta cristalize poderes sobre a equipe.

*A enfermeira é essa pessoa que tem influência, um agir rápido, que traz esse impacto na equipe. A maioria das ideias sai dela. Então se você tiver que falar de algum problema é com ela; se o médico tem algum problema imediato [emergente] ele fala com ela; as agentes comunitárias também é como se fosse uma referência. Eu por exemplo, primeiramente eu vou nela [...] a forma como eu vou atuar depende da opinião dela (TE 3).*

Essa posição ocupada pela enfermeira, de referência da equipe como evidencia o relato acima, coloca-a também, numa condição de responsável por evidenciar certos movimentos conflitantes no interior da equipe. Afinal, o trabalho e as relações que nele se originam nunca são um espaço de neutralidade, ao contrário, guardam uma dinâmica efervescente inerente ao ato intercessor da produção, nesse caso da produção em saúde.

*É a enfermeira quem exerce mais influência na equipe. É complicado isso. Ela é um mistério pra mim. Ela motiva, cobra, consegue sensibilizar e conscientizar a equipe [...] mas também às vezes ela “acaba” com a equipe. É uma relação de amor e ódio, engraçado isso, por exemplo, em qualquer coisa, a equipe, o médico, os ACS, os técnicos, todos sentem a falta e a necessidade dela. (GTS).*

*A enfermeira é a pessoa que é mais crítica, ela sempre vê um pouco mais adiante, uma coisa que não vai dar certo, que não vai “ter perna” [imprevistos] então muita coisa a gente deixa de fazer [...] o dia que ela chega e quer fazer alguma coisa é em “dois palitos” (ágil), ela já move “mundos e fundos”, quando ela não quer também [...]. Acho então que é ela mesma, [que mais tem] influência, tanto positiva quanto negativa (ACS 5).*

Estes relatos nos faz pensar sobre a subjetividade produzida nas relações que se estabelecem nos seios da equipe, sobretudo nas relações de poder que circulam por meios dos discursos e das práticas no cotidiano de trabalho, constituindo-se em subjetividades inerentes ao ato de produzir o trabalho em saúde.

A forma como os sujeitos se relacionam com o mundo para moldar suas condutas, desdobra-se na produção de subjetividades, formando sujeitos singulares. Estas são constituídas por meio de práticas heterogenias que constroem os indivíduos de múltiplas formas (FOUCAULT, 2004).

Mais do que relacionadas à como o indivíduo é constituído, as formas de subjetividade são uma expressão de como, por meio das relações do poder, o sujeito se relaciona com mundo. A subjetividade remete à experiência de sermos sujeitos, no duplo sentido da palavra (aquele que é submetido e aquele que realiza a ação), em cada tempo e em cada contexto (RAMMINGER; NARDI, 2008).

Constituímo-nos como sujeitos que ocupam diferentes posições nas relações de poder (FOUCAULT, 2004,1995). O poder não está fixo em nenhum ponto de toda a estrutura social, ao contrário se faz por meio das práticas sociais, não pode ser possuído, somente pode ser exercido por meio das relações. O poder é um exercício de múltiplas sujeições que funciona em rede (FOUCALUT, 1995).

Nessa direção, é possível olhar para as relações de poder existentes na equipe de SF na perspectiva de buscar entender essa mobilidade de forças que se alternam no interior da equipe, atravessando todo o corpo, ora presente na prática do enfermeiro e, por vezes exercido por qualquer um dos membros da equipe. O relato abaixo evidencia essa provisoriedade do poder que permitiu a permanência da opinião de um sujeito, que influenciou a equipe num dado momento até que novas situações surgissem, demandando novas ideias e posicionamentos.

*Trouxeram um problema de um cliente, eu dei uma opinião e, acataram. Durante um bom tempo funcionou, depois teve que mudar (risos). Aí veio outra pessoa com outra opinião e já complementou aquilo que foi feito (TE 3).*

As falas a seguir ilustram bem essa desapropriação do poder como um objeto fixo ou sediado em alguém, ao contrário, é um regime de correlações de forças que circulam, sem possuir um fluxo único, sem simetria aparente. O poder está em toda parte; não porque abarque tudo e sim porque surge em todos os lugares (FOUCAULT, 2001, 1989).

*Poder é você ter condições de influenciar as pessoas [...] não tenho o poder total, não sou quem manda e desmanda [...] as pessoas que tã em minha volta tem o poder delas também. [...] Poder todo mundo tem, uns mais, outros menos (ASB 1).*

*A gente “bate de frente” com a coordenação (ACS 1).*

*[...] Eu venho, eu brigo mesmo (ACS 1).*

*Todo membro influencia, todo mundo tem alguma coisa pra colocar/incluir numa equipe, nenhum [elemento] fica fora (ASB 2).*

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

*Muitas vezes não tenho o mesmo ponto de vista que o profissional que está aqui dentro [da unidade] [...] consigo mostrar pra ele que não é aquilo, [como] tá pensando, ele tem que ver o outro lado, outro aspecto (ACS 5).*

*[...] Várias vezes eu tive que “bater de frente” (ACS 5).*

*Vou ser sincera, ela [enfermeira] só não manda em mim (D1).*

Os depoimentos explicitam que o poder como prática, em algum momento durante o processo de trabalho, se moveu de algum lugar para alguma direção, por meio dos argumentos e discursos produzidos, das atitudes e dos enfrentamentos entre os vários sujeitos da equipe. Evidencia-se uma contraposição ao poder instituído.

A transitoriedade do poder permite que ele perpassasse por toda a equipe, não como uma força opressora que apenas limita os agires e fazeres, mas exatamente por não ser fixo nem concebido como uma propriedade é que ele pode se apresentar

como possibilidade de liberdade, que mobiliza os atores desse cenário, na direção do transbordamento de sentidos que envolve o cuidado.

Se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil; se ele é forte, é porque produz efeitos positivos no nível do desejo (FOUCAULT, 2000).

Diante dos depoimentos acima, conjectura-se que além dos movimentos do poder presentes na equipe, as relações conflitivas, as contradições e contraposições também marcam o universo de atuação desses sujeitos ao se articularem para produzir cuidado, desse modo, analisa-se a face positiva do poder.

No entanto, constatou-se que há uma relação de poder mais fortemente estabelecida entre a enfermeira e a equipe. Com base nas falas analisadas, a enfermeira ocupa um papel mais central na dinâmica da equipe, inclusive como reguladora do processo de trabalho vivenciado.

*As pessoas respeitam muito a opinião do médico aqui na unidade, mas a enfermeira também [...] ela praticamente é a pessoa a ser consultada em relação a uma nova demanda, geralmente as pessoas querem saber a opinião da enfermeira (D 2).*

*A enfermeira chefe, quem comanda [...] ela tem a forma dela de trabalhar, então influencia, passa os comandos pra equipe, pra gente [...] (ACS 4).*

Parece que em relação à enfermeira, há por parte da equipe, uma expectativa gerada a partir da forma como essa profissional se coloca, mediante as situações apresentadas no cotidiano de trabalho, de algum modo ajudando a equipe a (re) descobrir outras possibilidades de fazer o trabalho para resolver os problemas.

Poderia se pensar que essa disponibilidade da enfermeira situaria na dimensão da ajuda-poder, estudada por (PIRES, 2005), em que a ajuda sendo poder, atua por meios camuflatórios para manter-se forte. Pois quem ousaria duvidar daquele que está ajudando o outro?

Pires (2005) apropria-se do conceito de *poder elegante* proposto por Gronemeyer (2000), no qual, o mesmo argumenta que esse disfarce do poder jamais é identificado como tal. É uma forma de calar os subordinados sem deixar que eles

sintam o poder que os dirige. O poder elegante não força, não usa de violência, simplesmente ajuda.

*Com a [enfermeira] eu procuro ser profissional [...] eu gostaria que fosse mais amigável [...] de a gente ter mais liberdade. [...] Ela é a enfermeira e eu sou a agente comunitária. Eu gostaria que ela fosse mais aberta nesse sentido (ACS 4).*

*[...] Sinto uma barreira entre enfermeira e agente comunitário de saúde [...] [sinto] Inferioridade. [...] Sou assim [...] pouco em falar [...] evito o máximo [falar], com medo de tudo gerar uma “chamada de atenção” [...] do jeito que eu faço nunca tá bom, nunca tá certo, então não faço mais [...] (ACS 4).*

Pode se depreender desse discurso, que estão presentes nessa relação, alguns ruídos na comunicação, com indícios de uma relação verticalizada de poder permeada pela divisão social do trabalho. Ao expressar que evita falar por temer uma reação mais dura do outro, o trabalhador evidencia que o seu silenciamento em muitos momentos, também guarda uma correlação de forças.

Malta; Merhy (2003) apresentam na micropolítica do trabalho em saúde, um conceito de ruído, que diz respeito aos processos silenciosos nas relações entre os agentes.

Fazer intervenção nesse processo representa buscar novas possibilidades, que somente é possível, quando acontece a escuta dos ruídos no dia-a-dia de trabalho, o que significa abrir novas <sup>3</sup>*linhas de fuga*, ou seja a busca pelo entendimento (MERHY, 1997).

Cecílio (2005) avalia a possibilidade de tomar o conflito presente nas organizações e unidades de saúde, como objeto de gestão, a partir da auto-análise dos atores envolvidos na situação conflituosa, para que compreendam melhor a dinâmica do conflito. Esse movimento pode se abrir para novas configurações nas relações entre os trabalhadores, inclusive para a revelação de conflitos silenciosos, que o autor chama de ruído.

<sup>3</sup> A partir da obra de Deleuze; Guattari (1995) o conceito de *linhas de fuga* é desenvolvido por Merhy (2004) ao discutir o autogoverno que o trabalhador de saúde tem para buscar alternativas para fazer o trabalho, escapando daquilo que está posto (instituído).

*A enfermeira é a pessoa que é mais crítica, ela sempre vê um pouco mais adiante, uma coisa que não vai dar certo, que não vai “ter perna” [imprevistos]. Muita coisa a gente deixa de fazer (ACS 5).*

Na fala acima, o entrevistado destaca a enfermeira como o profissional mais crítico da equipe, em função de o mesmo se antever a possíveis dificuldades, presentes na rotina diária dos trabalhadores, como limitações do mundo do trabalho. Seria, portanto razoável dizer que se trata de uma postura proativa no trabalho de equipe. Por outro lado, o mesmo profissional admite que essa conduta pode limitá-lo em suas ações.

*A enfermeira tem poder como chefe aqui da unidade, tem certo poder de cobrança, de impor [...] ela tem que ter uma postura mais de líder mesmo, mas junta com o jeito dela de ser [...] isso soa ríspido para cobrar, conversar [...] (AA).*

*Todas as pessoas são diferentes. A enfermeira tem o jeito dela de ser, tem uma personalidade mais forte (TE 2).*

*É um tipo de comportamento que ela [enfermeira] apresenta, mas é uma coisa espontânea, é uma coisa assim, que as vezes ela não consegue segurar. Mas dependendo da forma que for abordado, ela consegue entender e repensar a situação. Como é que vou colocar? [...] Nesse pequeno destempero, ou descontrole que ela tem em algumas situações, ela volta atrás, pede desculpas; mas eu sinto assim, que a equipe tem confiança nela, tem confiança no trabalho dela (GTS).*

Diante dos depoimentos acima, talvez seja possível sugerir, que existe um componente individual no que diz respeito ao modo de agir da enfermeira que dialoga com o seu “arquivo” pessoal, sua maneira de perceber o trabalho e até mesmo de situar seu papel na equipe. Outra abordagem acerca da relação desse profissional com a equipe é manifestada como relação de afinidades em alguma medida, conforme evidencia o relato:

*O poder, é uma coisa muito forte, particularmente posso fazer parte da equipe, partilhar com a equipe as minhas angústias, sugerir as coisas [...] mas eu não diria ter poder sobre a equipe. Aqui a gente não tem poder nenhum, tem é iniciativa, tem 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. Se eu tiver que pedir pra alguém uma VD, [por exemplo], não vou mandar, eu solicito (E).*

Fortuna et al (2005) argumentam que o trabalho em equipe na saúde tem como uma de suas características fundantes as relações interpessoais, que inclui entre outras os desejos e afinidades.

Scherer; Pires (2009) trazem a questão das afinidades pessoais como condição que parece influenciar a ocorrência da interdisciplinaridade na equipe de SF. Assim, a questão da afinidade, que figura no campo da micropolítica do trabalho, não pode ser negada quando pensamos nas interconexões realizadas pelos trabalhadores.

O trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas que vai criando espaços para as afinidades (MERHY, 1997, 1998).

Outra análise do relato acima se faz necessária quando o profissional propõe a expressão “iniciativa” ao invés de “poder” para falar da relação com a equipe, somos levados a sugerir que esse primeiro termo, traz a conotação de ações ou atitudes tomadas espontaneamente, por alguém que está imbuído de fazer proposições, que de alguma forma, funcionará como mobilizador de certos movimentos na equipe.

Por outro lado, quando a enfermeira faz referência ao partilhamento de suas angústias com a equipe, pensa-se na cumplicidade e na solidariedade tão necessárias para o trabalho em saúde. Refletindo sobre essa atitude, podemos recorrer ao que diz (PIRES, 2005) ao analisar a subjetividade presente nos processos humanos, a qual nos faz seres camuflados, capazes de histeria e possessão, mas também singulares, complacentes, generosos e almejantes de tranquilidade.

Entretanto pode se depreender ainda da fala da enfermeira a existência de uma contraposição em relação ao colocado por elementos da equipe em falas anteriores.

Assim, podemos tomar ainda, outros depoimentos da enfermeira, como base para analisar a relação de poder com a equipe de SF, a partir da sua trajetória profissional na atenção básica:

*O enfermeiro em geral [...] vou falar prefeitura desse município, que quando eu entrei, fui criada [...] [diziam] que eu era chefe, era coordenadora, que eu mandava até nos médicos. Que eu que tinha que ver e “fechar” o ponto de médico, e isso foi durante muitos anos. Quando*

*eu vim pra USF, ainda ficou assim, depois de um tempo, isso foi desmistificando, hoje 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 do município, todas as enfermeiras tem 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 ele não existe... Eu não mando nada aqui, entendeu? Às vezes, assim, eu converso, eu troco idéia, pergunto se o pessoal tem disponibilidade, mas não falar: “você vai fazer tal coisa” [...] (E).*

Nos discursos acima, a trabalhadora evidencia que no seu entendimento, quando se trata de analisar as relações de trabalho na atenção básica, a ESF oportuniza menor verticalidade no processo de trabalho, por ter o foco de atuação na equipe. Completa, que no modelo tradicional, a enfermeira trazia nas suas atribuições institucionais, o poder de mando e de fiscalização, que aos poucos vem se desmistificando sob um novo olhar, balizado pela troca e pelo diálogo. Embora seja esta a fala da enfermeira, os depoimentos dos demais componentes da equipe, apontam que ainda não é muito expressivo esse movimento em torno da desconstrução das assimetrias de poder, apesar de serem percebidas algumas mudanças, como exemplo, o posicionamento de alguns integrantes da equipe, na tentativa de resistir às ações dominadoras.

Almeida; Mishima (2001) argumentam que a proposta da ESF, pode possibilitar a abertura de espaço para essa construção de maior horizontalidade e flexibilidade dos poderes entre a equipe de trabalho.

*É muito complicado trabalhar em equipe, porque são pessoas que pensam diferente, tem objetivos diferentes, é uma luta, é “um leão que a gente mata por dia” pra poder romper esses problemas. É muito difícil a gente fazer com que as pessoas entendam o objetivo (E).*

A descrição do trabalhador em relação ao significado do trabalho em equipe dá mostra do peso da proposta da ESF como reorganizadora dos processos de trabalho na AB. Entende-se desse modo, que a proposição que envolve contar com a diversidade sob vários aspectos, por meio da equipe multiprofissional, insere-se num

campo de lutas contínuas, que requer vencer “gigantes” nessa conjuntura, no sentido das relações que se estabelecem.

Dessa forma, conforme evidencia o relato anterior, a cotidianidade do trabalho em equipe, impõe grandes desafios para os sujeitos em atuação, dentre os quais a compreensão do objetivo do trabalho, que segundo Peduzzi (2011), busca assegurar o compromisso das equipes com o projeto institucional e com as necessidades de saúde dos usuários.

Campos (2000) argumenta que esses objetivos são distintos e configuram tensões, que por um lado, inclinam-se às necessidades de saúde dos usuários e, por outro, estão ligados à sobrevivência dos trabalhadores e do serviço. Portanto, os objetivos tanto em disputa como em pauta, podem funcionar como recondução das ações em diferentes direções (FORTUNA, 1999).

Para que ocorra o trabalho em equipe, é necessária a revisão da rede de micropoderes e da materialização daquilo que está estabelecido, de forma a desvelar o explícito e o implícito dos papéis assumidos e concedidos e dos objetivos em disputa no serviço.

É necessário promover a participação e a interação dos trabalhadores em sua dinâmica com base na argumentação crítica e fundamentada, em direção à finalidade do trabalho em saúde e dos objetivos do serviço (PEDUZZI, 2011).

Não se propõe nesse momento, fazer uma síntese das relações estabelecidas entre a enfermeira e equipe, no entanto o que pode se depreender dos discursos apresentados diz respeito ao modo como na ESF os atores se articulam, agem a partir de seus saberes próprios, (re) significam, desejam e protagonizam o fazer no microespaço da equipe de SF.

Nesse cenário, argui-se que a produção do trabalho vivo em ato na saúde é sempre conflituosa e oferece diversas possibilidades de desdobramentos, como o conflito, que pode ter como consequência, o aprisionamento e a neutralização da capacidade de mobilização dos sujeitos, mas inegavelmente pode ser uma via propícia para fortalecer autonomias.

