

Reflexos das relações de saber-poder no contexto da estratégia de Saúde da Família

Effects of knowledge-power relations in the context of the Family Health Strategy

Reflejos de las relaciones de saber-poder en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia

Bruno Neves da **SILVA**¹

Cícera Renata Diniz Vieira **SILVA**²

Antunes Ferreira da **SILVA**³

Wagner Maciel **SARMENTO**⁴

Gerlane Cristinne Bertino **VÉRAS**⁵

¹Enfermeiro graduado pelo Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 59078-970 Natal-RN, Brasil

²Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), 58.900-000, Cajazeiras-PB, Brasil

³Mestre em Filosofia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras (ETSC), Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), 58.900-000 Cajazeiras-PB, Brasil

⁴Enfermeiro graduado pelo Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Residente em Saúde da Família e Atenção Básica pela Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil

⁵Mestre em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri (URCA). Docente do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), 58.900-000, Cajazeiras-PB, Brasil.

Resumo

Introdução: A configuração das relações de saber-poder no contexto da Estratégia de Saúde da Família influencia fortemente na qualidade e capacidade cuidadora desse serviço. **Objetivo:** Analisar os reflexos da presença de relações de saber-poder no cuidado de saúde prestado pela Estratégia de Saúde da Família. **Material e Método:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido junto a 20 profissionais assistencialistas que compõem o quadro de profissionais das três unidades de Estratégia de Saúde da Família do município paraibano de Nazarezinho, realizado mediante entrevista gravada norteada por formulário semiestruturado. Os dados coletados foram transcritos e analisados sob a luz da Análise da Ordem do Discurso, realizada após a construção de duas categorias temáticas. **Resultados:** No discurso dos entrevistados, observou-se a percepção do entrelaçamento entre saber e poder, o qual se relaciona à formação profissional, destacando determinados trabalhadores como superiores e resultando em relações desiguais de poder que favorecem a prestação de uma assistência de saúde verticalizada e a aproximação das práticas da Estratégia de Saúde da Família do modelo curativista. A presença de relações de saber-poder implica em uma distribuição desigual de poder no contexto estudado, interferindo na interdisciplinaridade entre os profissionais. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de promover o empoderamento dos profissionais de saúde, com vistas a estabelecer sua autonomia para que prestem uma assistência de saúde horizontalizada, com integralidade e desnuda de relações de poder.

Descritores: Poder Público; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

Abstract

Introduction: The configuration of knowledge-power relations in the context of the Family Health Strategy strongly influences the quality and care capacity of this service. **Objective:** To analyze the reflexes of the presence of knowledge-power relations in the health care provided by the Family Health Strategy. **Methods:** We carried out a qualitative study, developed with 20 assistential professionals who make up the professional staff of the three units of Family Health Strategy of the municipality of Nazarezinho in Paraíba, Brazil, conducted through a written interview guided by a semi-structured formulary. The collected data were transcribed and analyzed under the light of the Analysis of the Order of Discourse, performed after the construction of two thematic categories. **Results:** In the speech of the respondents, there was the perception of entanglement between knowledge and power, which relates to the professional training, highlighting certain workers as superior and resulting in unequal power relations that favor the provision of a vertical health care and an approximation of the practices of the Family Health Strategy of the curativist model. The presence of knowledge-power relations implies in a unequal distribution of power in the studied context, interfering in the interdisciplinarity between professionals. **Conclusion:** It is necessary to promote the empowerment of health professionals, with a view to establishing their autonomy for provide a horizontal health care, with integrality and uncovered of power relations.

Descriptors: Public Power; Family Health Strategy; Primary Health Care; Patient Care Team.

