

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

Trabalho multiprofissional em Saúde da Família no interior  
do Estado do Amazonas: relações de poder na perspectiva  
arendtiana

HADELÂNDIA MILON DE OLIVEIRA

MANAUS, 2009.

Universidade Federal do Amazonas  
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane-CPqLMD/FIOCRUZ  
Universidade Federal do Pará  
Mestrado em “Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia”

HADELÂNDIA MILON DE OLIVEIRA

Trabalho multi profissional em Saúde da Família no interior  
do Estado do Amazonas: relações de poder na perspectiva  
arendtiana

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós- Graduação em Saúde,  
Sociedade e Endemias na Amazônia da  
UFAM, FIOCRUZ e UFPA como  
requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosana Cristina Pereira Parente

MANAUS, 2009.

## Ficha Catalográfica

Biblioteca do ILMD – Fiocruz Amazônia

O48t

Oliveira, Hadelândia Milon de.

Trabalho multiprofissional em Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas: uma perspectiva arendtiana sobre relações de poder. / Hadelândia Milon de Oliveira. – Manaus: UFAM/Fiocruz, 2010.

134p.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – 2010.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Morreti-Pires.

HADELÂNDIA MILON DE OLIVEIRA

Trabalho multi profissional em Saúde da Família no interior  
do Estado do Amazonas: relações de poder na perspectiva  
arendtiana

Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós- Graduação em Saúde,  
Sociedade e Endemias na Amazônia da  
UFAM, FIOCRUZ e UFPA como  
requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Saúde, Sociedade e  
Endemias da Amazônia.

Aprovado em 25 de fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Presidente.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, Membro.  
Universidade de São Paulo

## **DEDICATÓRIA**

Ao meu esposo Miguel Ângelo, meu eterno amor

Meus filhos Leonardo e Natália que me ensinam a cada dia a ser uma pessoa melhor

A minha mãe Helena símbolo de força e coragem

Ao meu pai Luiz (*in memoriam*) meu exemplo de fé, simplicidade e humildade

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus sustentador e provedor da vida

À Universidade Federal do Amazonas – Escola de Enfermagem de Manaus

À FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane

Ao Drº Rodrigo Moretti, meu orientador e amigo

À Drª Maria Jacirema Gonçalves pela ajuda nesta caminhada

À Drª Rosana Parente pelo apoio

Ao Thiago Pires, Elisangela Miranda e Rosana Pimentel pela ajuda na coleta de dados

À Rafael Vicenzi pela ajuda inestimável em adversidades do percurso

À minha família por acreditar que esta vitória aconteceria

## **EPÍGRAFE**

Porque Dele, e por meio Dele, e para Ele são todas as coisas. A Ele, pois, a glória eternamente. Amém! (Romanos 11;36)

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Segundo Arendt, a convivência entre os seres humanos é condição indispensável para que o poder exista, e possuem papéis sociais, que têm certa aparência aos demais. Desta idéia vem um conceito fundante no pensamento arendtiano: o Espaço de aparência, que se trata da reunião de seres humanos frente à uma finalidade.. **Objetivo** - levantar as relações de poder entre as categorias profissionais e suas implicações para o trabalho em equipe na ESF no interior do Estado do Amazonas, com base no modelo explicativo de relações de poder defendidos por Hannah Arendt. **Métodos** - pesquisa qualitativa com enfoque hermenêutico-dialético. Para coleta de dados aplicaram-se a técnica de Grupo focal e entrevistas individuais semi-estruturadas com os profissionais de saúde da ESF nos municípios de Manacapuru, Parintins, Coari e São Gabriel da Cachoeira no interior do Estado do Amazonas. Também foram realizadas entrevistas com gestores a fim de captar o processo organizacional da ESF nos municípios. A análise foi pautada na hermenêutica-dialética **Resultados** - na prática o trabalho em equipe apresenta fragilidade, as articulações das ações são fragmentadas e com pouco envolvimento do odontólogo, o profissional enfermeiro com líder da equipe por imposição dos gestores, cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada., O Poder não ocorre de forma compartilhada com coresponsabilidade nas ações de promoção de saúde e ausência de trabalho em equipe, grande rotatividade dos profissionais, pressão política dos gestores sobre a equipe, escassez de insumos e recursos humanos, falta de capacitação para o trabalho em equipe, relação interpessoal favorável, porém existe competição entre os profissionais.Há o distanciamento do preconizado para o que é efetivamente realizado trazendo descrédito a ESF. **Conclusão** Espera-se que este trabalho venha proporcionar uma reflexão do **espaço de aparência** que está sendo produzido na ESF, visualizando o **discurso**, legitimada pelas portarias que regem o SUS e pela Constituição Federal, com a **ação**, que é a prática exercida pela gestão, equipe de saúde e usuário do SUS com Compartilhamento das responsabilidades.