#### **4.1.3 As relações da equipe de enfermagem e ACS 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, quer seja em termos de conhecimento técnico, administrativo, ou até mesmo, de como atender a população na proposta da ESF:

*Muito do que sei hoje, do meu desempenho, eu 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, não é fácil isso (TE 3).*

*Todas as pessoas são diferentes. A enfermeira tem o jeito dela de ser, tem uma personalidade mais forte, só que eu entendo o lado dela como enfermeira também, eu sei das responsabilidades dela, sei das minhas e, as dela são mais ainda. Eu gosto de atuar com ela, porque é bem responsável, é organizada, se preocupa com os programas, com as famílias, com as pessoas que vem aí pra ser bem acolhidas (TE 3).*

*Ela [enfermeira] como iniciou o Programa Saúde da Família aqui, passou a saber muito, ela já me passou bastante a experiência dela, eu gosto muito da enfermeira (TE 3).*

*É uma ótima enfermeira, quando saio daqui falo pra todo [isso], não posso mentir. Ela tem uma capacidade muito grande, sabe muito trabalhar, muito organizada. Se você falar: “eu queria aquele papel assim” [...] ela vem aqui nas pastas, ela tem tudo “redondinho”, bonitinho (TE 1).*

*[...] Com a enfermeira [...] o que dá pra colher de coisas boas, que ela pode passar! [...]. Aprendi muito com ela na parte de organização, de técnica (ACS 1).*

Nas falas anteriores foram atribuídas algumas qualidades à enfermeira, que estão relacionadas ao modo como a mesma se coloca para a equipe, no sentido de partilhar informações e experiências, com o objetivo de buscar apoiar a equipe e manter determinadas condições de organização interna da unidade, para atender a população.

Pode se dizer que o trabalho em equipe carrega a riqueza da troca de experiências e informações, como possibilidade de compartilhar e multiplicar o conhecimento, para a autonomia dos sujeitos, na direção do poder-fazer.

De acordo com o estudo de Assad; Viana (2005), o enfermeiro aprendendo por meio da prática, refere que em situações informais na equipe acontece um tipo de modalidade de aprendizagem rápida envolvendo troca de informações,

conhecimentos e saberes. Desse modo, esse profissional aprende a cuidar da população e, também das rotinas da unidade, da política da instituição, das relações de poder existentes, dentre outras competências e habilidades que surgem do cotidiano de trabalho.

*A enfermeira tem o jeito dela de ser. Ela cobra muito da gente, mas a cobrança ai, é um meio até de a gente vê como tá o nosso serviço. Às vezes eu questiono o porquê da cobrança e, o interessante disso é que muita coisa dá pra eu corrigir (TE 3).*

*[...] Às vezes sou eu quem deixa a desejar por algum motivo ou alguém, então a gente tem essa cobrança de um com o outro, para nossa melhora mesmo. (TE 3).*

No primeiro relato apresentado, a cobrança do enfermeiro em relação à equipe é vista e traduzida pelo trabalhador, como parte de um processo de auto-análise, em que todos devem se perguntar continuamente, como está sendo produzido e ofertado o cuidado no seio da equipe. Nesse caso, a equipe apresenta a enfermeira, como o elemento que mobiliza esse processo.

Seguindo essa linha de raciocínio, Matumoto et al (2005), ao discutirem sobre os processos de auto-análise e auto-gestão nas equipes de SF, referem que tais processos tratam de avaliar qual a direcionalidade que o trabalho tem assumido e, se o resultado colhido está de acordo com a finalidade para a qual aquela equipe foi formada, num constante movimento de ir e vir.

Nesse sentido, o último relato do trabalhador acima, reflete a necessidade de cada um dos elementos da equipe, habituar-se a repensar suas práticas, seu protagonismo, avaliando suas potencialidades e fragilidades e, se posicionando como co-responsável pelo cuidado ofertado ao usuário.

*O meu relacionamento com ela [enfermeira] é bom, a gente se entende bem, embora várias vezes eu tive que "bater de frente" [com ela] [...] mas o meu relacionamento de uma forma geral é bom, porque eu bato "de frente", senão eu seria uma pessoa muito deprimida, talvez [isso se deva] ao tempo de convivência que eu tenho [com ela]. (ACS 5).*

O ACS relata que o fato de poder conflitar com o enfermeiro, lhe dá a possibilidade de convívio com o mesmo, de outra forma ela seria anulada em seu direito de expressão. Desse modo pensando na politicidade do cuidado como tendo caráter

capaz de romper rígidas estruturas, poder-se-ia dizer que o conflito gerado no ato de cuidar oferece tanto o potencial para a tutela e subjugação de sujeitos, como forja processos emancipatórios.

Nessa vertente, Pires (2005) argumenta que é precisamente pela politicidade, que o cuidado pode se tornar emancipatório ou desconstrutor das próprias estruturas que o subjugam.

#### **4.2 A ESF como cenário capaz de promover autonomia da equipe de trabalho**

Nessa categoria toma-se como base, as características do processo de trabalho da equipe investigada, para discutir em que medida, o cuidado que acontece nesse processo, acena para a ESF como agenciadora na construção da autonomia dos trabalhadores, que operam nesse cenário. Esse é marcado pela ambiguidade, ora (re) inventando novas maneiras de produzir o cuidado em saúde, abrindo assim, brechas para que os sujeitos tenham criatividade e liberdade em suas ações, ora reproduzindo o modelo prescritivo e biologicista, que por vezes encerra no aprisionamento, tutela e alienação desse trabalhador.

##### **4.2.1 Grau de governabilidade do trabalhador sobre o seu trabalho**

A análise evidenciou que existe uma abertura proporcionada pela ESF para uma autonomia do trabalhador, gerada pelo autogoverno que esse tem sobre o seu trabalho, lhe permitindo em certa medida, fazer a gestão do cuidado.

*[...] Em relação à equipe [...] a gente tem algumas dificuldades [...] pelo modo de ver o que é o trabalho do ACS [...] Eu não perco oportunidades. Se eu tenho que entrar na escola, eu vou, se eu tenho que juntar os adolescentes na rua, eu ajunto [...] outros membros da equipe, acham que isso não tem nada a ver com o trabalho (ACS 1).*

Esse discurso mostra uma apropriação do trabalhador, de novas ferramentas para realização do trabalho, redirecionando-o para um modo de cuidar que extrapola o modelo biomédico vigente e, sinaliza para a intersetorialidade, princípio fundamental para o cuidado. Esse novo fazer, por vezes é motivo de incômodo para

aqueles que concebem o ato cuidador, preso às prescrições normativas conforme o trabalhador relatou.

Esse autogoverno evidenciado, dá a abertura para que o ACS alcance outros espaços sociais para o cuidar em saúde, no entanto nem sempre são reconhecidos pela equipe.

Falar em governabilidade significa pensar nos limites ou pontos de contato entre o governo de si, abstraídos como exercício de autonomia, (LURAMMINGER, T.; NARDI, 2001).

Merhy, (1997) afirma que qualquer trabalhador da saúde possui um autogoverno em suas ações, que lhe permite interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou até mesmo em todo o processo.

Por sua vez, Campos (2006) argumenta sobre a produção do trabalho em saúde e, salienta que a complexidade do objeto, objetivos e meios de intervenção das práticas de saúde, sempre permitirá algum grau de tomada de decisão autônoma pelo trabalhador, pois esse lida com uma grande variabilidade de situações, que nem sempre se enquadram nas normas dos protocolos.

*Mas percebo que todo mundo tem sua atitude também. Alguém influência, mas tem aquela que vai fazer da forma dela mesma (TE 2).*

Esse depoimento evidencia, que mesmo o trabalhador sendo orientado a agir conforme os protocolos estabelecidos, ele sempre terá um determinado poder e autogoverno.

Nesse sentido, Fortuna et al (2005, p.268) completam:

*Os trabalhadores fazem o que acham que precisam fazer independente de suas chefias. Ainda que esses poderes fiquem mais num plano não visível. Quem desconhece o poder que, muitas vezes, a auxiliar de serviço exerce na equipe, no sentido de determinar, independentemente das normas?*

Esse autogoverno que o trabalhador tem, funciona inclusive como instrumento para que ele confronte com as estruturas normativas presentes no serviço. Estruturas estas, nem sempre flexíveis para propiciar autonomia do sujeito.

Foucault, (1984, p.422) ajuda a iluminar essa discussão:

*“Sempre temos a possibilidade de mudar a situação [...], não podemos nos colocar à margem da situação e, de forma alguma, estamos livres de toda relação de poder. No entanto, sempre poderemos transformar a situação. Isto não significa que estaremos sempre enredados, antes, pelo contrário, somos sempre livres”.*

O autor afirma que somente sujeitos livres são capazes de promover mudanças. O poder não é exercido onde não há liberdade, pois é esta que possibilita a reação por parte daqueles sobre os quais as estruturas dominantes atuam. É possível então, olhar para o trabalhador de saúde que possui um enorme leque de possibilidades para o agir.

São vários os caminhos que o trabalhador de saúde pode percorrer, para a partir da dependência, fazer gerar a autonomia e, em especial o ACS que tem na conformação de seu campo de responsabilidade as ações que permitem formar vínculos:

*Às vezes você vai falar de um paciente com o supervisor, passa um dia, dois dias e, você não consegue passar aquilo. Aí eu peço socorro, vou pro doutor, pra técnica de enfermagem [...] peço orientação para ACS. Não deixo de levar o retorno para o paciente, não quero nem saber para que caminho eu vou [...] se eu não conseguir falar com a coordenadora, eu vou por outro caminho (ACS 3).*

O trabalhador evidencia comprometimento com o seu trabalho enquanto parte de uma equipe de saúde, de dar resposta para o usuário, mesmo que para isso ele tenha que mobilizar todas outras possibilidades de decisão dentro do grupo. Mostra que nem sempre dá para caminhar pelas trilhas instituídas, nesse caso, orientado pela sua coordenação. O trabalhador abre outras *linhas de fuga* para o cuidado.

As *linhas de fuga* surgem no e do dia-a-dia, muito sutis, nascem no ato de produção do trabalho em saúde, emaranhadas às outras linhas, dando lugar para a quebra das rotinas estabelecidas, possibilitando criar novas formas de cuidar (MATUMOTO et al 2011).

*Cada um dos ACS se organiza de uma forma, [...] tenho bem a convicção do que é o trabalho do ACS. [...] Quando eu tenho convicção de que o que eu to fazendo é o certo, então eu brigo, [...] A gente “bate de frente” com a coordenação (ACS 1).*

Essa convicção expressa pelo ACS, parece conotar um autogoverno de suas ações, amparado pela certeza que ele tem, em relação ao seu verdadeiro papel na equipe. Olhando sob esse aspecto, Pires (2005) propõe o “*conhecer para cuidar melhor*”, onde a intervenção cuidadora é revolucionária, podendo fortalecer autonomias e qualificar enfrentamentos, emancipando pela desconstrução progressiva de assimetrias de poder.

*Tenho segurança, não faço nada de errado, nada que vai me comprometer, não benefico ninguém, procuro trabalhar naquela questão da equidade, de ver a necessidade daquele paciente, naquele momento, de ver a dificuldade dele (ACS 5).*

Não raramente é possível observar nos serviços de saúde, situações nas quais, prevalecem condutas individuais de trabalhadores, que por possuírem certa autonomia no que faz, posicionam-se muitas vezes na linha do favorecimento. A fala anterior dá abertura para olhar as possíveis situações em que o autogoverno de um profissional da saúde, nem sempre pode levá-lo a agir dentro do que é esperado na dimensão do cuidado, em conformidade com os princípios da equidade.

Nessa vertente, Matumoto et al (2011) discutem que no cenário onde acontecem as inúmeras possibilidades de ação e de produção de cuidado envolvendo o autogoverno dos trabalhadores, podem existir pequenas fissuras, fazendo passar fluxos, intensidades e desejos que nem sempre são cuidadores e, nem sempre libertadores.

*Não tenho medo de fazer o meu trabalho, mesmo que tenha que enfrentar e “bater de frente”, como fiz muitas vezes, até em casos de pacientes, de ter que me colocar à frente da família, até pra defender algumas questões de saúde , ter que por “minha cara pra bater” (ACS 3).*

Quando se trata de analisar o grau de governabilidade que cada trabalhador na ESF tem sobre o seu trabalho, logo a questão envolve também, a análise das relações de poder. Desse modo, foi evidenciado que o trabalhador exerceu sua autonomia em certa medida, ao colocar-se no lugar do usuário, em uma situação conflitante, envolvendo o serviço de saúde local.

O enfrentamento apontado pode ser visto como uma relação de poder estabelecida, que teve como bases de sustentação, o autogoverno do trabalhador, que se mobilizou em prol do usuário.

Nessa lógica, Foucault (1995, p.244) argumenta que a autonomia surge como um estado transitório em que sujeitos individuais ou coletivos, têm diante de si, um campo de possibilidades de diversas condutas, reações e maneiras de comportamento que podem acontecer.

Assim, falar em autonomia significa entrar pelas malhas do exercício do poder, em outros circuitos, outros arranjos, distribuição, diluição e capilarização do poder, pois esse é produtor e organizador de forças, mais que controlador (CECÍLIO, 1999).

A partir do momento em que se estabelece uma relação de poder, surge também uma possibilidade de resistência e de liberdade. Não seremos continuamente aprisionados pelo poder; sempre é possível mudar sua dominação em dadas condições, utilizando estratégia precisa (FOUCAULT, 1979 9. 242). Retomando a fala anterior, pode-se propor que a autonomia declarada, pode ter ocorrido pelas vias do conflito, ou seja, pela relação de poder instalada.

*Porque é assim, o técnico de enfermagem pode fazer bem as coisas dele, eu posso fazer bem as minhas coisas, o doutor pode ser um ótimo médico, além do dever. Se eu quiser eu posso me empenhar, dedicar e me doar como enfermeira, a equipe tem isso muito claro [...] (E).*

O trabalhador traduz a subjetividade presente no ato de cuidar a partir do seu modo de significar o trabalho. Trata-se de um processo que fundamentalmente perpassa pelo repertório individual dos sujeitos, que dialoga com a sua maneira de sentir, de enxergar, de fazer andar a vida, de seus desejos e do seu compromisso ou não com o outro. Os desfechos desses processos subjetivos tendem a ecoar na forma como a saúde será produzida.

Nesse contexto Fortuna (2003) propõe que o trabalho em saúde, a equipe e o trabalho sejam vividos como uma *produção de produção*, Isto é, a equipe libera desejo, criação e, conduz o trabalho para uma determinada finalidade de produção de

vida, cuidados e cidadania. Por outro, a equipe em *anti-produção*, é barreira para a produção, pode autodestruir-se.

Outra questão para análise desse relato relaciona-se ao *poder-para*, que parece permear o discurso no qual o trabalhador afirma, que além do dever (entendendo dever como compromisso com a instituição), se ele empenhar-se, deixar transbordar o cuidado, posicionar-se como sujeito de transformação, poderá alcançar a finalidade do trabalho - a saúde da população, ou contrariamente, limitar-se. Ambos os propósitos, estão sujeitos ao trabalhador, ao seu autogoverno.

Sob o olhar de Foucault (2003) é possível enxergar nesse discurso, que o trabalhador não possui poder, mas exerce-o, ele “pode”. Pode encaminhar o trabalho para diferentes direções, a partir do modo como este significa a vida e o próprio trabalho.

Portanto, todo processo de trabalho em saúde busca a produção do cuidado. E este, de acordo com as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação, permitirá a realização de distintos resultados, mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como mecanismos que libertam ou inibem processos de autonomia (MEHRY, 2001).

Afinal, Os trabalhadores não são uma “caixa vazia”, inversamente, aproveitam seus espaços de autonomia para agir como lhes parece certo, a partir de seus valores e objetivos (HELMAN, 2003). Logo, preservar a autonomia dos trabalhadores é fundamental para aumentar a qualidade do cuidado, sua capacidade de decisão, de envolvimento, de compromisso e vínculo com o usuário (FEUERWERKER, 2005).

#### **4.2.2 ESF: espaço fértil para ensejar relações mais democráticas no trabalho**

Ao olhar para os dados empíricos encontrados foi possível constatar que a produção do cuidado na ESF pode criar condições favoráveis para que as relações entre os trabalhadores envolvidos sejam mais democráticas e, portanto mais autonomizadoras:

*Desde quando entrei aqui, vejo que não tem uma hierarquia na equipe. Não é que aqui todo mundo manda e desmanda [...] mas cada um*

*assume especificamente o que faz, eu como técnico, o enfermeiro, o médico, os ACS e outros (TE3).*

A concepção da possibilidade de uma relação mais linear na equipe é associada ao compromisso de cada um da equipe multiprofissional com o seu núcleo de competência. Quando o trabalhador assume verdadeiramente aquilo que é do seu domínio, há um fortalecimento do corpo de conhecimento enquanto profissão e, por conseguinte, os sujeitos também são fortalecidos na sua individualidade, na perspectiva da autonomia. Desse modo pode-se dizer que há um ganho real para o serviço de saúde.

Nessa lógica, Campos (1997) considera que um dos mais importantes segredos para assegurar a qualidade em saúde, residiria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade para os trabalhadores.

O autor acrescenta que, a autonomia tem implicação com a liberdade, no entanto para que haja eficácia no trabalho autônomo, deve também pressupor capacidade de responsabilizar-se pelos problemas do outro (CAMPOS, 1997). Portanto, falar de autonomia responsável é pensar, que esta somente é possível, quando os trabalhadores se apropriam daquilo que é de sua competência, no trabalho em equipe.

Em princípio, o trabalho autônomo, poderia até sugerir não necessitar de chefia, mas de alguns acompanhamentos, envolvendo coordenação e supervisão, para apontar possíveis ajustes. Assim, para que o trabalho em saúde alcance resolutividade, estará sempre na dependência de certo grau de autonomia dos trabalhadores. (CAMPOS, 1997).