Resumen

Introducción: La configuración de las relaciones de saber-poder en el contexto de la Estrategia de Salud de la Familia influye fuertemente en la calidad y capacidad cuidadora de este servicio. **Objetivo:** Analizar los reflejos de la presencia de relaciones de saber-poder en el cuidado de la salud prestado por la Estrategia de Salud de la Familia. **Material y método:** Se trata de un estudio de naturaleza cualitativa, desarrollado junto a 20 profesionales assistencialistas que componen el cuadro de profesionales de las tres unidades de Estrategia de Salud de la Familia del municipio paraibano de Nazarezinho, realizado mediante entrevista grabada orientada por formulario semiestruturado. Los datos recolectados fueron transcritos y analizados bajo la luz del Análisis de la Orden del Discurso, realizada después de la construcción de dos categorías temáticas. **Resultados:** En el discurso de los entrevistados, se observó la percepción del entrelazamiento entre saber y poder, el cual se relaciona a la formación profesional, destacando determinados trabajadores como superiores y resultando en relaciones desiguales de poder que favorecen la prestación de una asistencia de salud verticalizada y la aproximación de las prácticas de la Estrategia de Salud de la Familia del modelo curativista. La presencia de relaciones de saber-poder implica una distribución desigual de poder en el contexto estudiado, interfiriendo en la interdisciplinaridad entre los profesionales. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de promover el empoderamiento de los profesionales de salud, con miras a establecer su autonomía para que presten una asistencia de salud horizontalizada, con integralidad y desnuda de relaciones de poder.

Descriptor: Poder Público; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud; Grupo de Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

O estabelecimento de relações de poder surge ao passo em que uma equipe promove o cuidado de saúde, simultaneamente¹, e no espaço laboral, essas relações se dão em ciclos de sentimentos expressos no dia a dia, variando conforme as interações

prescritas pelo caráter tangível das relações de trabalho².

O poder constitui-se em objeto de estudo de diversos autores. Dentre eles, notoriamente se destaca o francês Michel Foucault. Diferindo de concepções

apresentadas por outros estudiosos, Foucault buscou realizar não uma teoria, mas uma genealogia do poder. Em sua obra “*Vigiar e punir: nascimento da prisão*”, publicada em 1975, o filósofo propõe estudar as transformações dos métodos punitivos mediante uma tecnologia política do corpo na qual se poderia reconhecer uma história comum das relações de poder³.

Foucault pensa o poder não como um privilégio obtido ou mantido pela classe dominante, mas sendo efeito de suas posições estratégicas, manifestado e, por vezes, reproduzido pelos que ocupam a posição de dominados³. Para o filósofo, o poder não se localiza no aparelho do Estado, e qualquer modificação na sociedade que se pretendesse realizar não ocorreria se os mecanismos de poder que funcionam num nível cotidiano e muito mais elementar, fora, abaixo e ao lado dos aparelhos do Estado não fossem modificados⁴.

O autor destaca, ainda, que o poder como resultado do efeito das posições estratégicas ocupadas por determinados sujeitos não se aplica apenas sob a forma de uma obrigação ou proibição àqueles que não o possuem, mas os inverte, perpassa-os, apoia-se neles, da mesma maneira que eles, em sua batalha contra o poder, usam os pontos que este alcança como apoio; nesse sentido, os indivíduos estão sempre em condição de sofrer sua ação ou de exercê-lo, visto que sua efetivação se dá em rede, nos diversos segmentos e sujeitos³.

A manutenção e aceitação do poder, segundo Foucault, ocorre devido ao fato deste não pesar apenas como uma força que diz não, mas que de fato permeia e produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz discurso, devendo ser considerado como uma rede de produção que passa por todo o corpo social, indo muito além de uma instância negativa de função repressora⁴.

Na área da saúde, a gênese das relações de poder que acontecem no interior das equipes, não se refere a formas de governo ou chefias, mas à existência de uma polarização instituída entre os indivíduos, separando-os entre aqueles que podem mais ou que podem menos, dando origem a uma hierarquia nas relações⁵, e no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) existem disputas de poder resultantes de uma acumulação histórica, cultural e ambiental⁶.