**Descritores:** Poder Profissional, Programa Saúde da Família, equipe interdisciplinar de saúde



## **ABSTRAT**

The Family Health Strategy is a model reorientation, operated by the establishment of multidisciplinary teams in primary care units. According to Arendt, the coexistence between human beings is a prerequisite for that power exists, and have social roles that have some semblance to the others. This idea is a foundational concept in Arendt thought: the space of appearance, it is the gathering of human beings to a front end .. Objective - To raise the power relations between professional groups and its implications for teamwork in the ESF within the State of Amazonas, on the basis of the explanatory model of power relations espoused by Hannah Arendt. Methods - qualitative research with focus hermeneutic-dialectic. To collect data, we applied the technique of focus group interviews and individual semi-structured interviews with health professionals of the FHS in the municipalities of Manacapuru, Parintins Coari Sao Gabriel da Cachoeira in the State of Amazonas. Were also conducted interviews with managers in order to capture the organizational process of the ESF in the municipalities. The analysis was based on hermeneutic-dialectic Results - in practice teamwork shows weakness, the joints of the shares are fragmented and with little involvement of the dentist, the nurse with the team leader in charge of managers, each professional performs its function isolated, not shared., The Power does not occur in a shared co-responsibility in the actions of health promotion and lack of teamwork, high turnover of professionals, political pressure on team managers, shortage of inputs and human resources, lack of training for teamwork, interpersonal relationship favorable, but there is competition among profissionais.Há the distance from the recommendations of what is actually done by bringing discredit to FHS. Conclusion It is hoped that this work will provide a reflection of the space of appearance that is being produced in the ESF, viewing the speech, legitimized by the ordinances governing the National Health System and the Federal Constitution, with the action, which is the practice exercised by management, health staff and users of SUS with sharing of responsibilities.

Keywords: Power Training, the Family Health Program, an interdisciplinary team of health

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	09
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2. OBJETIVOS</b>	20
<b>3. METODOLOGIA</b>	22
Locais do Estudo	23
Sobre a metodologia empregada	24
Sujeitos do estudo	25
Procedimento de Pesquisa	25
Registro, Tratamento e Análise dos dados	30
<b>4. RESULTADOS</b>	31
Artigo 1 <i>Revisão Sistemática sobre relações de poder no Trabalho em Equipe na Atenção Primária</i>	32
Artigo 2 - <i>Universo conceitual Arendtiano e a Estratégia de Saúde da Família</i>	50
Artigo 3 - <i>As relações de poder em equipe multi profissional segundo um modelo teórico arendtiano</i>	77
Artigo 4 - <i>Relações de poder na equipe multi profissional de saúde da família no interior do estado do Amazonas por uma perspectiva arendtiana</i>	97
<b>5. CONCLUSÃO</b>	123
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	124

## ANEXOS

- 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- 2: Aprovação Ética
- 3 - Instrumento para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família
- 4 – Instrumento para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde
- 5: Instrumento de entrevista para Gestores
- 6 – Roteiro de Observação Participante

## **Apresentação**

O presente trabalho trata-se de uma das etapas do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Edital MCT/CNPq 14/2008 - Processo CNPQ 470165/2008-1). Constitui o subprojeto da etapa qualitativa (primeira etapa do projeto) que irá focar as relações de poder entre os membros da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) diante da operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), realizando, para tanto, uma avaliação de programa na ESF, em quatro municípios do interior do Amazonas, sustentada pelo marco teórico de Hannah Arendt.

A presente dissertação divide-se em: introdução sobre os aspectos teóricos da problemática na Estratégia de Saúde da Família; a descrição do percurso metodológico adotado; resultados apresentados no formato ‘artigos’. São apresentados quatro artigos: uma revisão sistemática de literatura; um ensaio teórico arendtiano sobre a ESF; a proposta do modelo teórico utilizado para a avaliação; um artigo empírico, com base no modelo avaliativo proposto.

## **1. INTRODUÇÃO**

## **INTRODUÇÃO**

### **O Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família**

A Reforma Sanitária que se instaurou na década de setenta no Brasil trouxe conceitos como descentralização, equidade, universalidade, resolutividade, integralidade para os discursos e documentos que se propõem a reformular as políticas públicas do setor saúde (PAIM, 2001). Esta visão sobre saúde fundamentou a Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no país, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse Sistema, regulamentado em 1990, tem como princípio o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas em uma rede regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). A iniciativa privada participa em caráter complementar. O SUS tem como diretrizes operacionais a descentralização da gestão, a integralidade da atenção e a participação da comunidade (BRASIL, 2000).