O discurso acima destaca ainda, que a equipe em uma conformação horizontal, não pode ser concebida como algo à deriva. Não significa que cada um pode decidir o que bem lhe aprouver.

Trata-se de reinaugurar um novo fazer em saúde em que as equipes sejam protagonistas a partir de novos conceitos que façam sentido para as suas práticas, afinal, há sempre uma margem de liberdade e autonomia para a ação humana (CECÍLIO, 2007).

Sendo assim, a Política de Humanização (PNH) propõe mudanças norteadas por princípios, entre eles, alguns guardam uma estreita relação com os novos jeitos de fazer na saúde, tais como a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que formam o SUS (toma-se aqui o trabalhador da saúde), a co-gestão das equipes de saúde, o maior grau de corresponsabilidade na produção de saúde e a democratização das relações de trabalho, como um dos requisitos para a humanização da saúde (BRASIL, 2006).

A PNH coloca a gestão participativa ou co-gestão, como uma maneira de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores bem como, busca ampliar o compromisso social destes. O modelo de gestão que se propõe é centrado no trabalho em equipe e no poder compartilhado (BRASIL, 2007).

*[...] aprendi no introdutório, que a equipe é linear [...] tem que ter alguém para coordenar, mas não para mandar [...] quem tá lá coordenando não pode impedir que eu faça meu trabalho bem feito (ACS 1).*

É esperado por parte do trabalhador, que ele receba coordenadas para realização do trabalho, isso pressupõe linhas mais horizontais nas relações estabelecidas, nas quais prevalece o saber técnico sobre o hierárquico. A coordenação proposta teria a missão de fortalecimento, não de limitação da equipe.

Cunha; Campos (2010) apontam que uma das funções cruciais da coordenação da equipe, é exatamente a construção de uma interação positiva entre os profissionais, fundamentada em objetivos e objetos comuns, apesar das diferenças e, não contra as diferenças.

*Dentro da equipe tem como você discutir. E, essas reuniões que a gente faz todo dia, sempre traz algum benefício, porque problema tem bastante. Muitas vezes a gente vai para uma VD, vê um problema, a gente recebe [também] o problema que é difícil de resolver [...] mas todos participam com ideias, que às vezes vem daquela pessoa que em muitos lugares talvez não tenha muito valor. Tem ideias boas da profissional da limpeza que a gente colocou em prática e deu certo. Então todos têm os seus valores. Todas as ideias são acatadas. A gente trabalha em cima dessas ideias e vê qual é a melhor pra gente poder atuar naquele problema (TE 3).*

Situando-se na dimensão desse estudo, a qual busca olhar para a ESF como cenário possível de agenciamento de relações mais democráticas entre os trabalhadores, ficou evidenciado que a reunião de equipe é vista como importante ferramenta de participação do trabalhador nos processos decisórios demandados no cotidiano de trabalho da ESF.

É no espaço da reunião que os problemas emergidos do trabalho ganham visibilidade, pois são delineados pela equipe e ganham a proporção devida a partir dos vários olhares que o julgam. Independentemente de possuir um menor ou maior grau de dificuldade de resolução, os casos apresentados em reunião, sempre contarão com análises dos vários elementos que integram a equipe e, que comumente resgatam as suas experiências e seus saberes, buscando contribuir para resolver os problemas que surgem.

As reuniões de equipe na ESF constituem-se em espaços de fluidez do diálogo, expressão de opiniões, elaboração de projetos e planos de atendimentos coletivos que concretizam o trabalho em equipe (GRANDO; DALL'AGNOL, 2010). Os mesmos pesquisadores mencionam ainda, que são nesses momentos, face a face dos trabalhadores, que emergem suas especificidades enquanto sujeitos de distintos contextos, que necessitam se relacionar.

Fortuna et al (2005) referem que as reuniões de equipe possibilitam aos trabalhadores conversarem e explicitarem as expectativas uns dos outros que não são abertamente discutidas.

Outra análise desse relato faz-se pertinente, ao considerar que todos da equipe indistintamente, independente do lugar que ocupam profissionalmente, são portadores de algum potencial para indicar caminhos, possíveis de serem trilhados para solução de problemas. Nesse contexto, a reunião de equipe estrategicamente, acena para um espaço de manifestação dos sujeitos, que pode possibilitar a construção de relações mais democráticas.

*A enfermeira relata que em uma reunião de equipe, mediante a insuficiência de funcionários, segundo ela refere, foi acordado com todos os integrantes da equipe o que cada um poderia fazer além daquilo que é próprio da competência. Entendendo que essa seria uma solução mais rápida para diminuir a sobrecarga da equipe diante das inúmeras demandas que não estavam sendo atendidas naquele momento (DC).*

*Aquí, cada um tem uma função, vários relatórios foram distribuídos, cada um faz um, o meu é relatório de vacina, o médico pegou o pedido de escritório e, todo mundo pode tudo aqui. Visando trabalhar em equipe no sentido de partilhar mesmo. O médico pode fazer controle de estoque? Pode ué, por que não? Foi discutido numa reunião que não tinha funcionário e, que a gente teria que fazer uma força tarefa, nós aceitamos discutindo, ele [o médico] disse: -“Eu posso fazer tal coisa”, eu disse: “posso fazer tal coisa”, então todo mundo viu o que podia fazer e aí a gente acordou, então ninguém pode falar: -“A enfermeira e não sei quem mais mandou”. Nesse sentido, foi uma coisa que a gente tomou esse poder de decisão que a gente tem (E).*

Vislumbrar relações mais democráticas na ESF, implica em olhar para a micropolítica do trabalho de equipe, no sentido de analisar como os sujeitos se veem enquanto co-responsáveis na produção do cuidado da população a que se destina. Estes trabalhadores conseguem se situar no *campo de responsabilidade* como deliberadores do cuidado em saúde? Além dos conhecimentos específicos, em que medida o sentimento de solidariedade, cooperação e cumplicidade, são colocados pelos trabalhadores para um objetivo partilhado em equipe?

O discurso do trabalhador tende a ensaiar respostas para estes questionamentos, tomando a disponibilidade de cada um dos elementos integrantes da equipe, como condição primária para uma gestão compartilhada do cuidado, pautada em decisões mais democráticas.

Kell; Shimizu (2010) consideram a disponibilidade dos sujeitos para trabalhar em equipe, como questão fundante na ESF; é o que move todos os envolvidos, no sentido de acreditar na importância daquilo que estão fazendo, para que tenham um efetivo entrosamento com a realização da tarefa. E ainda, a disponibilidade possibilita que os sujeitos, tenham a mesma importância por contribuir igualmente no alcance dos resultados.

Ficou evidenciado também no depoimento, um esforço do trabalhador para conceituar o trabalho em equipe, na dimensão do partilhamento de tarefas e decisões. Essa dimensão está estritamente relacionada à construção de relações mais democráticas na equipe, quando se pensa na co-gestão do cuidado em saúde.

Problematizando, Merhy; Cecílio (2003), mencionam que os mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias

corporações profissionais, clamam a imprescindível cooperação que deve existir entre os vários trabalhadores, para que o cuidado aconteça.

*Cada equipe pode acordar o que é geral e o que é atribuição de cada um . Se cada pessoa tiver que fazer um trabalho, for contestar isso “ah, isso não é minha atribuição” [...] realmente não tem trabalho em equipe, porque você acaba tendo eventualmente que extrapolar um pouco às suas atribuições. Depende muito do momento para ajudar o outro, é uma questão da equipe se organizar para atender essa demanda. Tem coisas que podem se abrir para a equipe e outras que são próprias de cada um (D 2).*

Sendo assim, nesse depoimento o trabalhador evidencia que não haverá trabalho em equipe, se não houver flexibilização dos diferentes poderes e saberes, condição fundamental para que a gestão do cuidado seja reconhecida como pertencente a todos os elementos da equipe, respeitando obviamente, os núcleos das profissões.

Pires; Gottens (2009) chamam a atenção para a ousadia do Saúde da Família, que entre outros desafios, busca mudança na AB, a partir da impressão de novas formas de gerir o cuidado em saúde.

Nesse sentido, a gestão do cuidado, entendida como modo no qual o cuidar se revela e se organiza na interação promovida pelos sujeitos, pode tanto produzir comportamentos restritivos e limitantes no fazer, como também conformar relações de poderes, mais democráticas (PIRES; GOTTENS 2009).

#### **4.3 Os desencadeadores de conflito presentes no trabalho da equipe de SF**

Os dados produzidos revelaram a existência de situações desencadeantes de conflito, emergidas do próprio ato de cuidar envolvendo o trabalho em equipe.

Ficou evidenciado que o trabalho em equipe requer que cada um dos seus componentes, se submeta a um processo contínuo de subjetivação, que implica na habilidade de “lidar com o ser humano”, ou seja, lidar com todas as possibilidades, inclusive com o conflito, tecido pelas malhas das singularidades, dos interesses individuais e corporativos, das afeições e dos diversos saberes-fazeres dos profissionais.

Outro dado importante que surgiu da análise, diz respeito à forma como o serviço se organiza para atender a população, que também foi um fator desencadeante de situações conflitantes no cotidiano dos trabalhadores dessa equipe.

#### **4.3.1 A recepção da unidade como local onde os conflitos ficam mais explícitos**

A recepção da unidade se mostrou como motivo de conflito entre os trabalhadores da ESF. Isso pode ser evidenciado nos seguintes relatos:

*[...] A recepção você viu, tá abandonada e, eu acho que se eu chegar num lugar e não tem uma recepção pra me acolher, o resto não interessa. Então é assim, ou eu vou fechar relatório ou eu vou pra recepção, você viu as discussões que a gente tá tendo, o técnico tá cansado, o outro tá cansado, eu tenho as minhas coisas pra fazer como enfermeira [...] eu não posso ficar na recepção, acho que não é [minha] função (E).*

A recepção da unidade aparece associada a situações geradoras de muito desconforto e conflito para a equipe, por afetar o atendimento à população. Pensando no processo de trabalho, pode se depreender que o trabalhador atribui a essa etapa do processo (a recepção do usuário), uma pontuação que pode dizer o quanto o serviço se preocupa com o acesso das pessoas.

Talvez seja pertinente dizer que nesse caso, a recepção se apresente como o *locus* de expressão da tensão entre a oferta e demanda que envolvem os modelos de agendamento e a demanda espontânea. Percebe-se que o serviço está organizado e programado para atender às necessidades, não exatamente àquelas sentidas pelos usuários. Existe um cardápio de serviços elaborado e formatado que não contempla a integralidade. Qualquer necessidade apresentada pelo usuário, que extrapole essa oferta prevista, pode ser apreendida com reservas.

De acordo com Mattos (2004) há que se adotar uma postura que identifica a partir do conhecimento técnico, as necessidades de prevenção e as assistenciais, e que seleciona as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro envolvendo trabalhador e usuário.

Não é admissível que os serviços de saúde se organizem exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora eles também devam fazer isso.

É imperativa uma apreensão ampliada das necessidades da população a ser atendida. Por outro lado, se uma equipe, estrutura seu trabalho a partir da definição de ações prioritárias, ela corre o risco de comprometer a integralidade (MATTOS 2004).

*Foi observado que a recepção da unidade em estudo, era rotineiramente realizada por todos os profissionais da enfermagem, agente administrativo e ACS. Fora os atendimentos agendados, os demais casos eram encaminhados da recepção para um acolhimento com os técnicos em enfermagem. No primeiro contato, o usuário que não está agendado, esse tem o seu prontuário identificado com as cores vermelha (emergência), amarela (urgência), verde (caso agudo) e azul (caso eletivo), essa classificação (de risco) aliada à queixa apresentada, determinava a necessidade de consulta médica, de enfermagem ou de outros encaminhamentos, isso acontece já na segunda etapa que é o acolhimento. Observou-se ainda que em muitos momentos não havia nenhum profissional na recepção (DC).*

Segundo Teixeira (2001) a recepção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) é espaço primordial de investigação, elaboração, negociação das necessidades dos usuários. Corroborando, Sá et al (2009) argumentam que é ali onde se concretizam ou não os princípios do SUS.

Outra questão que se apresenta, relaciona-se a incumbência pela recepção da unidade, que aparentemente está no campo das responsabilidades, cabendo a todos os profissionais da equipe. No entanto, parece sobrecarregar a alguns que deixam de atuar naquilo que é de sua especificidade, ocupando maior parte do tempo na recepção como se vê nesse discurso:

*Foi determinado que os técnicos de enfermagem “iam” assumir a recepção, mas eles estavam em três e, eu fui contra, porque eu acho que a recepção não é competência da enfermagem, porque a gente tem VD, tem um monte de coisas pra fazer e, na enfermagem a maioria ganhou, eu pensei bem: Realmente a acolhida tem que ser da gente, acho que vai ser legal e tal. Aí, a secretaria de saúde tirou um dos técnicos [...] eu não posso parar de fazer minhas coisas pra ficar só na recepção, a recepção está literalmente abandonada, você não acha mais prontuário, perde cota de consultas externas e exames por falta de avisar ao paciente. (E).*

Na observação da unidade investigada, a recepção cabia aos técnicos em enfermagem, enfermeira, ACS e agente administrativo, que não se mantinham fixos naquele local, porém alternavam-se entre um atendimento e outro. Ninguém na equipe

tinha clareza de quando deveria ocupar esse lugar. Ouvia-se sempre um apelo de um para como o outro para ficar na recepção.

Ao analisar o trabalho de uma equipe de SF, Schimith; Lima (2004) identificaram que a recepção da unidade era realizada pelos técnicos em enfermagem. Essa realidade também foi confirmada por outro estudo (TAKEMOTO;SILVA, 2007).

Outras pesquisas apontam que a recepção é motivo de grande insatisfação dos usuários em relação ao serviço (SOUZA et al, 2008; RAMOS; LIMA, 2003). O momento da recepção apresentado como problema para a unidade tem como uma das bases, a sobrecarga de trabalho da equipe (SIMOES, 2009; RAMOS;LIMA, 2003; TAKEMOTO;SILVA, 2007).

*A enfermeira coloca para a gestora de território que a situação da recepção tem se constituído problema para a equipe e, que estava refletindo em todo o atendimento, essa última responde que naquele momento, por se tratar de um período eleitoral, todas as contratações de pessoal são suspensas. A enfermeira pede para a gestora que fique um pouco na recepção pois precisa falar com os ACS. Do total de quatro reuniões observadas pela pesquisadora, em três delas, a recepção foi apontada pela equipe, como um nó crítico a ser resolvido (DC).*

A equipe parece “gritar” por ajuda, no sentido de adequar a recepção dos usuários na unidade. No entanto, aparentemente não encontra eco nas instâncias, nas quais ela entende que poderia prover o serviço em suas necessidades, nesse caso a adequação de pessoal. A responsabilização da gestão municipal, representada na equipe, pela gestora de território em relação à situação da recepção, conflitam e ressoam também sobre as relações de poder envolvendo a equipe local e mais especificamente entre gestora de território-enfermeira, uma vez que é a primeira quem intermedia as instâncias no nível local e central.

*Ocorreu pequena discussão em função de ter “sumido” um prontuário de paciente agendado para esse dia, a equipe se mobilizou para encontrar; alguém da equipe diz: -“Se tivesse alguém responsável pela recepção isso não teria acontecido”. Outro pontua: “Aqui nunca sumiu prontuário, porque quem fica na recepção se responsabiliza por guardá-los no local certo” (DC).*

As dificuldades que emergiam no espaço da recepção, afetavam a todos na equipe, uma vez que era ali, que surgiam as várias demandas, as quais eram

encaminhadas para os outros profissionais e diferentes serviços. O extravio de um prontuário, que por ser único (disponível no espaço físico da recepção), envolvia a todos os profissionais e resultava em conflito que respingava nos processos que se seguiam por todo o dia de trabalho.

Auxiliando nessa discussão, Sá et al (2009) mencionam que recepção é o primeiro espaço de atendimento dos usuários, nela acontecem as decisões envolvendo o atendimento na unidade, encaminhamento externo ou dispensa.

Merhy; Cecílio; Nogueira (1991) discutem que a recepção é uma etapa do atendimento, que deve funcionar estrategicamente em uma unidade de saúde, por conta disso, os profissionais que ali atuam, precisam ser qualificados para que possam ofertar informações e encaminhamentos adequados.

Alguns estudos, entre eles os de Sola (2005); Souza et al (2008); Mitre; Andrade; Cotta (2012) tratam da recepção do usuário, relacionando-a com o acolhimento, no entanto nesse estudo, nos referimos à recepção da unidade, enquanto primeiro contato do usuário com o profissional de saúde, no qual pode ser observado uma espécie de triagem, que direcionava o usuário para outros atendimentos, inclusive para o acolhimento como uma segunda etapa do processo de trabalho.

Entretanto, pode-se perceber também, que a etapa do processo que envolvia a realização do acolhimento pelos técnicos em enfermagem, também era ponto de tensão, conforme já discutido anteriormente na primeira categoria.

Com base na análise, ficar na recepção representa exposição do trabalhador às situações nem sempre conhecidas:

*Nessa unidade existem muitos conflitos entre eles [...] entre o pessoal que precisa atender lá na recepção. Às vezes quando eu tô sem atendimento aqui, eu vou lá na recepção, ver se estão precisando de mim. Não vejo o ficar na recepção como uma posição de desprestígio. Mas no momento da recepção surgem problemas mais agudos [...] problemas que não acontecem todos os dias. Ontem a unidade estava muito cheia, tinha mais de quarenta pessoas, no entanto só umas quatro pessoas para passar no dentista. Mas eu não posso simplesmente suspender o meu trabalho, porque o que era prioridade [...] naquele momento, era a recepção. Isso serve para todos (D 2).*

Os problemas que chegam à recepção da unidade, em alguns momentos são tão prementes, que demandam do profissional, certa habilidade para realizar a

conduta adequada em cada situação. Nem sempre o trabalhador dispõe em seu repertório, de respostas que se aproximam do atendimento das necessidades apresentadas. Isso, de alguma forma pode incomodar ao trabalhador, que se vê impotente diante dos desafios postos e, por vezes, estes tensionam o cotidiano de trabalho na equipe.