Essa configuração de poder polarizada afeta as divisões técnica e social do trabalho nas equipes de saúde, e estabelece que o indivíduo detentor de maior saber é aquele que também detém maior poder, sendo capaz exercer maior controle sob os que sabem menos e exigir sua obediência⁷. Essa relação de saber-poder disciplinar existente acaba por aprisionar os saberes em compartimentos, o que termina por dificultar a construção de uma proposta interdisciplinar na área da saúde⁸.

Diante disto, faz-se necessário compreender de que forma essas relações de saber-poder repercutem na assistência à saúde oferecida pela ESF, tendo-se em vista que podem apresentar-se como entraves à interdisciplinaridade e à horizontalidade desse serviço. Ademais, trata-se de uma temática ainda pouco explorada pela literatura. Objetivou-se analisar os reflexos da presença de relações de saber-poder no cuidado de saúde prestado pela ESF.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que possibilita objetivar um tipo de conhecimento que possui como corpo opiniões, valores, crenças, representações, ações e relações humanas e sociais sob a ótica dos sujeitos em intersubjetividade⁹.

O estudo foi desenvolvido nas três unidades de ESF do município paraibano de Nazarezinho, Brasil, que foi escolhido mediante a presença de relações de poder materializadas, sobretudo, pelo seu contexto político polarizado. A pesquisa não recebeu qualquer tipo de financiamento para sua realização.

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

A amostra foi selecionada por conveniência e composta por aqueles indivíduos que se adequaram aos critérios de seleção estabelecidos, que incluam profissionais enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal e os ACS das ESF do município que se encontravam na escala de trabalho no período da coleta de dados.

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

A realização da coleta de dados se deu nos meses de julho a outubro de 2017 por meio de entrevista gravada mediante o uso de formulário semiestruturado contendo questionamentos norteadores subjetivos de caráter exploratório, relacionados ao tema proposto.

Mediante capacitação prévia, as entrevistas foram realizadas pessoalmente pelo pesquisador principal, da área de enfermagem. Não houve relacionamento anterior deste com os participantes do estudo, com exceção daqueles cujas entrevistas foram agendadas e realizadas no domicílio dos profissionais. Ressalta-se que todos os participantes conheceram os objetivos, interesses e a justificativa do tema de pesquisa mediante explanação do pesquisador apenas no momento da coleta de dados.

Após esclarecimentos de eventuais dúvidas

dos participantes e da assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram gravadas em local reservado localizado na unidade de ESF onde os profissionais atuavam, em ambiente calmo e sem intercorrências ou presença de terceiros. Quando não houve possibilidade de executar a entrevista na ESF, houve um agendamento prévio com alguns dos sujeitos e a entrevista se deu no âmbito dos seus domicílios, as quais também procederam de forma favorável à coleta de dados. Não ocorreu a realização de teste piloto no início da coleta de dados, tampouco houve repetição de entrevistas com o mesmo profissional.

O tempo de duração de cada entrevista variou muito entre os profissionais, sobretudo em decorrência da maior timidez de alguns, visto que nos cenários onde a coleta de dados foi realizada, não é frequente o desenvolvimento de pesquisas. O tempo médio de duração foi de cerca de 10 minutos. Não houve contato posterior com os participantes para esclarecimento ou correção de alguma declaração dada por estes e tampouco *feedback* posterior por parte dos participantes acerca dos resultados da realização da pesquisa. Não se adotou o critério de saturação teórica no tratamento dos dados deste estudo e estes foram codificados pelo discente pesquisador sem o auxílio *softwares*.

Quanto aos profissionais entrevistados, estes se apresentaram calmos e relaxados em participar da pesquisa, demonstrando timidez, inicialmente, apenas com o fato de a entrevista ser gravada, sentimento que foi minimizado após explicação acerca do anonimato do conteúdo das respostas e dos objetivos do estudo.