A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, propõe como diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) a universalidade, integralidade e equidade como descrita abaixo:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

No cenário nacional, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1991, tornou-se um programa transitório para o Programa de Saúde da Família (PSF). Tanto o PACS como o PSF foram estratégias importantes no sentido de aproximar a população de algum tipo de prestação de serviço em atenção primária, principalmente, em áreas desprovidas de qualquer forma de ações públicas neste setor (BRASIL,1990).

Dadas as implicações e ganhos obtidos com estas iniciativas, Saúde da Família deixou de ser vista apenas como um programa pontual, passando a tomar um caráter reorientador e estruturante da organização do SUS a partir de 1997, por meio da Portaria 1886/GM/MS, se tornando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL,1997). Pautado nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade do SUS, a ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, sendo considerado uma estratégia importante na transformação do atual modelo assistencial (BASTOS, 1998).

A ESF reflete a tendência de valorização de novas concepções do “fazer saúde” junto à comunidade, operacionalizando a saúde como importante item na agenda das políticas sociais brasileiras mais amplas. Expandindo a atenção primária com ações preventivas, educativas e curativas voltadas para a vida comum da população.

A literatura científica aponta que, no processo de adoção do ESF, não houve discussão ampla da relação dos profissionais e a população local, o que destoava dos objetivos da ESF. Em particular, este modelo de atenção à saúde significa uma nova divisão no processo de trabalho dos profissionais envolvidos (ROSA; LABATE, 2005). Com a descentralização das responsabilidades nas três esferas de governo, os profissionais passaram a ter diferentes legislações, contribuindo com a diferença salarial. Isso ocasionou dificuldade de convivência e relacionamento na equipe multidisciplinar na mesma unidade de saúde, fragmentando as relações na assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Pode-se considerar que a implantação do PSF vem contribuindo para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para maior garantia do direito à saúde. Assim sendo, transformar o enfoque da atenção primária foi um avanço para a gestão do SUS.

A adoção da ESF como estratégia de reestruturação dos serviços de saúde no Brasil representou a centralização da atenção primária como principal modelo de atenção. No entanto, cabe ressaltar que não se busca apenas a ampliação do acesso aos serviços, enfoque inicial do PACS/PSF. Antes, a reorientação da prática da atenção à saúde assume a necessidade de fundamentação em novas bases epistemológicas para a assistência ao usuário, com substituição do modelo então vigente, levando a saúde para mais perto das famílias e melhorando-se a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros em um processo de horizontalidade entre os saberes profissionais de todas as áreas de conhecimento, objetivando claramente a integralidade (BRASIL, 2001).

A implantação da ESF trouxe muitas mudanças, quando comparando a atenção primária ao modelo anterior, principalmente, na universalidade das ações e na participação popular. Todavia, a implementação da ESF enfrenta dificuldades com relação às desigualdades salariais dos profissionais e no acesso as ações e serviços pela comunidade. Ainda existem problemas como o subfinanciamento e o controle no repasse/distribuição dos recursos financeiros, bem como, no cumprimento dos demais princípios e diretrizes do SUS, que ainda não são respeitados em sua totalidade. São pontos negativos para o fortalecimento do SUS como um programa pautado na universalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

No que se refere à equidade, enquanto princípio, preconiza que todos os cidadãos têm direito ao atendimento de suas necessidades e pressupõe a melhoria das condições de saúde da população e consequente redução das desigualdades em saúde, tão evidentes no território nacional (LUCCHESI, 2003). Ao se trabalhar com equidade deve-se levar em consideração indicadores tais como: qualidade de vida, exposição específica aos riscos para a saúde, morbi-mortalidade por extratos da população, capacidade instalada e resolutividade da atenção básica à saúde e da atenção de média complexidade, grau de utilização desse serviço entre outras (LUCCHESI, 2003). Observando estas características, é imprescindível desempenhar práticas multidisciplinares de promoção, proteção e recuperação da saúde, voltando-se assim para as reais necessidades das pessoas atendidas. Estas

especificidades implicam em reorientação das ações dos profissionais na ESF, com enfoque integrativo entre os diversas categorias que a compõe.

O princípio da universalidade garante o direito a todo cidadão ter acesso aos serviços públicos de saúde. Esse direito é assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que entende saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nessa perspectiva afirma-se que a facilidade de acesso aos serviços de saúde é condição importante, porém, não suficiente para reduzir as desigualdades em saúde. É necessário um repensar e reforçar uma prática de saúde diferenciada no seio dos serviços de saúde, integral, que atenda as reais necessidades da população, privilegiando vínculo, escuta e promoção da saúde (LUCCHESI, 2003).