Para essa análise nos valaremos do que nos diz (Fortuna, 2003 p.109) oportunamente, intitulado de *"território paranoia"*, ao conflito vivenciado pelo trabalhador de saúde, que tem dificuldade em aceitar a finitude de seu saber, sua potência provisória, quando se trata de responder às necessidades de saúde do usuário:

*"Os trabalhadores de saúde carregam uma pesada mala: onde saber-sempre, dar resposta- sempre, acertar- sempre, triunfar sobre a morte, como se a vida fosse precisa, matemática uniforme, unívoca e a morte evitável: adiada sim, mas evitada não. E como é difícil saber-se-não-sabendo. Novo desafio para o trabalhador de saúde: não saber e saber que o nosso instrumental "não está dando mais conta". Será que algum dia já deu?"*

É necessário assim, que o trabalhador se reconheça nesse universo da produção de saúde, que proporciona momentos de infinita potência e em outros, faz com que os profissionais se sintam barrados em suas possibilidades e, emudecidos diante de questões emblemáticas que lhes chegam.

Por outro lado, evidencia-se também, um receio expresso pelo trabalhador, de colaborar em outras atividades da unidade, como é o caso da recepção, pois ele teme que isso, leve a equipe a enxergar o núcleo específico da sua profissão, como menos importante em relação aos demais trabalhos desenvolvidos. Aparentemente trata-se de uma atitude que tem a preocupação de assegurar e proteger a profissão, para que esta não seja sucumbida às gritantes demandas que surgem na recepção.

*Às vezes falamos que a equipe tem que se ajudar, eu concordo, não prejudicando o trabalho de cada um. Tenho um pouco de receio disso, de ajudar a equipe, por exemplo, na recepção Isso pode significar pra equipe que o atendimento odontológico é menos importante que a recepção. Se o dentista ficar lá na frente atendendo as pessoas, quer dizer que ele não precisa atender ninguém, acho que é possível uma relação de igualdade na equipe [...] eu tenho só esse receio, de que às*

*vezes isso signifique tirar o trabalho do outro, tirar a importância do outro (D 2).*

Furtado (2007) ao estudar os conceitos de núcleo de competência e campo de responsabilidades, propõe que o entendimento por parte dos profissionais, desses dois conceitos, permite mais clareza do que pode ser partilhado e, a confiança de que a cooperação com seus pares, não implicará perda de sua identidade ou núcleo profissional.

Por outro lado, o trabalhador evidencia uma hierarquização do saber técnico que recai sobre as relações de poder entre a equipe. Parece que no seu entendimento, o espaço da recepção não está à altura do saber conferido a um profissional graduado, sendo assim torna um lugar menos prestigiado do ponto de vista dos saberes e poderes.

Vejam outras implicações para equipe, geradas pela organização do serviço, mais especificamente pela recepção da unidade, que estão tensionando e afetando o andar do trabalho:

*Estou esperando a gestora chegar porque não é assim que se trabalha. No momento tá muito conflitante, porque se não tem uma equipe adequada, com um número de funcionários, cada um no seu espaço [...] como exemplo, o ACS cobre a recepção, aí eu vou chamar elas porque eu quero fazer o levantamento de papanicolaou dos territórios que tão tudo atrasado, elas não tão com esse levantamento em dia, não conseguem fazer porque tá cobrindo a recepção [...] não tá dando tempo (E).*

*No momento não tenho hora pra tá sentando com os ACS. Porque [tanto] eles como eu [temos] que ajudar cobrindo a recepção. Hoje eu não tô tendo condição de trabalhar com os técnicos de enfermagem porque ta faltando gente para trabalhar [...] eu converso andando, porque se eu tirar um técnico de lá a outra fica sozinha não toca a recepção e a enfermagem (E).*

Por conta do tempo empreendido na recepção da unidade, algumas ações que são próprias de determinadas funções ficam a desejar, como é o caso da enfermeira que precisa desenvolver ações envolvendo a saúde da mulher e supervisionar ACS e equipe de enfermagem e, dos ACS, que necessitam levantar as demandas de sua área de atuação, em relação a esse segmento. O conflito nesse caso

acontece entre esses profissionais em função da falta de tempo alegada por ambos, que necessitam se organizar melhor, para realizar aquilo que está planejado para fazer.

É importante destacar que a organização do processo de trabalho e a conformação histórica dos serviços de saúde e a ramificação dos poderes (abordadas com as lentes dos estudos Foucaultianos), tensionam a equipe entre a reprodução do biopoder e controle dos corpos e, o ensaio de outras formas de cuidar em saúde. Nesse caso, a execução dos programas prescritos como a realização da coleta de exame colpocitológico sobrepõe ao atendimento das demandas que chegam à recepção.

Essa conformação do serviço configurada no biopoder leva à equipe a entender o direito à saúde integral, simplesmente como acesso a agenda clínica que envolve as consultas e os procedimentos.

#### **4.3.2 Busca do ACS pela valorização do seu trabalho**

A partir dos achados desse estudo, ficou evidenciado que o modo como o ACS busca a valorização do seu trabalho, configura situação de conflito na equipe:

*[...] A gente fez um grupo de artesanato e tinha muita gente depressiva frequentando, uma tava senhora chorando, contando do filho que tá preso. [...] Aquele momento [do artesanato] era importante [...] a gente descobriu um monte de coisas daquela paciente que a gente não sabia [...] Mas tenho dificuldade com outros membros da equipe, que acham que isso não tem nada a ver com o trabalho. Às vezes até a gente briga também por causa disso (ACS 1).*

*Às vezes tem alguns conflitos por causa dessa visão diferente a respeito do nosso trabalho. Uma vez [...] a gente fez um artesanato. E eu cheguei na unidade e me [perguntaram]: –“O que você tava fazendo”? Ah, eu tava lá no grupo de artesanato!!! –“Eh, fica lá fazendo chinelinho [...]”? (ACS 5).*

Para buscar legitimidade do seu papel dentro da equipe, o ACS evidencia utilizar-se de ferramentas pertinentes ao seu processo de trabalho. Entretanto, parece que o tipo de trabalho realizado pelo ACS é considerado pela equipe com menor valia do ponto de vista das tecnologias que são utilizadas comumente no campo da saúde. Essa situação é reveladora de conflito na equipe.

Vê-se que a identidade profissional do ACS é construída em uma determinada realidade, que não é necessariamente a presumida pela equipe.

A oferta do cuidado em saúde de acordo com o relato do trabalhador, pressupõe que este cuidar somente terá validade se houver a oferta de um cardápio de serviços, que envolva procedimentos operados pelas tecnologias chamadas duras ou leve-duras, tais como os exames e agendamentos, comumente regulados pela consulta médica. Contudo, é imperativa a criação de espaço para o cuidado operado pelo ACS a partir das tecnologias leves (MERHY, 1997).

Lunardelo (2004) aponta que o trabalho institucionalizado de modelo tradicional de assistência, promove a desvalorização do trabalho extramuro realizado pelo ACS. O estudo identificou um desconforto do ACS diante dessa realidade que está alicerçada na forma estruturante e cristalizada do processo de trabalho em saúde.

Esse jogo de disputa na equipe de SF é a demonstração dos micropoderes que produzem as relações de trabalho, ligados sobretudo à verticalização do saber que se coloca entre os ACS e a equipe legitimada pelos níveis de gestão da secretaria de saúde (FERREIRA et al 2009).

Os mesmos autores supracitados mencionam que as relações de micropoderes na equipe tem respaldo na divisão técnica do trabalho num primeiro momento, mas também tem lugar na divisão social, que fragmenta, aliena, subordina a produção do trabalhador manual ao do trabalhador intelectual. É como se, no imaginário dos outros trabalhadores, o ACS retratasse o lugar do trabalhador manual, aquele que não possui um núcleo específico de saber. Dessa forma, outros trabalhadores o colocam em um plano em que o seu trabalho tem menor valorização em relação aos outros (FERREIRA et al, 2009).

*[...] Porque às vezes a gente quer “passar” essa paciente, que tá com problema com marido que tá preso [...] a gente não consegue “passar” [...] eu venho, eu brigo mesmo (ACS 1).*

A ausência de uma queixa físico-biológica trazida pelo ACS não é entendida pela equipe como necessidade de saúde. Parece que são leituras diferentes que ACS e equipe realizam, tornando o terreno da ESF num campo de correlação de forças em torno do que significa necessidade de saúde. Para o ACS o fato de a usuária

do serviço “ter o marido preso”, tem significado de carência de ajuda. A ACS sugere que a unidade de saúde pode ser referência para alguém que traz um tipo de sofrimento, não necessariamente uma doença física referida.

O comportamento do trabalhador segundo sua fala, encontra amparo no estudo de Merhy (1997) no qual argumenta que enquanto operador do cuidado em sua dimensão leve ou fluída, o ACS deverá utilizar recursos tecnológicos centrados no trabalho vivo em ato, produzindo um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar e, com a defesa radical da vida do usuário.

Por outro lado, pode ser depreendido também do relato, que a atitude do ACS em conflitar por uma consulta médica para alguém que não tem uma “queixa concreta” de doença, pode significar, que o mesmo não se vê portador de instrumentos capazes de atender a essa demanda e, a consulta nesse caso, se apresenta como afirmação do modelo biomédico, que tem esse procedimento mais valorado e central no atendimento da população.

Em relação ao que pensa o ACS sobre o significado de “necessidade de saúde”, Hildebrand; Shimizu, (2009) referem que ainda predomina a percepção de que a atenção à saúde pauta-se nas ações de identificação e resolução de problemas de saúde de acordo com saberes e fazeres do modelo clínico hegemônico.

Os dados desse estudo mostraram também, que o ACS manifesta a face híbrida de sua profissão, ora tem o seu pertencimento na comunidade, ora é elemento institucional enquanto equipe. Se por um lado, ele busca atender às demandas da população da qual integra, por outro, compõe a equipe de saúde que possui contratos e regras próprias, como pode ser visto no depoimento:

*Muitas vezes não tenho o mesmo ponto de vista que o profissional que está aqui dentro [da unidade] [...] consigo mostrar pra ele que não é aquilo, [como] tá pensando, ele tem que ver o outro lado, outro aspecto, [...] por isso me sinto um personagem importante [...] embora às vezes é meio difícil mas a gente se preocupa em tá olhando mais pelo lado da comunidade (ACS 5).*

Essa polaridade experienciada pelo ACS gera um conflito, inclusive ético para esse trabalhador, que convive com um constante estranhamento por qualquer dos dois grupos a que ele deveria referir-se (a comunidade e a instituição de saúde).

Silva; Dias; Ribeiro (2011) apontam em sua pesquisa, que entre as dificuldades enfrentadas pelo ACS no desenvolvimento de seu trabalho, traduzidas em desconforto, estão aquelas provenientes da ambiguidade do lugar que ocupa no SUS, às vezes representando a comunidade, em outras, a equipe de saúde.

A busca do ACS pela valorização do seu trabalho parece colocá-lo num processo incansável e contraditório, que vai do sofrimento gerado pelo questionamento dos demais profissionais em relação ao seu trabalho, a realização pessoal por fazer aquilo que ele acredita:

*[...] A gente “bate de frente” (ACS 1).*

*Pra mim o dia-a-dia do meu trabalho é satisfatório, pelo menos naquilo que acredito (ACS 5).*

*O projeto de dança [...] quanto que eu briguei por isso, quanto que eu chorei. Quantas horas que eu perdi. Perdi não, ganhei [...] Vejo adolescentes que estão até hoje dançando. Estão no caminho que eu gostaria que eles estivessem Se quiser pagar hora extra, pague, se não quiser [...] eu não me incomodo, eu vou e faço (ACS 1).*

Diante daquilo que ele julga ser o mais adequado no seu fazer, os ACS “batem de frente” com a equipe, na tentativa de valorizar o seu trabalho. Isso significa que eles se colocam na posição de disputar poder com a equipe no intento de terem o reconhecimento das tecnologias leves as quais eles utilizam, como dispositivos legítimos de saúde pertencentes ao seu processo de trabalho. Desse modo, o seu saber reconhecido lhe confere poder, inclusive para posicionar-se linearmente na equipe.

É perceptível também que essa falta de valorização referida, aponta para um sofrimento psíquico que pode impactar negativamente os resultados desse trabalhador.

Reis (2005) identifica que o mal-estar sentido pelos ACS em relação à equipe, origina-se da falta de reconhecimento pelo trabalho que desempenham com dedicação e esforço, afetando diretamente a sua saúde, pois gera sofrimento.

A autora complementa que embora em algumas situações, a relação com a população seja complicada e pontuada por algum nível de conflito, é na relação com

a equipe que são produzidas suas maiores tensões, entremeadas pela lógica da hierarquia na divisão do trabalho, que atribui valores no escalonamento das profissões, o que constitui fonte frequente de conflitos na equipe de SF (REIS, 2005).

Sendo assim, o ACS busca o reconhecimento de sua identidade profissional e a legitimação do seu fazer, sem as quais, nega-se a própria subjetividade desse trabalhador. Se esse processo fosse compreendido pela equipe, influenciaria na diminuição da instabilidade dos ACS na SF (NASCIMENTO, 2005).

Mendes; Ferreira (2007) assinalam que o reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho. A vivência de prazer e realização de si advém da possibilidade de construção da identidade do sujeito.

#### **4.4 As soluções dos conflitos apontadas pela equipe de SF**

O material empírico analisado revelou que um dos desdobramentos advindos do encontro entre os trabalhadores da equipe estudada é o conflito, que aparece como expressão viva das relações existentes. Nessa categoria buscou-se olhar para equipe no sentido de apreender como essa se articula para resolver os conflitos que são produzidos do ato de cuidar, numa perspectiva de produção de saúde, em que a gestão do cuidado tende a acontecer de uma forma mais participativa, envolvendo os elementos em atuação.

##### **4.4.1 Desconstrução de assimetrias de poder**

O conflito se revelou nos depoimentos, como elemento produtor de relações mais democráticas de poder, considerando que o conflito pode abrir espaço para manifestação dos sujeitos, seja ela qual for:

*Em relação à equipe mesmo é aquele negócio, é lidar com o ser humano, então é uma briga de espaço, de opiniões, mas tudo contribui, porque onde tem as discussões aí flui, onde não tem as discussões, onde todo mundo só se abraça e beija aí a gente vê que não é uma coisa que vai dar resultado. A gente “se pega” aqui, mas “o trem anda”. (E).*

O trabalho em equipe está imbricado com as posições antagônicas dos sujeitos em ação, a partir das ideias e dos objetivos individuais ou do grupo. Quando há interesse de uma parte ser prevalente em relação a outra, florescem-se as relações de poder, referidas pelo trabalhador, como discussões que acontecem na equipe.

Desse modo, as discussões abrem espaço para que os sujeitos deixem que sejam conhecidas as suas opiniões e consequentes desconfortos, ao rasgarem-se na tentativa de desocultar aquilo que lateja em suas mentes, por vezes obstruindo a criatividade e o desejo na realização do trabalho. Abre assim, espaços para a expressão de liberdades individuais, como ensaio de democracia.

Spagnol et al (2010) argumentam que os conflitos têm caráter positivo, quando são utilizados como fatores desencadeantes de mudanças pessoais, grupais e organizacionais, que alavancam o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade.

Costa; Martins (2011) ao estudarem tipos de conflito, referem que estes nos espaços de saúde, tanto podem por meio das discussões, gerar um enriquecimento das ideias sobre o assunto, levar a resultados satisfatórios de trabalho permitindo aos envolvidos, perceber que eles participam das decisões, mas pode também gerar sentimentos negativos e resultados ruins de trabalho.

O conflito gera instabilidade entre relações, com potencial negativo ou não, dependendo de como as pessoas lidam com ele; se as emoções determinarem como conduzir o conflito, há grande probabilidade de que tome o caráter negativo e produza efeitos destrutivos e ruptores (KURCGANT, 2005).

Matos (1982, p. 67) adverte que “nas situações conflituosas não importa tanto saber se o conflito é positivo ou negativo, mas como deverá ser administrado, a fim de que não se constitua fator destrutivo para a pessoa e para as organizações”.

Cecílio (2005) pontua que o conflito pode produzir deslocamentos, instituindo novas configurações da organização, nesse caso na equipe, mas também pode reproduzir e confirmar as malhas de captura, denominadas de territórios de poder.

O autor acrescenta que o conflito é o que escapa, o que se apresenta, que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão, o que incomoda. São os comportamentos observáveis que exigem providências, tais como a briga entre

funcionários, o bate-boca de usuários com trabalhadores, a disputa de recursos, as reclamações da população (CECÍLIO, 2005).

Diante desse panorama, retoma-se aqui o interesse dessa análise, que pauta-se no conflito, como possibilidade de desconstruir progressivamente relações verticalizadas de poder e construir coletivamente por meio da equipe de SF, autonomies a partir de novos modos de se relacionar dos envolvidos.

A locução anterior aponta para a fluência da equipe diante da oportunidade de discutir situações com a finalidade de encontrar soluções para as dificuldades que se apresentam. O conflito nessa vertente funciona como força propulsora nesse processo.

O discurso a seguir traz iluminação à fala anterior:

*Tem que existir o conflito porque nem tudo que eu falo e ouço também é verdade. A gente discute, questiona [...] todo dia a gente senta pra resolver [...] pra estudar caso [...], mas se tiver um conflito de relacionamento, por exemplo, agente já põe na mesa, briga, discute, vai embora com cara feia, mas no outro dia a gente sabe que aquela pauta já tá resolvida [...] não deixa fomentar fofoca [...]* (E).