A amostra desse estudo totalizou 20 profissionais, tratando-se de três enfermeiros, dois odontólogos, um médico, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e 11 ACS. Quatro indivíduos recusaram participar da pesquisa, sendo um médico, um técnico de enfermagem e duas técnicas de saúde bucal, referindo ausência de tempo; e nove profissionais não puderam ser contatados durante o período de coleta de dados, sendo um odontólogo, um médico e sete ACS.

Quanto ao perfil da amostra, esta foi predominantemente feminina (75%), com maioria de profissionais casados (65%) e apresentando média de idade de 39,85 anos.

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos e organizados sob uma perspectiva temática e categorial¹⁰ e analisados a partir do método de Análise da Ordem do Discurso, proposto por Foucault em sua aula inaugural no *Collège de France* em dezembro de 1970.

Em tal perspectiva, a análise do discurso não desvenda um sentido de uma forma universal, mas apresenta, à luz do dia, a trama de rarefações impostas, com um poder fundamental de afirmação¹¹.

Para Foucault, as “coisas ditas” são radicalmente amarradas às dinâmicas de saber e poder do seu tempo, e as práticas discursivas compreendem falar conforme determinadas regras, explicitando relações que se dão dentro de um discurso, não se referindo apenas à expressão de ideias e pensamentos¹².

A análise utilizada neste artigo privilegiou o princípio de exterioridade discutido por Foucault, que leva em consideração os fatores externos que constituem o discurso, compreendendo os saberes (peças de relação de poder) a partir de condições externas a eles mesmos¹³.

Quanto aos aspectos éticos e legais, este estudo obedeceu todos os preceitos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, constituindo-se em um recorte da pesquisa intitulada “Relações de poder: percepções no cenário da ESF”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande sob parecer de número 2.131.776. O anonimato dos entrevistados foi preservado a partir da utilização de um codinome, escolhido mediante sorteio e correspondente a uma carta de baralho de naipe aleatório, quando suas declarações foram utilizadas no decorrer do texto.

Na descrição deste estudo foi utilizada a diretriz denominada COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*), desenvolvida para permitir a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos¹⁴. A avaliação da qualidade metodológica do estudo foi realizada aplicando-se o instrumento *Critical Appraisal Skills Programme*¹⁵, e o presente artigo foi classificado com nível A (6 a 10 pontos), pressupondo apresentar viés diminuído e boa qualidade metodológica.

RESULTADOS

A partir do questionamento norteador “Como se caracterizam as relações de saber-poder existentes no ambiente de trabalho da ESF?” emergiram duas categorias por critério semântico: “A relação saber-poder na Estratégia de Saúde da Família” e “Repercussões da verticalização do poder na assistência à saúde”, analisadas mediante a Análise da Ordem do Discurso com posterior confronto destas análises com a literatura pertinente.

○ A relação saber-poder na Estratégia de Saúde da Família

No discurso dos entrevistados, observou-se a percepção do entrelaçamento entre saber e poder e, conseqüentemente, das relações de saber-poder presentes na ESF, cenário em que o exercício de maior poder dentro da equipe estaria sujeitado a um maior acúmulo de saber pelos seus componentes, sendo que tal saber estaria relacionado à formação profissional, como referido a seguir.

Questão do conhecimento... se ele [o profissional] tem conhecimento, se ele está capaz, certeza ele vai ter mais poder de tomar decisões (REI DE COPAS). Na minha opinião os fatores que determinam isso [poder] é mais a questão da escolaridade. Tipo, eu sou uma ACS, de nível técnico, e tem uma enfermeira na minha equipe que é de nível superior e o médico também... então eu acho que é só isso que define (DOIS DE ESPADAS).

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

Analisando a passagem desses discursos em sua aparição e regularidade para as suas condições externas de possibilidade, conforme privilegia o princípio da exterioridade, tem-se que os indivíduos que possuem notório saber em determinada área do conhecimento assumem, diante da sociedade, uma maior respeitabilidade, prestígio e autonomia, decorrentes do seu grau de instrução. Tal fato também se encontra embasado em fatores culturais e sociais, visto que aqueles indivíduos com mais anos de escolaridade também são socioeconomicamente privilegiados e colocados socialmente em evidência.