A integralidade, como princípio, implica que todas as ações de saúde formem um todo indivisível e sem compartimentalização. As unidades que prestam serviço, em qualquer nível de complexidade, também são indivisíveis e devem garantir uma assistência integral (OLIVEIRA *et al.*, 2008). Aí está um dos aspectos que levam a ESF a trabalhar em equipes multiprofissionais.

Nessa proposta de levar assistência de saúde, a ESF tem ampliado a sua área de cobertura de serviços de saúde em todo o território brasileiro, seguindo uma tendência de expansão em áreas menos assistidas - representadas por pequenos municípios afastados dos grandes centros urbanos. São inegáveis os avanços nessa expansão como um aumento significativo da cobertura assistencial, porém, problemas são evidentes como as condições físicas das unidades e a carências de materiais (FAVORETO; CAMARGO-JÚNIOR, 2002).

### **O trabalho multiprofissional em Saúde da Família como objeto complexo**

Por se tratar de um programa voltado para a saúde da família, como critério de avaliação, é essencial na ESF uma abordagem integral, compreensiva e multidisciplinar, levando em consideração os eixos epidemiológicos com dimensão comportamental e socio-cultural (BASTOS, 1998).

Em termos teóricos, estas mudanças do SUS seguiram a coerência lógica (e até humanitária) que se destaca em termos das Políticas Públicas de Saúde em termos mundiais. No entanto, conforme destaca Moretti-Pires



(2009), o processo de trabalho em Saúde da Família trata-se de um objeto complexo e para o qual o SUS ainda não foi suficiente, seja em termos de formação profissional, seja nos modelos de prática clínica, adequados a esta complexidade do fenômeno. Como implicação direta desta desarticulação entre o objeto complexo teórico “saúde da família” e a ESF, como se manifesta no dia a dia das equipes, há incoerências apesar dos ganhos quando comparados com o modelo anterior (MORETTI-PIRES, 2009).

Dentro deste objeto complexo, o trabalho e seu processo serão reorientados para a prática em equipe integrada e multiprofissional. A legislação propõe composição mínima por um médico com formação generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e/ou um técnico de higiene oral (BRASIL, 2000). Mesmo aí já se encontra uma incoerência, na medida em que o odontólogo e profissionais relacionados à saúde oral serão chamados de Equipe de Saúde Bucal, como se fossem desagregados da Equipe de Saúde da Família.

Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde, situações de risco mais comuns e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade: conceitos de cidadania, direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2005).

O trabalho na ESF está fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS, mediante a adstrição de clientela, trabalho em equipe na saúde da família, plena participação da população. Essa aproximação com a população possibilita o compromisso e a co-responsabilidade da equipe com o indivíduo e a comunidade<sup>8</sup>. Estas orientações implicam em mudanças na lógica do processo de trabalho das Unidades de Saúde, tanto na ampliação de significado do acesso do usuário ao serviço de saúde, como em uma postura acolhedora e a integração dos trabalhadores da saúde (LEITE; VELOSO, 2008).

Isso exige, dos gestores e da equipe multidisciplinar, novos conhecimentos e instrumentos para o trabalho, aliado à questão da participação social na criação de estratégias para a ampliação das ações, em

uma visão holística de saúde como componente de cidadania. Além disso, os profissionais em suas práticas de atenção devem considerar aspectos pouco explorados em sua formação, como o meio ambiente, a economia, a política, a assistência social, a educação e o lazer, direitos garantidos constitucionalmente (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

### **Pressupostos Arendtianos<sup>1</sup>**

A literatura sobre o trabalho em equipe na ESF revela problemas para as práticas e responsabilidades coletivas, com baixo grau de interação entre as categorias profissionais.

Apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro. São reproduzidos vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários. Outro risco são as relações de poder que "engessam" o trabalho coletivo em saúde (BASTOS, 2003).

Entre a diversidade de teorias que debatem esta temática destaca-se o pensamento Hannah Arendt, para a qual poder "corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concreto. (...) nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido" (ROTHER, 2007). Fundamentalmente, esta característica humana refere-se em relação de consentir e a si ser consentido pelos outros já que "o consentimento implica o reconhecimento de que nenhum homem pode agir sozinho (...)" (ARENDDT, 2008a)

Em certo sentido, a teoria arendtiana se fundamenta no caráter relacional da vida e dos processos entre os seres. "Não o Homem, mas os

---

<sup>1</sup> Refere-se ao marco teórico-conceitual fundado por Hannah Arendt. Conhecida como a pensadora da liberdade, Hannah Arendt viveu as grandes transformações do poder político do século 20. Estudou a formação dos regimes autoritários (totalitários) instalados nesse período - o nazismo e o comunismo - e defendeu os direitos individuais e a família, contra as "sociedades de massas" e os crimes contra a pessoa. Sua obra é fundamental para entender e refletir sobre os tempos atuais, dilacerados por guerras localizadas e nacionalismos. Para ela, compreender significava enfrentar sem preconceitos a realidade, e resistir a ela, sem procurar explicações em antecedentes históricos.

homens é que habitam este planeta” (ARENDR, 2008a) (op.cit), de forma que depreende-se que a vida humana é plural, não individual.