Nenhuma pessoa é possuidora da verdade absoluta, portanto ouvir o outro, não significa pensar igual, mas admitir o diferente. Essa é uma premissa que se coloca para o trabalho em equipe na convivência diária. Ao se deparar com aquilo que lhe aflige, quer sejam as situações envolvendo as famílias e usuários assistidos, ou as dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe, é imprescindível que a equipe tome para si, o protagonismo da própria arte de saber resolver seus conflitos.

Sem a pretensão ingênua de considerar fácil essa proposição, admite-se com base no relato, a possibilidade de que com o convívio, gradualmente a equipe vá amadurecendo artifícios de negociação, que vão se (re) construindo e ganhando a plasticidade necessária, para um resultado consensual nas relações de poder que suscitam do trabalho.

Tomando aqui o conflito situado no arcabouço das relações de poder, é possível recorrer a afirmação de Foucault (2003) ao dizer que o cerne destas relações, está em saber seduzi-las e direcioná-las a uma proposta ponderada de mudança.

Nessa dimensão, o autor propõe ainda, que a liberdade e o poder não são práticas que se excluem, ou seja, o fim de uma não supõe o início da outra. O exercício da liberdade, para ele, 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 (FOUCAULT, 2003).

Vejam os a seguir o que o trabalhador propõe como possibilidade de ação para resolver o conflito, enxergado como exercício de liberdade, afinal o trabalhador pode optar por querer resolvê-lo:

*Tem dia que a gente sai triste, chorando e magoada, no outro dia já passou, porque a gente vai pra casa, pensa, avalia. Um dia eu errei, outro dia eu acertei, se tiver de por em pauta na reunião do outro dia [...] já não tá com tanta ira, não tem tanto conflito, até com a gente mesma, o conflito mental, quando a gente volta já tem outra concepção, ou pede desculpa, ocorre diálogo (E).*

Um grande desafio da equipe que se apresenta, é questionar-se e refletir a partir do lugar em que cada um ocupa, reconhecendo seus limites e potencialidades, não esquecendo que estas condições também, estão presentes no campo do outro.

A reflexão de Merhy; Franco (2003) ajuda na compreensão dessa questão, que transita pela micropolítica do trabalho, considerada pelos autores, como território de entendimento do que significam os processos de subjetivações e os encontros entre os sujeitos que agem uns sobre os outros. Ela denuncia o modo como os companheiros de equipe se veem e como valoram o outro, como se dispõem a realizar o trabalho e, como o trabalhador assume determinadas atitudes ético-políticas junto aos seus pares, dirigentes e usuários.

É essa atitude também pode promover no trabalhador, a abertura para o diálogo, instrumento valioso apontado na solução de conflitos na equipe.

Freire (2005) menciona que o diálogo é este encontro dos homens; é pronunciando o mundo que os homens o transformam; o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens logram significação enquanto homens. Assim, o diálogo é uma exigência existencial. É o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado. A conquista

implícita no diálogo é a do mundo pelos sujeitos dialógicos, não a de um pelo outro. Conquista do mundo para a libertação dos homens.

Colaborando com essa discussão, Mishima (2000) diz que o estabelecimento de uma relação dialógica no interior das unidades de saúde pode contribuir para a superação de relações hierarquizadas, em que os profissionais raramente conhecem as potencialidades dos outros, reproduzindo, dessa forma, a divisão social do trabalho, configurando relações de mando e autoridade.

É importante, portanto, para a equipe, que ela tenha a clareza e maturidade para fazer um julgamento das questões em pauta, para que as discussões evidenciadas como ferramenta para resolver conflitos, sejam de fato direcionadas para o diálogo, caso isso não aconteça, corre-se o risco da instalação do confronto que desencadeia o debate.

Segundo Alder; Rodman (2003) estes dois instrumentos (diálogo e debate) guardam diferenças entre si, a saber: o diálogo é colaborativo; a meta é buscar uma base comum; amplia a visão dos participantes e transforma pontos de vista; possibilita a reavaliação das suposições; permite pensar sobre o ponto de vista dos seus interlocutores, não ofendê-los e favorece o encontro de soluções originais. Contrariamente, o debate é oposicional; reforça pontos de vista e suposições do debatedor; investe na crítica aos interlocutores, depreciando-os e retaliando-os. Nesse estudo, embora tenha se percebido espaços para o diálogo, pode se dizer que houve a preponderância do debate nos momentos de conflito evidenciados.

Assim, propõe-se para a equipe o saber conduzir conflitos que se apresentam, para uma proposta de caráter produtivo, em que não há ganhadores nem perdedores. Afinal, a equipe é produção que se faz com as diferenças (FORTUNA 2003).

*[...] Teve uma situação estranha, eu não gostei, só que daí ao invés de eu levar isso embora, teve uma reunião e eu expus. Eu falei e a enfermeira falou também, ficou acertado e ficou melhor. [...] Falei e foi legal porque deu tudo certo (TE 2).*

*Ontem a ACS respondeu de um jeito pra mim. Hoje de manhã eu já fui falar com ela: "Realmente eu senti que você respondeu de um jeito seco pra mim". Mas hoje de manhã eu já conversei com ela, já me entendi e acabou, a gente não deixa coisa assim "sobre a mesa", a gente vai e resolve (E).*

Os depoimentos revelam que o descortinamento da situação causadora de conflito pode ajudar na solução do mesmo. Trata-se de colocar em evidência, rasgar as perturbações ou os ruídos instituídos. Ao fazer uso da expressão “deixar sobre a mesa” o trabalhador parece estar falando que as coisas não ditas, não expostas, conseqüentemente não resolvidas, são àquelas que ficam latentes, sujeitas, portanto, a várias interpretações, inclusive às desencadeantes de conflito. Sendo assim, o mesmo sugere que na equipe, isso não percore.

Ojeda (2004) cita que relações mais igualitárias nas interações profissionais, tornam os conflitos mais visíveis e, portanto estes guardam aspectos positivos.

Spagnol (2006 p.44.) ao estudar os conflitos como “nós” a serem desvelados pelos trabalhadores nas suas relações, traz a questão dos “nós” que nem sempre estão explícitos, difíceis de desatar, uma vez que há resistência para enxergá-los.

Diante disso, afirma a pesquisadora:

*“Desvelarmos os nós, é nos desvelarmos. É ter a possibilidade de mostrar, quem somos e o que queremos, libertar a palavra, como dizem os <sup>4</sup>institucionalistas. Tirar os véus das instituições e das relações de poder cristalizadas e instituídas nos serviços de saúde, permitindo visualizar as transversalidades que atravessam nossas relações e podermos analisar cotidianamente nossas implicações”*

Partindo de uma reflexão, no qual o trabalho em equipe busca se aproximar de uma gestão do cuidado mais participativa na ESF, haveria um facilitador ou negociador dos conflitos produzidos?

De acordo com aquilo que o trabalhador traz, assim como as situações de conflito partem de diferentes lugares ou fontes, também as respostas para dirimi-lo podem surgir diferentes pessoas envolvidas. Em princípio haveria alguns com maior ou menor habilidade para apontar caminhos ou encabeçar uma negociação. No entanto, é mencionado que todos indistintamente, possuem de certa forma, uma condição para proposições na direção do consenso.

*As pessoas tem liberdade de se expressar, no que você se manifesta levantando os problemas, já gera alguma situação de [...] conflito em que você vai ter que criar alguma mudança para diminuir esse conflito [...]. Isso é interessante na equipe, às vezes essa mudança não parte*

*dos profissionais de cima, mas parte até dos ACS, que não tem um nível universitário. Porque você imagina que o poder está sempre em quem tem uma graduação (M).*

Embora no entendimento comum, a graduação mais alta habilite os sujeitos para as decisões mais acertadas, o nível de graduação dos trabalhadores conforme o depoimento, não define a resposta mais coerente para as situações de conflito anunciadas na equipe, tanto o maior quanto o menor graduado, dispõe de algum potencial para conciliação necessária, a depender do quadro conflitante apresentado.

Sendo assim, pode-se considerar a possibilidade da construção progressiva de relações mais democráticas e inclusivas na equipe de SF, do ponto de vista da horizontalização dos poderes, a partir da ideia na qual todos os sujeitos envolvidos na co-gestão do cuidado em saúde, portam poderes.

Nessa perspectiva, Foucault (1975, 2007 p.26 ) afirma que “é necessário admitir que o poder se exerce mais que se possui, que esse não é o privilégio, adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito do conjunto de suas posições estratégicas”.

“Os poderes e os micropoderes estão todos inseridos numa mesma rede de relações, apesar de ser praticado em níveis diferentes, com mecanismos, manobras, táticas e modalidades bem específicas” (FOUCAULT 1975, 2007 p.231).

*[...] Existe o poder de motivação [...] que é ter condições de puxar o grupo, de incentivar, de motivar, de facilitar as coisas [...] eu gosto muito de trabalhar com a (outra ACS), somos um casamento perfeito, muito bom, ela é uma pessoa que não desiste, eu já desisto, eu por outro lado, “ponho a mão na massa”, Se tiver que ligar, se tiver que correr atrás, buscar, ficar a madrugada inteira desenvolvendo, gosto de montar, de trabalhar com tecnologia, slides, som, com música, com dinâmica (ACS 5).*

---

<sup>4</sup> Iniciado na França e disseminado em outros países. Consultar o movimento institucionalista Barembliitt (1996 ) na obra Compêndio de Análise Institucional e, suas ideias estão relacionadas ao dinamismo e a não mobilidade, ao movimento por meio de processos de autoanálise e autogestão.

Na percepção desse trabalhador, o poder funcionaria como um dispositivo acionado no sentido de instrumentalizar os sujeitos na realização do trabalho de forma motivada. O poder seria expresso ainda como habilidade para contagiar o outro na perspectiva da proatividade e da composição do trabalho em equipe. Não somente como prática destrutiva.

Em si mesmo “o poder não é violência nem consentimento o que, implicitamente, é renovável. Ele é uma estrutura de ações; ele induz, incita, seduz, facilita ou dificulta; ao extremo, ele constrange ou, entretanto, é sempre um modo de agir ou ser capaz de ações. Um conjunto de ações sobre outras ações” (FOUCAULT, 1982, p. 220).

“Os homens no seu cotidiano se enfrentam e afrontam nas menores situações, envolvem-se, manifestam-se, entrecruzam-se, reagem, obedecem, cumprem, resistem, fundem-se, na prática do poder” (FOUCAULT 1975, 2007 p.231). Desse modo, não há relação de poder entre sujeitos livres, há o exercício de poder em um movimento constante de dominação/resistência, enfatiza (FOUCAULT 1995).

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 para várias condutas e comportamentos, o que abre brechas para relações mais simétricas, portanto, menos verticais.

No tocante a busca inquieta da equipe de SF para resolver problemas, cabe salientar outra estratégia que essa utiliza e, que de certa forma possibilita vislumbrar interconexões mais democráticas em sua vivência diária. Trata-se da redistribuição de papéis entre os elementos da equipe, objetivando a co-responsabilização do cuidado.

Vejamos os discursos:

*[...] Antes de vir trabalhar aqui eu o via [...] como médico, eu como paciente, mas entrando aqui, trabalhando aqui a gente vê que ele é muito diferente [...] daquela visão de médico [...] que a gente tem. Ele [o médico] é muito participativo, participa de tudo. A gente fez um baile de carnaval e ele foi ficou de porteiro (ACS 2).*

*O trabalho em equipe é um compartilhamento. Temos compartilhado e discutido isso na equipe, atualmente e em outras ocasiões [...]. Cada membro da equipe tem se esforçado nas atribuições, um fica a cargo de ver conta telefônica, o outro pela vacina, outro pelos*

*encaminhamentos para colposcopia [...]. Além de lançar minha produção, também faço o controle do SISPRENATAL, do HIPERDIA e da vigilância epidemiológica semanal e requisição de material mensal. Tenho compartilhado [com a equipe] isso atualmente, não sei se lembrei de tudo, porque a gente acaba fazendo tanta coisa a mais! (M).*

Esta seria uma mudança envolvendo o deslocamento do poder, nesse particular da figura do médico, que está posto no senso comum das pessoas, como profissional portador de atribuições bem definidas e centrais, funcionando como regulador do cuidado. Os depoimentos, no entanto, apontam para uma desacomodação do fazer médico, que começa a incluir outras responsabilidades na dimensão cuidadora em saúde, que vai além das consultas, dos exames, prescrições e procedimentos, os quais sempre conferiram ao médico, uma posição privilegiada na equipe.

Desse modo, os profissionais passam a compartilhar outras áreas do cuidado envolvendo a organização do serviço, que certamente não se encontram descoladas do ato de cuidar. Sendo assim, enxerga-se uma abertura para desconstrução de relações verticalizadas e ensaio de convívios mais igualitários no processo de trabalho da equipe de SF.

Isso não implicaria no enfraquecimento dos núcleos específicos dos profissionais, mas no seu fortalecimento, se considerarmos que o núcleo cuidador fica empobrecido, se este estiver focado somente na produção de procedimentos.

Nesse contexto, Campos (1997) afirma que é necessário à construção de outros caminhos, que impliquem em sair das polaridades representadas de um lado, pela especialização excessiva, causadora de verticalidade na organização dos processos de trabalho em saúde, com profundo desentrosamento das equipes; de outro, por uma completa horizontalização, igualando-se artificialmente todos os profissionais sem se ater às especificidades de cada profissão.

Posto isso, garantir a articulação dos diversos profissionais na prestação da assistência à população, é um grande desafio ao se repensar o processo de trabalho em saúde (MALTA, 2001). Isso envolve a criação de espaços para que novos pactos de organização do trabalho possam ser produzidos (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Esses espaços, portanto, são criados quando se promove a construção de lugares coletivos para reflexão sobre o processo de trabalho, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e, estabelecer um acordo que questione sempre a finalidade do trabalho desse coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção do cuidado em saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. Um espaço com tantos atores, com vários de pontos de vista, sempre suscita debates, inquietações, mobilização de afetos e desconfortos (MERHY; FEUERWERKER, 2002).

Partindo da discussão dos autores acima e com foco na possibilidade de desconstrução de relações tão assimétricas na equipe de SF, entende-se que somente pela ruptura da lógica predominante na saúde que privilegia um fazer em detrimento de outro, que será possível estabelecer relações mais horizontais no cotidiano das equipes. Compreendendo que é no microespaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas, que tais conquistas podem se dá (MERHY, 2002).

#### **4.5 A supervisão do enfermeiro como expressão de poder**

A supervisão do enfermeiro como ferramenta para gerenciamento da equipe de enfermagem e ACS apresenta-se como estratégia importante na construção de uma proposta de trabalho que possibilita a equipe refletir sobre suas práticas em saúde, sobre como atuam e quais os resultados colhidos. Sob esse enfoque, essa categoria propõe analisar a supervisão do enfermeiro a partir de como esse a idealiza e, como realmente tem acontecido no dia-a-dia de trabalho. A supervisão tem tendenciado mais para o compartilhamento e autonomia dos envolvidos, ou para o exercício de poder, controle e dependência destes?

##### **4.5.1 Ideário de Supervisão na visão do enfermeiro**

No depoimento que segue, a enfermeira evidencia ter clareza da supervisão que deveria acontecer junto aos trabalhadores, nesse caso cita os ACS. No entanto alega não poder fazê-la por conta de alguns fatores:

*No momento não tenho hora pra tá sentando com os ACS. Porque [tanto] eles como eu [temos] que ajudar cobrindo a recepção, e preciso apoiar a enfermagem [...]. Quando sento com eles tenho que fazer planejamento [...] com microáreas, não estou tendo tempo, todo dia eu passo lá na sala dos ACS: “Vocês já fizeram a relação das mulheres em período fértil” ? Que é uma das coisas que o PMAQ apontou com uma baixa coleta de papanicolaou [...] Aí eu quero fazer um levantamento pra fazer um mutirão e não consigo, porque as ACS ou tão em curso, ou resgatando banco de horas que tá extrapolando, tem muita atividade, ou elas tão cobrindo a recepção, ou eu tô ocupada. Então o tempo compromete a supervisão pela insuficiência de funcionários na equipe pra cada setor (E).*

*Observou-se que a enfermeira, possuía muitas atividades administrativas, tais como os relatórios técnicos referentes aos programas normativos, que lhe demandavam boa parte do tempo em seu consultório que fica localizado na parte posterior da unidade (DC).*

Uma das alegações da enfermeira é a falta de tempo da mesma, como também dos próprios ACS, que parece influenciar negativamente na relação supervisionar/ser supervisionado respectivamente. Há evidências de que existe uma sobrecarga de tarefas envolvendo a ambos, interferindo diretamente na dimensão da supervisão.

Santiago; Cunha (2011) ao realizarem levantamento sobre as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para realizar a supervisão, identificaram que a sobrecarga é um dos principais fatores de interferência, acarretando uma supervisão insatisfatória e superficial, com resultados deficitários.

Os autores alertam que nos serviços de saúde, existe uma urgente necessidade de reflexão sobre o papel do enfermeiro no tocante à ação de supervisão, considerando que a realidade vivenciada por esses trabalhadores nas equipes, implica em diversas funções, tornando a supervisão aplicada em empírica, assistemática, generalizada e, por vezes, postergada em razão de outras atividades que sobrecarregam esse profissional.

Outro estudo aponta que a sobrecarga do enfermeiro gerada pelas inúmeras demandas, sobretudo as de cunho administrativo, reforça as críticas sobre a divisão de trabalho entre os trabalhadores na equipe de SF. As equipes, sobretudo no nível central tem uma visão do papel gerencial do enfermeiro, incluindo da supervisão,

que não é coerente com a demandada da ESF (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010).