Nessa perspectiva, observa-se a formação de uma micropolítica de “maior-saber-maior-poder”, e os discursos destacaram o médico como superior na equipe, por possuir mais anos de escolaridade, e conseqüentemente, mais saberes em comparação às demais categorias. Essa percepção de superioridade se constitui em uma relação desigual de poder criada a partir do saber.

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

A crença social de que os profissionais da medicina possuem mais saberes que os demais acaba por instituir uma hierarquia dentro do serviço de saúde, que os coloca no topo. Tais proposições, entretanto, acabam por desvalorizar os diversos saberes detidos pelos demais trabalhadores, equivalentes aos saberes possuídos pelos profissionais médicos, não apenas no número de anos de escolaridade, mas pela diversidade de conhecimentos inerentes a cada processo de trabalho de cada categoria profissional.

Tais constatações permitem ser apreendidas mediante observação dos próximos discursos.

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

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

Evidencia-se uma noção de superioridade entre profissionais mediante o nível de formação acadêmica que estes possuem, visto que os profissionais de nível médio e fundamental são relatados como inferiores aos de nível superior, que, entretanto, não são colocados em igualdade, visto que o profissional médico é tido como superior ao enfermeiro, por exemplo, resultando em uma construção de uma espécie de supremacia médica.

Destaca-se, ainda, a percepção de menor respeitabilidade dos direitos profissionais das categorias que não figuram no topo da hierarquia de poder estabelecida na ESF. É interessante salientar que mesmo com essa percepção, os profissionais tendem a seguir um comportamento que reproduz a formação dessa hierarquia, valorizando mais o processo de trabalho de determinados profissionais do que os seus próprios, o que é exteriorizado em suas falas e que pode advir do contexto econômico, social e cultural no qual a ESF se encontra inserida.

○ *Repercussões da verticalização do poder na assistência à saúde*

A verticalização da assistência de saúde reverbera em uma hierarquização na qual, muitas vezes, o cuidado de saúde prestado por determinados profissionais sobrepõe o de outros, sendo que esse cuidado acaba por ser focado nas necessidades profissionais e não nas dos atores sociais, usuários do serviço. Ressalta-se que essa hierarquização refere-se às práticas dentro do serviço da ESF, que prejudicam a interdisciplinaridade, e não à hierarquização enquanto princípio organizativo do Sistema Único de Saúde.

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

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

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

Analisando a ordem destes discursos a partir de sua exterioridade, percebe-se que a ESF organiza-se em torno do trabalho dos profissionais médicos, que não consideram as situações clínicas apresentadas pelos usuários do serviço e tampouco a organização do trabalho que deveria existir na Saúde

da Família: interdisciplinar e horizontal, pautada no trabalho em equipe.

É importante salientar que não ocorre penalização por parte da gestão municipal para esses descumprimentos, que se traduzem em uma relação de poder prejudicial ao funcionamento e resolução dos problemas de saúde do usuário pela ESF.

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

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

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

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

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

Nos discursos, percebe-se uma noção de subordinação e de desrespeito ao processo de trabalho dos profissionais. Cabe destacar que em suas condições externas, esses depoimentos podem estar cercados de uma naturalização por parte dos trabalhadores da submissão, do desrespeito e do controle excessivo efetuados na ESF, visto as percepções de subordinação profissional observadas em seus discursos.

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

A equipe de saúde da família, em se tratando das relações de trabalho integrativas mesmo, elas acabam sendo mesmo entre ACS e enfermeiras, que eles estão mais ligados, o tempo todo, o processo de trabalho deles é bem intrínseco mesmo, e o da gente... [...] os profissionais ficaram à deriva, soltos, cada um fazendo o seu trabalho [...] (VALETE DE PAUS). Positivamente tem mais o enfermeiro e o agente [ACS] que sempre tá presente... sempre é o enfermeiro que vai na visita, sempre é o enfermeiro que faz a visita à puérpera (OITO DE PAUS).