Segundo Arendt, a convivência entre os seres humanos é condição indispensável para que o poder exista. Os homens “só retêm poder quando vivem tão próximos uns dos outros que as potencialidades da ação estão sempre presentes” (ARENDR, 2008a).

Quando os homens estão reunidos, possuem papéis sociais, que têm certa aparência aos demais. Estes papéis são rigidados por suas características humanas. Desta idéia vem um conceito fundante no pensamento arendtiano: o Espaço de aparência, que se trata da reunião de seres humanos frente à uma finalidade. Esta relação social “passa a existir sempre que os homens se reúnem na modalidade do discurso e da ação, e portanto precede toda e qualquer constituição formal da esfera pública e as várias formas de governo” (ARENDR, 2008a). O espaço de aparência é construído pelo comportamento das pessoas em suas posições e representações em um grupo social de convivência. Podendo um indivíduo exercer o poder ou ser influenciado pelo poder de outro. E esse espaço só existe quando os homens se reúnem, não para sempre.

Sendo assim, Arendt fala que “Nas condições da vida humana, a única alternativa do poder não é a resistência – impotente ante ao poder – mas unicamente a força, que um homem sozinho exerce contra seu semelhante, e da qual um ou vários homens podem ter o monopólio ao se apoderarem dos meios de violência. Mas, se a violência é capaz de destruir o poder, jamais pode substituí-lo” (ARENDR, 2008a).

### **Relações de poder e a ESF no Estado do Amazonas**

Seguindo a perspectiva complexa exigida para o entendimento dos fenômenos no novo modelo de atenção (MORETTI-PIRES, 2009), a ESF tenta quebrar o modelo hegemônico centralizado na figura do médico e propõe uma nova forma de assistir à população. E coloca como ponto chave o trabalho em equipe interdisciplinar.

O trabalho em equipe na saúde representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados (FAVORETO; CAMARGO-JÚNIOR, 2002). Essa representação

traz elementos que se aproximam do conceito de trabalho interdisciplinar, apontando, sob certos aspectos, a relação horizontalizada entre os profissionais (LEITE; VELOSO, 2008).

Ao se estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional concebe seu trabalho no âmbito individual e coletivo, assim como identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

Assim, verifica-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumirem novos padrões de autonomia e de responsabilidade (ROSA; LABATE, 2005). O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte, em que os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe.

Consideramos o trabalho de Equipe em Saúde como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, sendo possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar. O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar. Falar de trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso.

É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são "negativos", "ruins", ou algo a serem evitados, mas são inerentes às relações, são possibilidades de crescimento, se forem dessa forma encarados.

Neste contexto relações de poder vão se tecendo no interior das equipes. Quando nos discutimos 'poder' estamos nos referindo não aos atores políticos, tais como governos, prefeitos e chefias, mas sim à polarização que se estabelece entre as pessoas, dividindo-as entre as que "podem" mais e as que podem menos, o que estabelece certa hierarquia nas relações.

Historicamente algumas categorias profissionais estabeleceram poder em relação às demais, como é o caso da Medicina.

São comuns as discordâncias em se romper com a lógica das relações de poder instituídas, assim como de se manter as mesmas, em um movimento de forças contraditórias que se manifesta tanto em nível individual como coletivo, revestidas muitas vezes por intenções incoerentes e conflituosas. Na equipe, as relações de poder são complementares, não havendo ditadores sem submissos.

Trabalhar em equipe requer rever postos e poderes, desocultar as relações, olhar se as disputas não são incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso da ESF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos, sob fundamentos de horizontalidade nas relações (AYRES, 2004).

O Estado do Amazonas conta com 386 equipes da ESF, uma cobertura populacional de mais de 40% (IBGE, 2009). Cerca de 1.316 milhões de pessoas são atendidas pelo programa. A efetiva implementação da Saúde da Família no contexto do interior do Estado do Amazonas, independente da questão de acesso, é de suma importância para a real implementação do SUS na região, na medida em que, segundo o Ministério da Saúde, as pessoas que vivem em uma comunidade compartilham ao longo do tempo a construção histórico-social e cultural da ocupação e estruturação de um território, ou seja, das suas condições de vida. Estas se traduzem nas características da reprodução biológica, nas relações de proteção/depredação do ambiente físico, nas concepções, valores que norteiam as decisões e as práticas cotidianas, e nas suas relações de produção e consumo de bens e serviços, moradia, saneamento básico, educação, saúde, emprego, transporte, comunicação e lazer (BRASIL, 2000).