Por outro lado, a ocorrência da sobrecarga de trabalho por parte do ACS, também é verdadeira de acordo com o depoimento. Esse profissional está também envolvido com as atividades internas da unidade, como na recepção do usuário e no controle do arquivo de prontuários. Situação constatada no período de observação da pesquisadora:

*“Durante todo o período em que a pesquisadora esteve na unidade, foi observado que em todos os dias sempre havia ACS na recepção para dar suporte à equipe de enfermagem nos momentos de maior fluxo e cuidavam do levantamento e arquivo de prontuários. Os ACS sempre proferiam que se não saíssem da recepção não fariam nada daquilo que precisavam em relação as suas atribuições. Assim saiam para suas visitas, mesmo sob apelo de algum elemento da equipe que lhe pedia para ficar” (DC).*

As inúmeras demandas para o trabalho do ACS, por vezes dificulta a supervisão do enfermeiro como parceria para construção de uma proposta de trabalho. Vejamos outra observação que aponta isso:

*“A enfermeira vai ao encontro dos ACS e solicita-os que convoquem as pessoas para a reunião do conselho gestor e também para que os mesmos avisem-na quando terminarem o que estão fazendo (atualização de dados da ficha A), pois ela precisa “fechar” algumas coisas com eles, como acertar o banco de horas. Lembra também que os ACS precisam verificar a lista de mulheres em idade fértil; que estas devem ser convocadas para a coleta de “papanicolaou”. Um ACS comenta com outro: “Afim, o que precisamos mesmo fazer hoje”? Nesse momento eles se queixam para a pesquisadora, que não estão dando conta de tantas demandas e tem dificuldade para priorizá-las. Referem também que o PMAQ tem ocupado grande parte do tempo dos ACS, que precisam reunir muitos documentos e, a parte mais pesada fica com eles, completaram “ (DC).*

Ficou evidenciado que também a sobrecarga de trabalho do ACS pode ser agravada pela falta de supervisão da enfermeira, tendo em vista que eles, ACS, podem ter dificuldade para gerir o seu processo de trabalho em meio às várias demandas suscitadas.

Essa realidade foi confirmada também em estudo realizado por Wai;Carvalho (2009). Estes constataram que a falta de supervisão do enfermeiro mostra uma situação comprometedor, ao considerar que os ACS lidam com

adversidades várias no trabalho e, nesse caso, a supervisão se revelaria como um espaço para reflexão. Os autores argumentam ainda, que na pesquisa os ACS justificaram que a sobrecarga de tarefas, as quais o enfermeiro se submete, é um empecilho para a supervisão.

Nos trechos abaixo, nota-se que a enfermeira demonstra uma inquietação em relação à supervisão do ACS. A falta de tempo por parte do enfermeiro em relação a estes, faz com que se apropriem por conta, de ferramentas que julgam serem as mais adequadas para desenvolver o trabalho. De certo modo, isso impõe maior grau de dificuldade para o desempenho de suas ações, que talvez pudessem ser mais assertivas ou mais coerentes com as necessidades, se fossem estrategicamente trabalhadas com a supervisão do enfermeiro:

*As ACS tão criando uma certa autonomia. Às vezes não partilham as coisas com a enfermeira, com a equipe, é uma das discussões que a gente tem em equipe. Elas [ACS] tão criando uma autonomia que tá descaracterizando um pouco essa relação que tem que ser, vou dizer insubordinação, mas não é esse o termo, porque acho que é muito pejorativo, mas, perante o COREN, elas têm que sentar e fazer estratégia comigo principalmente, porque não adianta [...] fazer muita coisa aí fora e deixar de atender as gestantes [...] a um paciente que é um diabético que não faz uso adequado de medicação [...] as visitas são meio falhas, [isso] é a grande preocupação nossa. Tem que dar a aulinha lá na escola? Tem. Mas primeiro a gente tem que cuidar da nossa unidade. Eu trabalho em cima de estratégias e, eu não consigo fazer com eles, [abordagem] por risco, por prioridade (E).*

*A enfermeira refere que por conta da insuficiência de funcionários, ela acaba se desdobrando para realizar o trabalho na unidade, ficando a sua supervisão em relação aos ACS, negligenciada. E, essa falta de tempo para a supervisão, contribui para que os ACS fiquem mais "soltos" (DC).*

Outra abordagem nessa discussão, é válida quando se analisa a fala da enfermeira ao enfatizar a autonomia crescente dos ACS. Parece existir certa apreensão nesse sentido, demonstrando uma relação de poder hierárquica envolvendo a ambos. Primeiro: a enfermeira reafirma a sua condição legal sobre os ACS e, destaca que estes não se subordinam à sua supervisão, que pode ser entendida segundo sua colocação, como instrumento de poder. E, fica evidenciado que a supervisão idealizada pela enfermeira está pautada no controle das situações de cunho biológico, abarcadas pelos programas prescritos. Parece se tratar de uma supervisão que restringe o olhar para a

integralidade. Segundo: presume-se que os ACS por sua vez, podem se considerar capazes para organizar o seu próprio processo de trabalho, a partir do entendimento obtido, de que as demandas apresentadas são bem conhecidas por eles.

E, Talvez as respostas que o enfermeiro enquanto equipe, deseja dar para a população, estejam conformadas no modelo hegemônico que rege o processo de trabalho vigente. Isso influenciaria o modo de lidar com os ACS, levando-os a essa postura isolada em relação à sua supervisão, ou seja, tanto enfermeira como ACS estariam numa arena de correlação de forças por conta de possuírem diferentes concepções de cuidado em saúde.

A supervisão enquanto construção coletiva poderia promover a reorganização e direcionalidade do trabalho dos ACS, aumentando o seu grau de governabilidade nas ações desenvolvidas, enquanto sujeitos de transformação do território a eles destinado para operar o trabalho em saúde.

No ideário da enfermeira, a supervisão envolve o “sentar junto”, “trabalhar com classificação de risco”, “com estratégia” que pode ser depreendida como construção entre ACS e enfermeiro, na direção de uma reflexão acerca das dificuldades que esse primeiro, encontra na sua lida diária. Essa oportunidade para pensar, permite sobretudo ao enfermeiro, rever o seu modelo de supervisão, considerando que o ACS possui a investidura do saber popular que lhe dá condições de transitar pelos vários espaços (da equipe e da população), enquanto trabalhador-sujeito social que contribui com a nobre missão de promover a integralidade para melhorar a vida da população.

Em relação à supervisão da equipe de enfermagem, a enfermeira evidencia que também como acontece com os ACS, é a insuficiência de funcionários que aumenta a sobrecarga de trabalho dificultando a supervisão:

*Com a enfermagem eu converso andando, porque se eu tirar um técnico de lá, a outra fica sozinha não toca a recepção e a enfermagem. Então o tempo compromete a supervisão pela [insuficiência] de funcionários na equipe pra cada setor (E).*

A enfermeira parece compreender a supervisão como um momento isolado do processo de trabalho da equipe de enfermagem, em que os profissionais sob sua responsabilidade necessitariam ser deslocados de suas atividades para tal. Essa seria então vista, como um instrumento disciplinador na perspectiva do saber do

enfermeiro como detentor de maior nível de conhecimento a ser transferido para a equipe de enfermagem. Essa é uma evidencia do saber-poder que verticaliza o saber.

Essa lógica é reafirmada na observação abaixo:

*O que mais chama a atenção na análise da interação do enfermeiro com a equipe de enfermagem e ACS é o pouco tempo dispensado pelo primeiro no decorrer do trabalho. Em muitos momentos, foi possível observar que a enfermeira era consultada pelos técnicos sobre assuntos diversos que demandavam um parecer envolvendo maior complexidade, como em procedimento de puncionar um acesso venoso mais difícil, avaliar um caso suspeito, dúvida no esquema vacinal de criança, avaliação da mama de uma puérpera, entre outros (DC).*

Evidenciou-se uma relação de poder envolvendo enfermeiro e equipe de enfermagem, no que concerne aos saberes empregados na produção do cuidado. Isso expressa a divisão técnica do trabalho, que explicita não somente a hierarquização dos saberes, mas também da própria ação a ser realizada e, expõe as relações de saber-poder, responsáveis por submeter os sujeitos à produção da verdade.

Foucault (2007) afirma que é somente por meio da verdade regulamentada e institucionalizada, que se estabelece uma relação 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. Nesse caso, o saber do enfermeiro compõe uma produção de verdade a qual o técnico em enfermagem reconhece e se submete. Convém salientar, que particularmente na enfermagem, a relação verticalizada pautada no saber-poder, tem de certa forma, amparo na legislação que orienta estas duas categorias, uma vez que o enfermeiro tem a responsabilidade de supervisionar e coordenar as demais, advindas da enfermagem (Resolução COFEN-238/2000).

O conceito de supervisão que deve se aproximar da lógica de trabalho da ESF, portanto, deve permitir aberturas que funcionem como *linhas de fuga* para o já dado, como a supervisão no contexto da lei. Nesse caso, exigiria certo distanciamento do modelo tradicional de supervisão administrativo-gerencial de serviços de saúde que funciona como inspeção.

Corroborando, Reis; Hortale (2004) discutem a supervisão e mencionam que na visão tradicional, a supervisão tem a conotação de “visão sobre” o objeto de

trabalho desempenhado por outro e, define, comanda, impõe, fiscaliza e estabelece uma relação vertical entre supervisor–supervisionado, pautado numa gestão hierárquica que configura cobrança/auditoria.

Esses autores acrescentam que os entrevistados de seu estudo pontuaram que o supervisor não pode ter uma postura recriminatória de caráter punitivo, mas estabelecer relação horizontal, buscar estratégias para indicar e sugerir caminhos; deve saber dialogar; ter um olhar integrador e não fiscalizador (REIS; HORTALE 2004).

Considerando os novos modos de fazer o trabalho em saúde postos para a ESF, entende-se que o desenho de supervisão correspondente a essa nova configuração passa pela lógica do compartilhamento.

Nesse sentido, Matumoto et al (2005) descrevem que a supervisão de equipes aparece nos dias atuais, como um dispositivo para a construção da grupalidade e de um projeto de trabalho, com intuito de favorecer que as próprias equipes analisem suas práticas, reflitam sobre os modos de trabalhar e questionar os resultados obtidos.

Cabe salientar que não se trata de negar a supervisão como instrumento de gestão colocada pelo Ministério da Saúde (1982,1983) que sistematiza normas e procedimentos técnicos. Porém, o que se discute é: que um modelo de supervisão fundamentado no planejamento, na organização e avaliação de serviços de forma dada, é insuficiente para atender a proposta da ESF. Até mesmo porque no desenho convencional de supervisão, os resultados obtidos são avaliados por padrões previamente instituídos com controle dos processos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1982, 1983).

E, na ESF, os novos jeitos de fazer o trabalho, de certa forma questiona a todo tempo o “padrão” de resultado posto, pois nesse novo arranjo do trabalho em equipe, são as necessidades emergentes do ato de produzir saúde que vão instigar a equipe para buscar soluções, nem sempre prontas, mas trabalha-se com a (re) invenção num processo contínuo de ação-reflexão-ação, que torna a supervisão mais flexível, com vistas ao partilhamento do poder.

Diante desse panorama, o que pode ser apreendido nessa dimensão do estudo é que a supervisão segundo a lógica descrita no ideário da enfermeira não

acontece por uma série de motivos, que extrapola a questão da falta de tempo e, se relaciona com outros aspectos como os que envolvem as relações hierarquizadas, a direcionalidade do trabalho com foco na reprodução do modelo biológico, impresso na realização do cuidado e a relação de saber-poder, que situa a supervisão no domínio da potência do saber legitimado pela lei do exercício profissional e, reafirmado pela instituição.

#### **4.5.2 Como os profissionais da equipe de SF veem a supervisão**

Percebe-se que a supervisão esperada pelo trabalhador, tem ênfase nos procedimentos técnicos que expressa à hegemonia do modelo biomédico do trabalho em saúde.

*[...] A técnica [conhecimento técnico] é importante, se tiver um enfermeiro ou um técnico comigo às vezes numa visita, vai me ensinar. Porque você se depara com todo tipo de situação e te perguntam na rua, você precisa orientar em relação a medicação como a insulina [...] precisava de um supervisor pra tá acompanhando pra passar informação e enriquecer o trabalho, porque a gente é meio leigo, o que eu aprendi [foi] nos treinamentos nas palestras que fiz aqui com o médico na comunidade, assisti pra mim ter informação pra me beneficiar nas visitas [...] para eu ter mais conhecimento (ACS 4).*

Nesse caso o ACS sugere que suas visitas às famílias serão mais ricas se estas tiverem alicerçadas no conhecimento médico, que circula como componente validador dos atos em saúde.

O ACS desse modo, busca na supervisão, informações que valorizam os aspectos biológicos, que permitam conduzir o seu trabalho para uma atuação mais técnica, que envolve o conhecimento da doença e das formas de tratá-la.

De acordo com Chiesa; Fracolli (2004); Pinto; Fracolli (2010) ao representar a comunidade, o ACS aproxima o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais em três dimensões: técnica, política e assistência social. Entretanto, como o trabalho do ACS se mostra complexo e, a harmonia na atuação dentre essas três dimensões, se mostra de forma conflituosa, muitas vezes, o ACS direciona o seu trabalho para uma dimensão.

O ACS refere que a população busca também neles, informações sobre as questões biológicas, as quais esperam receber um conhecimento vindo de fora, do

seu supervisor como forma de instrumentalização para atender aos usuários numa perspectiva cultural de queixa-conduta. Ele chama atenção para a necessidade que apresenta em incorporar ao seu processo de trabalho, os conhecimentos estruturados da epidemiologia e da clínica. Na visão desse profissional, estes podem determinar o tipo de cuidado que oferta a população.

O ACS demonstra que a supervisão desejada, a que envolve a transmissão do saber médico, lhe permitirá mais segurança para o trabalho e, a falta dessa é apontada como um cerceamento da oportunidade de aprendizagem. Evidencia que uma visita domiciliar apropriada, requer certas informações técnicas, que a qualificam.

O profissional propõe que o seu papel de educador enquanto agente social seja **para** as famílias e não **com** estas. Assumindo um papel semelhante ao que ele espera da supervisão, na perspectiva de repasse de informações e não de construção conjunta, partindo da ideia na qual o ACS deveria trabalhar essencialmente o conhecimento popular e ser mediador entre esse e o conhecimento científico. Esse papel mediador do ACS, é trazido por alguns estudos, entre eles o de (BORNSTEIN, 2007).

Nessa discussão deve ser reconhecida e considerada a necessidade identificada pelo ACS, em receber orientações adequadas e pertinentes ao seu processo de trabalho, que pode incluir a educação em saúde para a prática, com base nos saberes da saúde coletiva. Essa proposição é trazida por Pinto; Fracolli (2010) ao elencarem a atuação do ACS nas dimensões técnica, política e de assistência social, as quais vão aproximar o saber técnico das equipes de saúde ao saber popular.

Destacam-se outras locuções nas quais os trabalhadores trazem a supervisão como forma de correção, fiscalização e até mesmo de controle do processo:

*O supervisor tem que chamar a atenção sim, mas na hora certa, no lugar certo, da maneira certa [...] (ACS 2).*

*Se existe algum [supervisor], do posto [unidade] com certeza é a enfermeira em primeiro lugar, depois a gestora e, depois o coordenador da rede básica. Eu imagino que o supervisor é aquele que verifica se o funcionário tá cumprindo a sua função de forma adequada. Acredito que é mais de fiscalização mesmo. No dia-a-dia de trabalho eu me reporto mais para a enfermeira (M).*

*Na supervisão tem a enfermeira e a farmacêutica que é responsável também. Eu recebo ordem das duas. Acho que é mais uma supervisão de aconselhamento de instrução sobre os procedimentos a serem tomados, acho que é bem isso, o que a gente precisa fazer exatamente, como organizar, limpar, dispensar, receber [na farmácia] (AA).*

*Acho que tem vários níveis de supervisão. A do dia-a-dia que é a enfermeira que tá com a gente [...] ela supervisiona meus procedimentos, meu comportamento, minhas atividades [...] é ela quem fala comigo pessoalmente, pra sugerir ou orientar se for necessário (AA).*

*A supervisão é o que a enfermeira faz, ela "fica de olho" pra vê se tá faltando isso, se tá faltando aquilo, se enviou o material, se enviou isso [...] fiscalizar tudo (TE 2).*

*Hierarquicamente tenho algumas funções com a [enfermeira], por ela cuidar de algumas atribuições, tenho que tá prestando satisfações à ela, por exemplo, meu ponto de frequência e outras à [gerente de saúde bucal] tudo que diz respeito à saúde bucal [...] ela deve gerir todas as unidades, ver se tudo está saindo nos conformes [...] aqui dentro, hierarquicamente é à ela que eu respondo. Vai depender da situação, eu vou me reportar a uma ou outra (D1).*

Se observarmos que os depoimentos acima partem das diversas categorias profissionais que compõem a equipe, constata-se que a enfermeira é apontada como supervisora de todos.

Nos trechos abaixo os trabalhadores descrevem uma supervisão localizada em um patamar, de forma hierarquizada que remete às suas bases históricas, na qual a supervisão tem por finalidade, apontar o desempenho do trabalhador, que é visto pela supervisão a partir de uma posição privilegiada que ocupa em relação ao observado/supervisionado:

*Acho que tem vários níveis de supervisão. A do dia-a-dia que é a enfermeira que tá com a gente [...] ela supervisiona meus procedimentos, meu comportamento, minhas atividades [...] é ela quem fala comigo pessoalmente, pra sugerir ou orientar se for necessário. Quando ela vê que tá acima dela, passa pra gestora. Se a gestora não resolve se não tem a capacidade do cargo, passa para coordenação [da rede básica] (M).*

*[...] Entendo que a supervisão vem de uma pessoa acima de mim. (TE3).*

Nota-se que há uma expectativa em torno de uma supervisão que usufrua de algum poder de mando na escala hierárquica e, que a priori tem em seu domínio respostas mais definitivas para as questões que representam maior dificuldade para a equipe. A supervisão vista por esse ângulo, teria certo poder de decisão.