Tal falta de integração profissional está em discordância ao que prevê os moldes da ESF.

DISCUSSÃO

No pensamento foucaultiano, o poder deve ser compreendido como uma relação fluante, não

estando localizado ou detido por nenhuma instituição ou alguém. O saber, por sua vez, encontra-se em uma relação de formas e conteúdos. Sendo assim, para o estabelecimento do poder seria necessária força, enquanto que para estabelecer o saber necessitar-se-ia, apenas, apreender ou ensinar. Partindo dessas premissas, a formação do sujeito se daria mediante o entrecruzamento entre poder e saber¹⁶.

Para Foucault, o poder, longe de empatar o saber, o produz, tendo força justamente por não possuir apenas função repressora, mas por conceber efeitos positivos a nível do saber⁴. As discussões do filósofo permitem pensar as relações de poder como principiadoras de saber, e não apenas como um relacionamento entre dominantes e dominados, argumentando que poder e saber estão intimamente relacionados, de forma que não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, e nem saber que não constitua relações de poder³.

As percepções dos entrevistados acerca do entrelaçamento entre saber e poder podem estar relacionadas à compreensão por parte da amostra de poder como autonomia profissional, sinônimo de emancipação e autodeterminação, visto que o saber é um importante instrumento para determinação da autonomia profissional, uma vez que um novo saber torna possível a criação de relações de poder, sendo que este está impossibilitado de ser exercido sem que haja a sustentação da autonomia¹⁷.

Cabe também destacar que o conhecimento técnico-científico é indispensável para a prática do cuidado profissional, sendo, por conseguinte, indissociável da prática e das normas que regularizam as relações profissionais, constituindo um discurso aceito como verdade e retratado como uma relação de saber-poder pela qual se pode exercer o próprio poder¹⁸. Ademais, a articulação das categorias conhecimento, poder e emancipação, sob ótica epistemológica e política compõe o triedro do cuidar¹⁹. Assim, o exercício de poder referido poderia estar ainda relacionado ao conceito de cuidado com a comunidade, visto que este engloba conhecimento e poder.

A micropolítica construída no contexto da ESF acerca da superioridade médica relacionada ao exercício de conhecimento por esta categoria profissional encontra-se com a exterioridade dos discursos proferidos, visto que os profissionais da medicina possuem maior reconhecimento social entre os profissionais da saúde já descrito em outros estudos na literatura, a exemplo de um estudo que objetivou investigar as bases do poder médico sobre o estresse de profissionais de enfermagem, no qual pesquisadores identificaram que estes (sobretudo os técnicos e auxiliares de enfermagem) apresentavam maior percepção do exercício do poder legítimo pelos profissionais da medicina²⁰.

Esta percepção não se faz presente apenas

entre os profissionais de enfermagem, mas é historicamente construída, visto que outros autores apontam que as relações de saber-poder existentes nos serviços de saúde são resultantes de uma construção social complexa e fecunda, que se cristalizou ao longo do tempo no imaginário social como o poder do profissional da medicina sobre a vida e a morte do indivíduo doente, o que explicaria a suposta diferença dessa categoria profissional em relação aos demais²¹.

Ademais, os profissionais médicos possuem muita dificuldade em reconhecer-se na categoria de trabalhador, colocando-se, muitas vezes, na condição de possuidor dos meios de produção. Tal dificuldade compromete a assistência de saúde produzida pela ESF, pois prejudica o trabalho em equipe e a interação multiprofissional²².

Pesquisadores destacam que determinado sujeito tem mais poder à medida que exerce um domínio e estabelece certo grau de condicionamento sobre a ação dos outros, estando tal fato relacionado à posição ocupada por esse sujeito no serviço e ao seu lugar na divisão técnica e social do trabalho. Nessa perspectiva, a superioridade percebida pelos entrevistados acerca de determinados profissionais podem relacionar-se a tais fatores²³, e a manutenção do poder institucional do profissional médico acaba por desvalorizar a atuação dos demais profissionais de saúde, que são tomados como atores coadjuvantes²⁴.