Paralelamente, o interior deste Estado apresente peculiaridades tais como a dificuldade de mobilidade geográfica e de fixação dos recursos humanos nos serviços de Saúde. Neste contexto, existem relações interpessoais fundamentais para a equipe, assim como as relações de poder estão implicadas no processo de trabalho na ESF.

Não foram encontrados estudos referentes à estes aspectos da equipe multiprofissional na ESF deste contexto geográfico em particular.

## **2. OBJETIVOS**

## **Objetivo Geral**

Avaliar as relações de poder entre os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas, segundo modelo metodológico pautado na perspectiva arendtiana.

São objetivos específicos:

1. Analisar a pertinência dos pressupostos de Hannah Arendt para investigações avaliativas sobre relação de poder na equipe de saúde do PSF;
2. Propor e aplicar um modelo teórico para avaliação das relações de poder na equipe multiprofissional da ESF, segundo os pressupostos arendtianos, nos Municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira;
3. Avaliar a adequação deste modelo com base empírica na pesquisa avaliativa em Atenção Primária para a realidade do interior do Estado do Amazonas;
4. Levantar as relações de poder entre as categorias profissionais e suas implicações para o trabalho em equipe no interior do Estado do Amazonas.

### **3. METODOLOGIA**



## Locais do Estudo

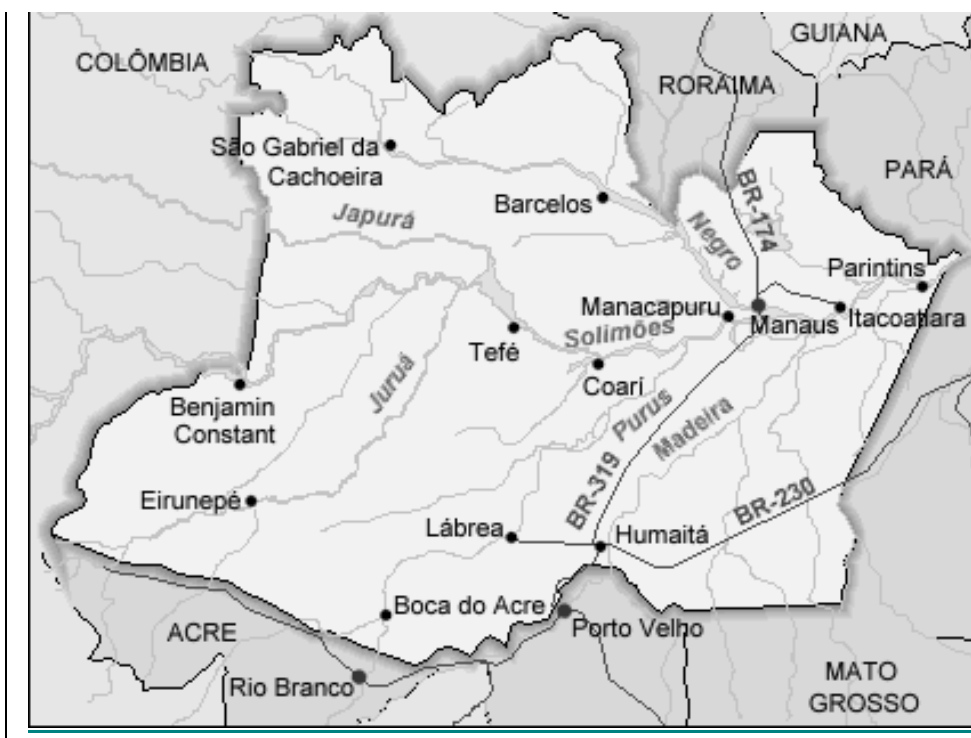


Figura - Mapa do Estado do Amazonas com destaque para os municípios pesquisados.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades podem ou não modificar o funcionamento da atenção primária.

Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural (IBGE, 2009). Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas (BRASIL, 2009). A densidade demográfica corresponde 2,20 habitantes por km<sup>2</sup>. A distância até a capital é de 363 km. O IDH é de 0,627 (médio), o PIB R\$ 980.166 mil. O PIB per capita R\$ 11.626,00 (IBGE, 2009). O município se destaca por produzir petróleo e gás natural, que ocorre em uma região denominada de Urucu. Outro fato

importante é que está sendo construído um gasoduto que ligará sua província produtora ao mercado consumidor localizado em Manaus.

Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da América latina. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana (BRASIL, 2009). Parintins dista 315 quilômetros de Manaus, e conta com 107.250 habitantes distribuídos em uma área de 5.952 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 22,9 hab./km<sup>2</sup>, com IDH de 0,696, PIB R\$ 312.226 mil, PIB per capita R\$ 2.861,00 (IBGE, 2009).

Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana (BRASIL, 2009). Tem uma população 86.472 habitantes distribuídos numa área de 7.329,23 km<sup>2</sup>, segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A distância até a capital é de 78 km. A densidade demográfica corresponde a 11,49 hab./km<sup>2</sup>; o IDH é de 0,663 (*médio*), PIB R\$ 282.213 mil e PIB per capita R\$ 3.372,00 (IBGE, 2009).

São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana (BRASIL, 2009). As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km. São Gabriel da Cachoeira dista 852 km da capital, possui uma área de 109.185 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 41.885 habitantes segundo as estimativas do IBGE para o ano de 2009. A densidade demográfica corresponde a 0,31 hab./km<sup>2</sup>, IDH 0,673, PIB R\$ 111.093 mil, PIB per capita R\$ 3.261,00 (IBGE, 2009). Situa-se no extremo noroeste do Estado do Amazonas, na bacia do Alto Rio Negro. Limita-se ao norte com a Colômbia e a Venezuela, ao sul e ao leste com o município de Santa Isabel do Rio Negro, ao sul com o Japurá e com a Colômbia. Boa parte do seu território é abrangido pelo Parque Nacional do Pico da Neblina. O município é considerado um ponto estratégico pelo país, e por essa razão a cidade é classificada como área de Segurança Nacional, pela Lei Federal número 5.449. Foi a primeira cidade brasileira a escolher prefeito e vice-prefeito indígenas. No município, nove de cada dez habitantes são comprovadamente indígenas.

### **Sobre a metodologia empregada**

Pesquisa avaliativa, conduzida entre julho e novembro de 2009, na perspectiva de relações de poder entre os profissionais de Saúde da Família, pautada na avaliação qualitativa uma vez que “a ação racional é inseparável dos momentos singulares e subjetivos dos grupos. Ou seja, ela nunca está desvinculada do posicionamento subjetivo daqueles que a planejam e executam” (MINAYO, 1999). Particularmente, relações de poder revestem-se de um caráter intersubjetivo óbvio, extrapolando quantificações características da pesquisa avaliativa que prima pela mensuração.

Optou-se, portanto, pela abordagem da pesquisa qualitativa que tem sua aplicação nas situações em que a quantificação não atende ao tipo de realidade observada. Considerando que este estudo trabalha com atitudes e valores, adotou-se esta abordagem que, segundo Minayo (1999), trabalha com valores, atitudes, motivos e aspirações, situações que não podem ser restringidas a operacionalização de variáveis.

### **Sujeito do Estudo**

O projeto de pesquisa previa a inserção de pelo menos três equipes de Saúde da Família de cada um dos municípios. No entanto, foram estudadas quatro equipes em Coari, cinco equipes em Manacapuru e Parintins e quatro equipes em São Gabriel da Cachoeira. Na etapa qualitativa participaram 13 médicos, 14 enfermeiros, 12 dentistas, 13 técnicos de enfermagem e 23 ACS.

Todos os profissionais das equipes foram convidados a integrar o corpo de sujeitos da presente pesquisa.

O presente estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 2), sendo que todo e qualquer procedimento de coleta de informação somente foi realizado após autorização das Secretarias Municipais de Saúde envolvidas e leitura/explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1) aos sujeitos, cujo consentimento em participação foi registrado com a assinatura por todos de duas vias do referido termo, ficando uma em suas posses e a outra em posse dos pesquisadores.

## **Procedimentos de Pesquisa**

### ***Marco teórico***

Para fundamento do marco teórico, foi realizado um levantamento dos pressupostos arendtiano sobre relação de poder.

Utilizou-se do método de revisão narrativa, que se dispõe principalmente a levantar, com caráter qualitativo, fundamentação existente na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas (ROTHER, 2007). Dada a amplitude, a revisão narrativa não possui um protocolo padrão para sua elaboração. Em termos metodológicos, busca informações atualizadas sobre determinada temática de trabalhos científicos de outros autores, sedimentando fundamentação teórica para determinada questão, de forma a descrever e discutir o conhecimento existente sobre assunto a que se propõe, contextualizando o leitor sobre o tema. O produto das revisões narrativas são ensaios teóricos que levantam perspectivas e novas visões sobre o tema explorado. Constitui-se, portanto, em análise da literatura vigente, a partir do pensamento crítico dos autores da revisão.