A supervisão de acordo com a fala abaixo é concebida em alguém que tem o poder de fiscal. O próprio técnico em enfermagem faz a leitura de que um de seus pares exerce a sua supervisão quando verifica se foram realizadas todas as tarefa estabelecidas.

*O técnico de enfermagem também supervisiona um pouco, porque ele tá a bastante tempo aqui e trabalha há muito tempo com a enfermeira, então, ele tem um pouco disso também, de ficar olhando as coisas, de ver se tá feito isso, se tá feito aquilo [...] (TE 2).*

Percebe-se que o fato de o técnico em enfermagem trabalhar já há muito tempo com a enfermeira, isso também lhe confere o olhar da supervisão que fiscaliza segundo o relato.

Outra concepção acerca da supervisão apontada envolve fiscalizar se a população está satisfeita com o atendimento da unidade, uma vez que havendo reclamação destes, o supervisor tem que localizar na equipe, o trabalhador que descumpriu o estabelecido para corrigi-lo:

*A supervisão [...] tem que fiscalizar se o serviço tá indo bem, como que tá sendo feito, se tá tendo muita reclamação, o porquê tá tendo, tem que por as coisas no eixo, não deixar as coisas bagunçadas, porque se deixa, às vezes as pessoas muito a vontade, elas podem também não fazer direito as coisas (ASB 2).*

Segundo Ayres (2007) apud Ciampione (1985), o termo "supervisor" tem sua origem na palavra inglesa *supervise*, que significa vigiar, superintender, fiscalizar, dirigir, atribuindo à supervisão uma enorme expressão de autoridade e poder. De certo, a supervisão vista de maneira tradicional, enfatiza o controle no aspecto da fiscalização do trabalho, punição e registro das falhas no serviço.

Contudo, Correia; Servo (2006) ressaltam que essas formas de conceber e praticar a supervisão vem se alterando de acordo com o contexto político e social de

cada momento e, a função do supervisor tende a por seguir essas mudanças buscando realizar a supervisão de forma mais democrática para melhores resultados.

No relato abaixo o trabalhador reforça algumas falas anteriores que colocam a supervisão distante da equipe, com alegações de que essa é muito ocupada, não podendo se misturar ao “corpo a corpo” que a equipe faz na lida diária:

*Tenho que levar para o supervisor [...] só coisas muito sérias, [que] ele tem que tomar um partido. Por que se começar a levar coisinhas “[...]” (ASB 2).*

Além do mais, o supervisor na visão desse profissional tem a palavra final em situações decisivas. A expressão “tomar partido”, utilizada, pode significar que é esperado da supervisão que esta seja a mais habilitada para realizar um julgamento mais crítico em determinadas situações envolvendo a equipe.

Na observação da pesquisadora, ficou constatado que essa postura também era adotada pelos técnicos em enfermagem em alguns momentos do trabalho:

*Por diversas vezes, foram observadas situações em que os técnicos em enfermagem deslocavam – se em direção à enfermeira para buscar informações, as quais direcionava-os na tomada de decisão. Sobretudo em relação aos casos mais técnicos, que iriam resultar em uma conduta às vezes mais invasiva, ou nos impasses administrativos que demandavam uma solução. Isso, após serem esgotadas outras possibilidades apontadas pelos demais membros da equipe, procurando assim a supervisão (DC).*

Ficou evidenciado que alguns trabalhadores além de esperar que a enfermeira tenha uma “super-visão” de todo o processo de trabalho e principalmente para as questões mais cruciais na equipe, é ela quem deve dizer o que *não* se deve fazer. Vejamos essa locução:

*Eu vejo a supervisão ainda como chefe mesmo [...] que me observa que está sempre ali, vendo, se estou me envolvendo mesmo [...] se está dando certo. Caso faça algo que não seja o certo, vai chamar a gente para conversar [...]. Tá supervisionando e ensinando a gente, [...] é ver o errado, é o chamar a atenção, é abrir os nossos olhos [...] para as coisas que a gente não sabe [...] é tá sempre falando: -“Oh, não é por aí, é por aqui, você não pode fazer isso, você não pode fazer aquilo” (ACS 2).*

A literatura, conforme apontam os estudos de Minami; Ciampone (2005); Liberali; Dall’Agnol (2008) ; Reis; Hortale (2004); Santos; Ciampone (2007) revela avanços em relação à supervisão que vem se transformando de um instrumento de controle e fiscalização para uma ferramenta educativa, capaz de promover autonomias entre os sujeitos, em especial da equipe de enfermagem e ACS. Contudo, ainda se apresenta desafiadora para as equipe de trabalho na ESF. Fato constatado quando se remete às concepções de supervisão trazidas pelos trabalhadores envolvidos nessa investigação.

Em contraponto, dois trabalhadores retratam a supervisão sob um olhar diferente dos demais, conforme pode ser visto:

*E acho que é necessário ver como é que tá o material [do ACS], perguntar: -“O que vocês tão precisando”? – “ Vamos fazer um planejamento”? “Eu acho que tinha que ter um planejamento: -”, Vamos parar pra ver o que vamos fazer esse mês, vamos falar sobre esse tipo de problema [...] o que vocês acham que devemos fazer, tirar foto do bairro, montar um mural”? [...] Acho que isso faz falta [...] da supervisão em conjunto [...] porque a gente também tem que fazer alguma coisa, a gente tem que desenvolver . [...] Acho que isso faz falta [...] da supervisão em conjunto, não é impor, mas sentar (ACS 5).*

*A supervisão não é só pra ver defeitos, chamar a atenção, é para te auxiliar como equipe (ACS 4).*

A conquista de uma supervisão que tem foco na produção de cuidados em saúde requer uma abertura por parte do trabalhador, que lhe permita desprender-se de certas estruturas que configuram poder, trazidas nessa categoria do estudo, como supervisão-dispositivo, que fiscaliza, controla, decide e pune.

Nesse sentido, os depoimentos acima sinalizam para uma nova intenção na produção de saúde que transcende a produção de procedimentos como resposta para as necessidades levantadas. Diz respeito a uma elaboração conjunta da equipe de SF, que consiga na prática, incorporar novas tecnologias (fazer) na produção do cuidado, que contemplem de fato, as necessidades que a população tem.

Não se trata de fazer o já conhecido, mas lançar-se no ainda não tão revelado, dando espaço para uma supervisão que permita as várias vozes, os vários olhares e diferentes percepções, na construção de um projeto comum entre equipe.

Os argumentos de Fortuna (2003) auxiliam na compreensão dessa parceria, quando esclarece que a supervisão conduz para a finalidade do trabalho em saúde que é produzir vida e, produzir autoanálise e autogestão se fazendo passageira.

Matumoto et al (2005) referem que nossa realidade resulta de uma construção histórica e social e, para transformá-la teremos que fazer uso de dispositivos capazes de provocar a quebra de certezas construídas ao longo do processo histórico, refletir sobre essas certezas perante a demanda atual e reconstruí-las, arriscando novas formas de fazer saúde.

Pires; Gottens (2009) ao indicar o triedro emancipatório: conhecer para cuidar melhor; cuidar para confrontar; cuidar para emancipar, como instrumento para análise da gestão do cuidado em saúde na ESF, abre possibilidade para olhar a supervisão situada na perspectiva do cuidado, que pode revelar-se uma ferramenta de proteção/dependência e, em oposição pode guardar uma intenção pujante para o fortalecimento de autonomias.

Na análise das concepções de supervisão trazidas pela maioria dos trabalhadores, pode se verificar uma passividade dos mesmos, no sentido de aguardar sempre por uma intervenção externa, que se encarrega de: repassar informações prontas; orientações, regras estabelecidas, principalmente as restritivas e decisões conclusivas. A supervisão desse modo, pensando na produção do cuidado, revelou-se unilateral e, muito mais como instrumento rígido, de alienação e de dependência, do que de flexibilidade e promotora de autonomia dos sujeitos.

Reis; Hortale (2004) discutem que proposta da SF enquanto estratégia político - governamental para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do SUS converge para transformações importantes e é marcada por diferentes orientações políticas ideológicas acerca dos pilares da ESF, remetendo à necessidade de seu monitoramento e sinalizando assim, para indagações a respeito de uma supervisão que contemple a realidade que se projeta.

Aproveitando a análise dessa autora, avalia-se que tanto a maior parte das concepções reveladas nesse estudo quanto à maioria das apontadas na literatura consultada, convergem para uma supervisão ainda muito aprisionada a uma condição de gerência dos serviços na sua forma mais hierarquizada, que remete a questão

estrutural de como se organizam os serviços na sua essência. Falar em supervisão construída como empreendimento conjunto na ESF, parece ainda tratar de um descompasso, até mesmo porque a própria conjuntura organizacional que se forma e também caminha, conserva fortes impressões do modelo do capitalismo do qual ninguém escapa.

O desafio está posto para as equipes, esta tem a imperiosa incumbência de olhar e reolhar sempre para se construir e reconstruírem, rompendo com aquilo que é dado, com as velhas roupagens, que diariamente travestem conceitos e práticas no seio dos espaços de saúde, burocratizando e atrasando a mudança tão pretendida para a saúde e a vida das pessoas.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

As construções dessa investigação não tem a pretensão de encerrar conclusões, mas de destacar questões que possam apontar para caminhos a serem ainda percorridos. Busca-se provocar rupturas no modelo hegemônico e hierarquizado, que modela os serviços de saúde e as equipes, as quais o reproduzem em suas práticas diárias. Trata-se de revisitar o modo de pensar, organizar e realizar o trabalho em saúde a partir da análise de como a equipe interdisciplinar pode se articular para cuidar da população. Assim, esse estudo possibilitou analisar a forma como os trabalhadores de uma equipe de saúde da família interagem para produzir o cuidado e, ao mesmo tempo, como são produzidas as relações de poder no processo de trabalho.

Foram evidenciados polos de tensão materializados e apreendidos nos conceitos que os diferentes trabalhadores apresentam acerca do que é o cuidado e quais as ferramentas de uso mais adequadas, do ponto de vista das diferentes tecnologias em saúde.

Nessa perspectiva, pode ser observado que embora o ACS se veja enquanto facilitador do acesso, ao lançar mão das tecnologias relacionais, as chamadas leves, como predominantes no seu processo de trabalho, ainda enfrenta dificuldades na equipe para atuar nessa lógica. Ou porque a própria equipe atribui menor valia ao seu trabalho, ou ele mesmo apresenta a necessidade de se apropriar de outras ferramentas, como, por exemplo, do conhecimento técnico para desempenhar as ações. Isso mostra que o seu trabalho é capturado pelo modelo tecnicista e biologicista vigente.

No entanto, o desenrolar do processo de trabalho da equipe, evidencia importantes brechas para que o trabalhador consiga ampliar o seu autogoverno na direção do desvencilhamento das velhas práticas que o aprisiona. Embora seja própria essa característica do trabalho em saúde, de possuir linhas de fuga para sua realização, depreendeu-se que esse guarda uma potência, ao demandar a articulação dos saberes, ao mesmo tempo em que permite a equipe fazer ensaios para revisão dos poderes existentes. Contudo, a equipe de saúde da família estudada, mostrou uma tendência ainda pouco expressiva para provocar rupturas nas estruturas que

representam o poder no seu cotidiano de trabalho, podendo ser exemplificada no grau de dependência que possuem em relação à enfermeira, apontada como reguladora do processo de trabalho da equipe e, com certo domínio cristalizado, talvez respaldado pela própria equipe.

Por outro lado, partindo de alguns trabalhadores, em especial dos ACS, foi observado certo movimento que busca desacomodar essa linha hierarquizada de poder, o qual Foucault chama de resistência, na tentativa de experimentarem alguma autonomia para o fazer. Mas, 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 ou da própria equipe, reflete sobremaneira nas relações de poder que se estabelecem entre os profissionais que compõem a equipe de enfermagem incluindo também os ACS.

Outro apontamento, nesse sentido, diz respeito ao lugar que os programas prescritivos ocupam na ESF, em que nem sempre o que é ofertado ao usuário contempla a sua verdadeira necessidade. No entanto, a equipe vivencia uma tensão de contínuo, para buscar arranjos que caibam nesse modelo. Esta empreende esforços no cumprimento dos protocolos, pois, é por meio da execução destes, que a equipe é avaliada. Ao mesmo tempo precisa agir na perspectiva da criatividade para acolher e dar resposta a tantas outras novas demandas que não estão previstas.

Como desconstruir relações tão assimétricas nessa conjuntura?

Esse descompasso que permeia todo o processo de trabalho da equipe produz uma série de conflitos conforme relatado. Entretanto, acredita-se que esse tem a fecundidade de produzir outros movimentos, capazes de fortalecer processos autonomizantes, que pode ensejar uma desconstrução gradual de desigualdades entre os trabalhadores.

Esse estudo pode permitir 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 possuidores de um corpo de conhecimento próprio, enxergando o poder como uma prática circulante, que alterna de

lugar, que ao invés de concentrar em algum ou alguns, pode ser provisório, como uma manifestação instrumentalizadora na SF. É coerente dizer, que essa não é uma proposta pragmática para a equipe, mas compõe um processo ininterrupto de construção-reflexão, desconstrução-reconstrução pelo qual o trabalhador experimenta na sua vida diária, ao interagir com seus pares para atender ao usuário.

Observou-se que para concretização das ações desenvolvidas no território, existe uma forte mobilização interna por parte de determinados integrantes da equipe, que passa não somente pela atitude de solidariedade e cooperação entre estes, mas pelo compromisso com a resposta às necessidades apresentadas pela população adscrita.

Enfim, as considerações aqui pontuadas acenam para as contradições presentes no cenário de atuação das equipes de SF, as quais se impõem como desafios diante da proposta que a ESF tem e, faz um convite aos envolvidos no sentido de refletir as articulações, os contratos, as alianças e as relações da equipe de trabalho na SF. Sustenta-se aqui a necessidade de que esta assuma o protagonismo dessa mudança que envolve descortinar e reordenar poderes.

# REFERÊNCIAS

---

## REFERÊNCIAS

---

- ALDER, R. B.; RODMAN, G. **Comunicação Humana**. Rio de Janeiro: LTC, 2003. 394p.
- ALMEIDA, M. C. P. ; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**; 9: 150-153; 2001.
- ASSAD, L. G.; VIANA, L. O. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 5, p.586-591, 2005.
- AYRES, J. A.; BERTI, H. W.; SPIRI, W. C. Opinião e conhecimento do enfermeiro supervisor sobre sua atividade. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p. 407-13, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70. 223 p, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, LDA 2009.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- BASTOS, L. G. C. **Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- BOARETO, P. **A inclusão da equipe de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família (ESF)**. 2011. 32 p. Monografia (Especialização em Atenção básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.
- BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. In **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Vol. 2 n° 1 (3) janeiro-julho 2005.
- BORNSTEIN, V.J. **O Agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. 232 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- BOURDIEU, P. La distencion: **critério y bases sociales del gusto**. Madrid: Taurus, 1991 a. Tradução da edição original francesa.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação do exercício profissional da enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEn, 2001. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: gestão participativa Co-Gestão**. 2ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao\\_participativa\\_co\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf) >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 7.498/86 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <  
<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf> >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687/MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <  
[http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria\\_687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf) >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <  
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm> >. Acesso em 29 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149) >. Acesso em: 30 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** 4.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** - Brasília : Ministério da Saúde. Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **Supervisão em serviços básicos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Guia de supervisão em estabelecimentos de saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p.35,69-78, 2010.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 19(1): 45-53, 2010.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoa: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio public**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-66.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fio Cruz, p.53-92, 2006.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 39, n.1, p. 13-37, 1996.

CARDOSO, C. L. Relações interpessoais na equipe do programa de saúde da Família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.47-50, 2004.

CARVALHO, J.F.S.; CHAVES, L.D.P. Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa **Rev. Eletr. Enf.** jul/set;13(3):546-53, 2011.  
<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a21.htm>

CEZAR-VAZ, M. R.; MUCCILLO-BAISCH, A. L.; SOARES, M. C. F.; SOARES, J. F. S.; COSTA, V. Z.; KERBER, N. P. C.; BONOW, C. A.; SANTA'ANNA, C. F.; CARDOSO, L. S. Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: Uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.915-22, 2009.

CECILIO, L. C. de O.. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

CECILIO, L. C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.

CECILIO, L. C. de O.. O "Trabalhador moral" na Saúde: Reflexões sobre um Conceito. **Interface**, Botucatu, v 11, n. 22, agosto de 2007.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa**. 2.ed. São Paulo: Makron Books, 1992. 658 p.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 7, edição especial, p. 42-9, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**, 8. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006. 164 p.

CIAMPONE, M. H. T. Supervisão e enfermagem. **Revista Paulista de Enfermagem**, Brasília, v. 5, n. 3, p.111-3, 1985.

CORREIA, V. S.; SERVO, M. L. S. Supervisão da enfermeira em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p.527-31, 2006.

COSTA, D. T.; MARTINS, D. T. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.5, 1191-8, 2011.

CREVELIM, M. A.; PEDUZZI, M. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, Apr. 2005.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-Gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista Org & Demo**, Marília, v. 11, n. 1, p.31-46, 2010.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. **Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia**, 5 vols. São Paulo: Ed. 34, v. 3,.1995.

FALKEMBACH, E. M. F. **Diário de campo: um instrumento de reflexão**. **Contexto e educação**, Ijuí, v. 2, n. 7, p. 19-24, 1987.

FAZENDA, I. C. A. **Práticas interdisciplinares na escola**. São Paulo: Cortez, 1996.

FELICIANO, K. V. O; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 520-7, 2010.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-55, 2005.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Suppl. 1, p.1421-8, 2009.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação Saúde, Educacional**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 18, p. 498-506, 2005.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al . Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2008.