A existência da relação saber-poder entre os profissionais da ESF explicita que estes implicam e são implicados entre si, e não deve ser concebida de forma independente das vivências humanas e do constante processo de reformulação e de transformações do que se é estabelecido, devendo a obtenção do saber não acontecer de cima para baixo, mas a partir da interação entre os profissionais, pelo próprio sujeito²¹.

A partir da verticalização da assistência na ESF e na sua organização estando guiada por um enfoque médico-centrado, ocorre uma organização do serviço de saúde para atuar sobre problemas específicos através do atendimento do profissional médico, o que gera uma subordinação dos saberes e ações dos demais profissionais à lógica médica, ocasionando, assim, uma diminuição da capacidade cuidadora da equipe e um empobrecimento da oportunidade de integração de outros saberes para o aprimoramento da ação clínica²². Tal enfoque aproxima o modelo de saúde da família do modelo biomédico curativista.

Quanto às cobranças e ao não reconhecimento profissional, constata-se nas relações de poder estabelecidas em uma equipe de ESF, ou, ainda, em todos os níveis da gestão, que ocorre uma dominação por meio da redução da potência do outro mediante o exercício de relações coercitivas de

gestão do trabalho, ou não-reconhecimento profissional, ou a partir de qualquer outra forma de agir que corrobore com os diversos entraves presentes no cotidiano de trabalho²⁵.

As formas de efetuação de cobranças descritas e o não-reconhecimento profissional referidos pelos sujeitos, vão ao encontro do estabelecimento dessa dominação referida e constituem-se em entraves para uma horizontalidade no relacionamento profissional da equipe da ESF. Outros estudos corroboram que a falta de reconhecimento profissional impede o bom funcionamento do processo de trabalho e ocasiona insatisfação nos profissionais²⁶.

Vale salientar que estas posturas de poder presentes na ESF descumprem o que se encontra estabelecido na Política Nacional de Humanização, que prevê uma comunicação entre gestores e trabalhadores (e também usuários) visando a construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder²⁷.

Essas cobranças e o controle, quando exercidos de forma excessiva, revelam uma centralização de poder nas mãos de poucos e determinados indivíduos, o que acarreta em desestímulo naqueles que não exercem tal poder²⁸.

Em relação à desintegração da atuação entre os profissionais, a multidisciplinaridade que constitui a área da saúde produz territórios individualizados, formados pelas diferentes profissões e/ou especializações nela presentes. Esses territórios possuem propriedade e poder em relação aos demais e, ao se fecharem em torno de si mesmos, impedem a instituição de novas oportunidades de se pensar e agir em saúde²⁹, tendo em vista que essa divisão em parcelas especializadas não define de forma igualitária o parcelamento de poder entre os diferentes profissionais³⁰, o que dificulta a interação interdisciplinar necessária entre os componentes da equipe de saúde, primordial para a construção da assistência à saúde.

A proposta de assistência da ESF visa um atendimento horizontalizado à comunidade, com vistas a superar a hegemonia do modelo centrado na figura do profissional médico, propondo uma nova maneira de assistir à comunidade, colocando como ponto principal o trabalho multiprofissional, sendo que tal abordagem representa um processo de relações a serem idealizadas pelos próprios profissionais, possuindo diversificadas possibilidades de significados, ao integrar os diversos saberes da equipe³¹.

Entretanto, quando o trabalho em equipe é realizado apenas por determinados trabalhadores, o cuidado de saúde proporcionado pela ESF, que é resultado da articulação de uma equipe multiprofissional, acaba por ser prejudicado, verticalizando-se em um atendimento que pode se

tornar uma dicotomia profissional-usuário, em que a assistência é centrada no modelo queixa-conduta, o oposto do que a ESF visa realizar.

CONCLUSÃO

As formas como as relações de poder são percebidas e exercidas no contexto da ESF influenciam fortemente na qualidade e capacidade cuidadora deste serviço.

Os achados do estudo em tela evidenciaram que a compreensão e correlação entre saber-poder, bem como a maior valorização de determinados profissionais dentro das equipes de ESF, influência, muitas vezes, de um contexto histórico, social e cultural, promovem a hierarquização da assistência prestada pelo serviço, o que favorece uma verticalização do cuidado e uma aproximação da ESF do modelo biomédico, dificultando o trabalho em equipe e, conseqüentemente, prejudicando a assistência interdisciplinar.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de se superar as relações de saber-poder consolidadas na ESF, com vistas a proporcionar uma assistência de saúde horizontalizada, com enfoque nas demandas dos atores sociais, usuários do serviço, e pautada na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe. Nesse sentido, o empoderamento dos profissionais emerge como uma estratégia valiosa para promover a autonomia dos trabalhadores e permitir o alcance dessa assistência integral e horizontal.

REFERÊNCIAS

1. Silva IS, Arantes CIS. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(3):607-15.
2. Veloso ISC. Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
3. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 35. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
4. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
5. Oliveira HM, Pires TO, Parente RCP. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. *Sau & Transf Soc.* 2011;1(2):17-26.
6. Goldstein RA, Barcellos C, Magalhães MAFM, Gracie R, Viacava F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. *Ciênc saúde coletiva.* 2013;18(1):45-56.
7. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. 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.* 2005;13(2):262-68.
8. Cavalcanti PB, Carvalho RF. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? *Sociedade em Debate.* 2010; 16(2):191-208.
9. Minayo MCS. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciênc saúde coletiva.* 2012; 17(3):621-26.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Foucault M. *A ordem do discurso*. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola; 1999.
12. Fischer RMB. Foucault e a análise do discurso em educação. *Cad Pesqui.* 2001(114):197-223.
13. Oliveira LHS, Mattos RS, Castro JBP, Luz MT. Práticas corporais de saúde para pacientes com fibromialgia: acolhimento e humanização. *Physis.* 2017;27(4):1309-32.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57.
15. Critical appraisal skills programme [Internet]. 10 questions to help you make sense of qualitative research. [Acesso em 2017 Ago 16]. Disponível em: <http://www.cfkr.dk/images/file/CASP%20instrumentet.pdf>.
16. Ferreirinha IMN, Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Rev Adm Pública.* 2010;44(2):367-83.
17. Marques GS, Lima MADS. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(1):41-7.
18. Baptista MKS, Santos RM, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4):1-7.
19. Pires MRGM, Göttems LBD. Análise da gestão do cuidado no Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62(2):294-99.
20. Costa DT, Martins MCF. Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder do médico. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1191-98.
21. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate.* 2015;39(107):1044-52.
22. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu).* 2005;9(16):9-24.
23. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir

- comunicativo. *Saúde Soc.* 2011;20(4):1018-32.
24. Barreto SAP, Bertani IF. Rituais do poder nas organizações de saúde. *Serv Soc & Saúde.* 2005;4(4):39-54.
25. Galavote HS, Franco TB, Lima RCD, Belizário AM. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(46):575-86.
26. Lima L, Pires DEP, Forte ECN, Medeiros F. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Esc Anna Nery.* 2014;18(1):17-24.
27. Ministério da Saúde (BRASIL). Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2015.
28. Sulti ADC, Lima RCD, Freitas PSS, Felsky CN, Galavote HS. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2015; 39(104):172-82.
29. Ojeda BS. A techedura das relações saber-poder em saúde: matizes de saberes e verdades [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2004.
30. Gaiva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em uti neonatal. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2004;12(3):469-76.
31. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface Botucatu.* 2011; 15(37):539-50.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Bruno Neves da Silva

nevess.bruno5@gmail.com

Submetido em 24/09/2018

Aceito em 12/03/2019