FLORENTINO, F. R. A.; FLORENTINO, J. A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Projeto Saber.Travessias** Vol. 3, N° 2; 2009.

FIGUEIREDO, Paula Pereira de et al. **Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde**. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 235-259. ISSN 0103-7331.

FOCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 528p.

FOCAULT, M. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. São Paulo: Graal, 1984. 232 p.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11 ed. São Paulo: Graal, 1993. 418 p.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11 ed. São Paulo: Graal, 2003. 407 p.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1979. 432 p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1982.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: \_\_\_\_\_ **Microfísica do poder**. 19 ed. São Paulo: Graal, 2006.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: \_\_\_\_\_ **Microfísica do poder**. 15 ed. São Paulo: Graal, 2000.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975 - 1976). SP: Ed. Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Editora Vozes, 1975, p. 161

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 22. ed. Petrópolis, Vozes, 2000. 445 p.

FOUCAULTa, 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, p. 231-249. 1995.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, Apostila, 2002.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividade**: em busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão Preto, 236f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida - notas cartográficas de Cuidando de quem cuida uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida**. Ribeirão Preto, 197f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

FORTUNA C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. 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**, março-abril; 13(2):262-8; 2005.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.) **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro, CEPESC, 2006. p. 459-74.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: **Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. In O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiando, HUCITEC, São Paulo, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Produção Imaginária da Demanda**: in PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (organizadores) “Construção Social da Demanda”. IMS/UERJ/CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.23, n. 2, p.200-5, 2010.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, V. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-81, 2006.

GOMES, D. C. R. (Org.). **Equipe de saúde: o desafio da integração**. Uberlândia: Editora da Universidade Federal de Uberlândia; 1997. 400 p.

GRANDO, M. K.; DALL'AGNOL, C.M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe de estratégia de saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.504-10, 2010.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI M. articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 18(2): 258-65; 2009.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 432 p.

HESS, R.; WEIGAND, G. A escrita implicada. **Cadernos de Educação - Revista Reflexões e Debates**, São Paulo, n. 11, p. 14-25, 2006.

JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 14, n.1, p.28-38, 2011.

KAWATA, L. S.; MISHIMA, S. M.; CHIRELLI, M. Q.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 18(2): 313-20; 2009.

KELL, M.do C. G.; SHIMIZU, H.E.. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Coletiva**. v..15, n.1, pp. 1533-1541, 2010.

KRUG, S.B.F.; LENZ, F. L.; WEIGELT, L.D.; ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

LANZONI, G. M. de M.; MEIRELLES, B.H.S. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19 (3): maio-jun 2011.

LAVOURA, L. M. S. **Poder e subjetivação segundo Foucault e Deleuze**. 2009. 103 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia Moderna e Contemporânea) – Faculdade de Letras, Universidade de Porto, Porto, 2009.

LAZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. [dissertação] Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

LIBERALI, J. DALL'AGNOL, C. M. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 279-82, 2008.

LIMA, R. C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

LOURAU, R. **El campo de coherencia del análisis institucional**. Buenos Aires: Cuadernos de Posgrado de la Universidad de Buenos Aires, 2: 1-70; 1995.

LURAMMINGER, T.; NARDI JUNIOR, W. D.; LURAMMINGER, T.; NARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p.91-6, 2001.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte 1993 - 1996**. 2001. 395 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos.. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n.1 , p. 61-6, 2003.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um ponto de atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.41-7, 2008.

MARX, K. **O capital**, crítica da economia política. Livro 1, volume I e II. São Paulo: Bertrand Brasil/DIFEL, 1987.

MARTINES, W. R. V; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, 41(3); 426-33; 2007.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso, uma estratégia de pesquisa**. São Paulo. Atlas S.A. 101p. 2006.

MATOS, F. G. **Negociação e sua dinâmica na empresa** - administrando o conflito. Rio de Janeiro: Ed. LTC- Livros Técnicos e Científicos, 1982.

MATTOS, R.A. de. A integralidade na Prática (UO sobre a Prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v.20, n. 5, outubro de 2004.

MATUMOTO, M; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B; ALMEIDA, M. C. P. Discussão de famílias na estratégia saúde da família: processo de trabalho em construção. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p.603-10, 2011.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Comunic. Saúde Educ.* 9(16): 9-24, 2004/2005.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B. ALMEIDA, M. C. P. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 6, p. 1001-8, 2009.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. Em A. M. Mendes (Org.), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: **Casa do Psicólogo** pp. 111-126, 2007.

MENDES GONÇALVES R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E. **Cuidado com o cuidado em saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida.** 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf> >. Acesso em: 30 mar. 2013.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate*, 27(65): 316-323 2003.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec: 2007.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos editorial, 1997. p.125-42.

MERHY, E. E. **Realizar no micro a luta Macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador.** 2001. Disponível em < <http://dc372.4shared.com/doc/bLNfAKX3/preview.html> >. Acesso em 30 mar. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ed. São Paulo: Editoria Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E (Org.) **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo, Hucitec, 2002. p.48-62.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Brasília: Ministério as Saúde, 2002. p.278-84.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, **Descentralizando e Democratizando o Conhecimento**, 9, 1992, Brasília. Cadernos. Brasília, p.91-6. v.1,1992.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E. E. (Org.); ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar editorial, 1997.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud - una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colect.**, v.2, n.2, p.147-60, 2006.

MINAMI, L. F.; CIAMPONE, M. H. T. Construção e validação de um instrumento de supervisão direcionado ao preparo e à administração de medicamentos. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, p.193-8, 2005.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 31-50.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISHIMA, S. A. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** - o caso do Programa de SF. 2003. 166p. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde? Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.137-56.

MISHIMA, S. M. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova? Uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em Debate** 2000; 54:66-74.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, Aug. 2012.

MOREIRA, A. F. B.. O pensamento de Foucault e suas contribuições para a educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, Aug. 2004 .

MORIN, E. **Método 3: O conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina 1999.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

NASCIMENTO, C. M. B. do. **Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife**. Recife: 2005. Disponível em [http://www.cpgam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/precarizacao\\_acs\\_rmr.pdf](http://www.cpgam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/precarizacao_acs_rmr.pdf) >. Acesso em 13 de maio 2013.

NEVES, C. A. B. cartografando na saúde os “inconscientes que protestam”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1953-1957, 2008.

NUNES, M. O. ; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B.A. ; HOMEM, C. R. MELO, M. C. I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6 1639-1646, nov-dez, 2002.

OJEDA, B.S, STREY, M.N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008.

OJEDA B.S. **A tecedura das relações saber-poder em saúde: Matizes de saberes e verdades** [doutorado]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Psicologia/PUCRS; 2004.

OLIVEIRA, A. A. Observação e entrevista em pesquisa qualitativa. **Revista FACEVV**,

Vila Velha, n. 4, p.22-7, 2010.

OLIVEIRA, D. C. de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro; out/dez; 16(4):569-76, 2008.

OLIVEIRA, H.M. de; 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 - Comunic., Saúde, Educ.** v 15, n. 37, junho de 2011.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 15. ed. Campinas: Papyrus, 2009.

PAIM, J. S. A investigação em sistemas e serviços de Saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, p.435-44, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. . **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125 p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.299-316, 1998.

PARANHOS, A. Política e cotidiano: as mil e uma faces do poder. In: MARCELLINO, N. C. (Org.) **Introdução às Ciências Sociais**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 49-58.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília mar-abril; 62(2): 265-71 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA; I.B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 419–26. Disponível em: < [http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic\\_profissoes\\_saude.pdf](http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf) >. Acesso em: 29 Mar. 2013.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002 .

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.

PEDUZZIa, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**; 35(1): 103-9; 2001.

PEDUZZIb, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. M. (organizadores). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCP, p. 161-177, 2007.

PEREIRA; I.B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p. Disponível em: < [http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic\\_profissoes\\_saude.pdf](http://pap.fundap.sp.gov.br/arquivos/dic_profissoes_saude.pdf) >. Acesso em: 29 Mar. 2013.

PERES, A.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, 2006.

PINHEIRO, A. L. S. Gerência de Enfermagem em Unidades Básicas: a informação como instrumento para a tomada de decisão. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 262-270, jul./set. 2009.

PINTO, A. A. M; FRACOLLI, L. A. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práxicas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 766-9, 2010.

PIRES D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**. 53: 251-63, 2000.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004.

PIRES, M. R. G.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar-abril; 62(2): 294-9, 2009.

PIRES, M. R.G.M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência e Saúde Coletiva** 10(4): 1025-1035 2005.

PIRESa, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, setembro-outubro; 13(5): 729-36 2005.

PIRESb, M. R. G. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 5 (Supl 1): S71-S81, dez., 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA. **Secretaria Municipal de Saúde**, 2012.

RAMOS, D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.27-34, 2003.

RAMMINGER, T.; NARDI, H.C. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, June, 2008.

REIS, L. B. **Uma análise de dimensão ético-política do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde do município de vitória**. 2005. 224f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

REIS, C. C. L.; HORTALE, V. A. Programa Saúde da Família: supervisão ou “convisão”? Estudo de caso em município de médio porte. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.2, 492-501 mar- abr 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Abr. 2004.

ROMANELLI, G. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI G.; BIASOLI ALVES, Z. M. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 119-133.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro; 13(6): 1027-34; 2005.

ROSSO, D. T.; SILVA, M. J. P. S., CIAMPONE, M. H. T. **O que você negociou hoje?** considerações sobre o processo de negociação. *Revista Nursing* , Barueri, v. 58, n. 6, p.22-6, 2003.

RUDIO, V. F. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 29 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 144p.

SÁ, E.T. PEREIRA, M.J.B; FORTUNA, C.M, MATUMOTO, S. MISHIMA, S. M. O processo de trabalho na recepção de uma Unidade Básica de Saúde: ótica do trabalhador. **Rev Gaúcha Enferm.**, set; v. 30, n. 3, 461-7, 2009.

SALES, A.A.R.; LIMA, F.R.F; FARIAS, F.S.A.B. Refletindo sobre a administração e negociação de conflitos nas equipes de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**; 20(2): 111-115, 2007.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007.

SANTANA, P. R.; SOUSA, M. F.; COSTA, A. A. A.; OSÓRIO, M. M.; SANTANA, P. M. A. As ações intersetoriais e a estratégia Saúde da Família na ótica de gestores, profissionais e usuários da saúde no município de João Pessoa, Paraíba. **Tempus – Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 2, p.76-87, 2009.

SANTIAGO, A.R.J.V.; CUNHA, J.X.P. Supervisão de enfermagem: instrumento para a qualidade da assistência. **Revista Saúde e Pesquisa**. Maringá, v.4 n. 3, p. 443-448, 2011.

SANTOS, E. P. S.; CIAMPONE, M. H. T. Avaliação de competências gerenciais: a percepção de alunos do curso de graduação em enfermagem da USP. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, p.395-401, 2007.

SANTOS, M. S. **Informatização de atividades administrativo-burocráticas de enfermagem relacionadas ao gerenciamento da assistência**. 2003. 117 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v.46, n.3, p. 665-672, 2012.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 2, p.30-42, 2009.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Públ.**, São Paulo, n. 20, p.1487-1494, 2004.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 1685-98, 2010.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** 9(16): 25-38. 2004/2005.

SILVA, J. A. DA; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v6, n10, p.75-96, fev 2002.

SILVA, T. L. e; DIAS, E. C.; RIBEIRO, E. C. de O. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, Sept. 2011.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (4): 493-503, out. / dez., 2005.

SOUZA H. M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In NEGRI, B.; VIANA, A. L. (organizadoras) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: **Sociedade Brasileira de Vigilância de medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão**; pp.221-40, 2002.

SOUZA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.181-87, 2009.

SOUZA, E. C. F. et al . Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24 n.1 100-110, 2008.

SPAGNOL, C. A. (Re) pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1): 119-127; 2005.

SPAGNOL, C. A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar**: como explicitar seus nós? 2006. 345 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SPAGNOL, C. A.; SANTIAGO, G. R.; CAMPOS, B. M. de O.; BADARÓ, M. T. M.; VIEIRA J. S.; SILVEIRA, A. P. de O. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP** vol.44, n.3, pp. 803-811, 2010.

TAKEMOTO, M. L. S; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.2 331-340, 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. in PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, pp. 89-111, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TRINDADE, L. L.; AMESTOY, S. C.; MUNIZ, L. A.; BIOLCHI, T. PIRES, D. E. P.; BACKES, V. M. S. Influência dos estilos de liderança do enfermeiro nas relações interpessoais da equipe de enfermagem. **Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería**, Murcia, n. 22, p. 1-9, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 176 p.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 5.ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 4, p. 563-568, out./dez. 2009.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 443-453; 2007.

VIEIRA, C. M. & CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família". **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 57 (1-2): 58-74, 2005.

VILLAS BOAS, L. M. F. M.; ARAUJO, M. B. S.; TIMOTEO, R. P. S. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1355-60, 2008.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman 2005.

# APÊNDICES

---

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE 1

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TRABALHADORES

Número: \_\_\_\_\_

Responsável pela coleta de dados: \_\_\_\_\_ Data da  
coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local da coleta:

Horário de início da entrevista: \_\_\_\_\_ Horário de término da entrevista:

Recusa da entrevista  Sim  Não Justificar:

#### **A. Informações Gerais**

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Sexo  F  M
3. Formação:  Nível fundamental  Nível médio  Nível técnico   
Nível universitário
4. ESF em que o profissional trabalha \_\_\_\_\_ 5 Qual é a sua função? \_\_\_\_\_
6. Número de meses em que trabalha na função na rede básica do município: \_\_\_\_\_  
meses

#### **B. Questões norteadoras para profissionais da Equipe Saúde da Família (auxiliares/ técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros que se avaliar como necessário)**

1. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho na ESF.
2. Fale sobre os aspectos favoráveis do trabalho na ESF.
3. Como você se vê dentro da equipe de trabalho?
4. Descreva a sua relação com os membros de sua equipe:
  - Enfermeiro
  - Auxiliares/ Técnicos em Enfermagem
  - Agentes Comunitários de Saúde
  - Agente administrativo
  - Médico
  - Dentista

- Auxiliar de saúde bucal
- Gestor de território de saúde

- 5 .Quem é o seu supervisor(a)?
6. Você se sente a vontade para conversar sobre tudo que ocorre no seu dia-a-dia de trabalho com o(a) seu(a) supervisor(a)?
7. Você se sente “ouvido”(a) quando fala em sua equipe?
8. Você se sente em algum momento influenciando de algum modo sua equipe?
9. Quem é o profissional de sua equipe que maior influência exerce sobre o grupo?
10. Na sua concepção o que é “poder”?
11. Esse conceito de “poder” que você descreve em algum momento é percebido por você dentro de sua equipe de atuação?

***Questões norteadoras para enfermeira da ESF***

1. Fale sobre o seu trabalho como enfermeiro da ESF?
2. No seu cotidiano como é sua relação de trabalho com os ACS e equipe de enfermagem?
- 4.Como se dão as relações dos ACS com outros profissionais da equipe de saúde da Unidade?
- 3.Como se dão as relações da equipe de enfermagem com outros profissionais da equipe de saúde da Unidade?
- 4.Que dificuldades você encontra no seu trabalho como supervisor do ACS e equipe de enfermagem?
- 5.Com quem é mais difícil trabalhar, com a equipe de enfermagem ou com ACS?
- 6.De que maneira você percebe que o enfermeiro exerce algum tipo de “poder” sobre a equipe de enfermagem e ACS?

Obrigada!

**APÊNDICE 2**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Prezado/a Sr/a. \_\_\_\_\_

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Análise das relações de poder que permeiam os processos de trabalho de uma equipe de saúde da família.**
2. Você foi selecionado/a por atuar como profissional de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro.
3. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Secretaria de Saúde de Araraquara para a qual trabalha.
5. O objetivo geral deste estudo é analisar as relações de poder que permeiam os processos de trabalho da equipe de saúde da família.
6. Sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista que será gravada e transcrita para posterior análise.
7. Os riscos envolvidos neste estudo são mínimos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. Você tem inteira liberdade para suspender a entrevista em qualquer momento, sem acarretar prejuízos pessoais ou profissionais.
8. Sua participação contribuirá para a ampliação dos conhecimentos sobre como se relacionam as Equipes na Estratégia Saúde da Família e, dessa forma discutir e apontar perspectivas que possam contribuir para a democratização das relações de trabalho entre os profissionais dessas equipes, visando a melhoria do cuidado em saúde que é ofertado.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre o conteúdo de sua participação. Asseguramos, também, que você não será identificado.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
**Iramildes Souza Silva**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
**Universidade Federal de São Carlos**  
Rua Manoel Rodrigues Jacob, 1081 – Santa Angelina/ Araraquara-SP  
Tel: (16)9993-6990; [iramildessouza@hotmail.com](mailto:iramildessouza@hotmail.com)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada da Rodovia Washington Luis, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### APÊNDICE 3

#### ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

**Local:**

Percepções iniciais: o ambiente, espaço físico, arranjo;

**Sujeito da pesquisa:**

Percepções iniciais;

Aparência, modo de agir, de falar;

A reconstrução dos diálogos – gestos, depoimentos, frases;

Eventos especiais – o que ocorreu e como foi;

As atividades – atividades desenvolvidas pelos sujeitos;

Comportamento dos sujeitos;

Citações;

Atitudes relacionais;

Interação dos sujeitos

**APÊNDICE 4a****Matriz de análise**

		<b>Categorização</b>		
UC	UR	Descrição do fragmento	Categoria (Agrupamento de temas)	Inferência

**APÊNDICE 4b****Recategorização**

<b>Categoria 1</b>	<b>Subcategorias</b>		
	a	b	C
Fragmentos das falas subcategoria (a)			
Fragmentos das falas subcategoria (b)			
Fragmentos das falas subcategoria (c)			