No presente estudo, utilizou-se como base teórica os livros de Arendt “Sobre a Violência” (ARENDR, 2009), “A vida do Espírito” (ARENDR, 2008b) e “Condição Humana” (ARENDR, 2008a).

### ***Revisão Sistemática de literatura***

Para embasamento teórico foi realizada uma Revisão Sistemática, uma metodologia planejada que tem como objetivo utilizar métodos explícitos e sistemáticos para identificar, coletar, selecionar e analisar criticamente os dados das referências bibliográficas incluídas no processo de revisão.

Foi empreendida a identificação de artigos científicos, por meio de pesquisa retrospectiva, buscando caracterizar as relações de poder no trabalho em equipe na Atenção Primária (AP).

Para isso foram utilizadas as bases de dados bibliográficos Lilacs (<http://bases.bvs.br>), Scielo (<http://scielo.org>) e Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) acessado em outubro de 2009, selecionando apenas artigos científicos publicados no período de janeiro de 1980 a setembro de 2009. O período foi escolhido refere-se a priorização da AP em diversos países do mundo a partir do início da década de 80, por meio de das Políticas

de Saúde que preconizam mudança no modelo assistencial a saúde. No Brasil, este movimento levou à implantação da Saúde da Família no ano de 1994.

Como “chaves de busca”, utilizaram-se os seguintes descritores: ‘*Teamwork*’ e ‘*Primary Health Care*’, e seus correspondentes em Português e Espanhol.

Inicialmente levantou-se o número de trabalhos indexados para cada um dos descritores, em cada uma das línguas, nas três bases. Em seguida, os descritores foram associados na busca.

Os resumos dos artigos foram levantados em sua totalidade, sendo selecionados os estudos que preenchiam os seguintes critérios: (1) artigos com descritores completos, escritos nos idiomas inglês, espanhol ou português; (2) publicações no período entre janeiro de 1980 a outubro de 2009. Foram fatores de exclusão: (1) em outros idiomas que não os selecionados; (2) trabalhos científicos que foram divulgados em outras formatações, configurados como teses, dissertações, revisões, materiais educativos; (3) que não possuíam seu resumo nas bases de dados selecionadas; (4) em meta-análise; (5) estudos de validação de protocolos clínicos; (6) foco em implementação de ações clínico-assistenciais na AP; (7) com deficiência na descrição metodológica, principalmente no que se referiam ao objetivo, métodos e resultados.

Todos os artigos selecionados foram adquiridos na íntegra. O tratamento dos artigos incluídos no final do processo, pautou-se na análise de todos os artigos procurando resultados sobre as relações de poder no âmbito do trabalho em equipe de AP.

### ***Técnicas para levantamento de informações empíricas***

Foram utilizadas três técnicas de coleta de informações: grupo focal, entrevista individual e observação participante.

A “entrevista individual” é a técnica em que o investigador perante o informante formula questões relativas ao seu problema, que são padronizadas por meio de um roteiro de questões elaboradas a partir das proposições que estudo enseja, de forma a ter uma linha mestra sobre a qual coletar as informações dos diversos informantes, mas também coletando informações não previstas inicialmente, de caráter complementar, explicativo ou inesperado (MINAYO, 1999) citado por (HAGUETTE, 2001).

Conceitualmente é produto dinâmico da interação entre o mundo que os entrevistados trazem em si - o indivíduo não representa a totalidade das características do grupo a que pertence, mas traz consigo traços comuns aos demais integrantes de seu grupo - e o mundo do pesquisador-entrevistador, momento no qual se confronta a realidade concreta com as hipóteses e pressupostos pertinentes a proposição da pesquisa (MINAYO, 1999) citada por (HAGUETTE, 2001).

As entrevistas individuais, utilizando roteiro de questões semi-estruturadas, com instrumento para os profissionais e gestores separadamente (Anexos 3 e 4), revela seu valor ao não se determinar as respostas para cada uma das questões pelo pesquisador, havendo a possibilidade de se coletar o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa e não as opções oriundas da visão do próprio pesquisador, como no uso de questionário. Por meio das entrevistas individuais garante-se a perspectiva individual sobre determinada problemática.

A técnica denominada de “grupo focal” se trata de entrevistas realizadas coletivamente, em grupo, cujo registro produz não apenas a fala dos indivíduos que se alternam na verbalização de seus pensamentos decorrentes das questões provocadas pelos condutores da atividade, mas sim se trata de um produto coletivo, de sentido mais amplo, sendo útil em situações complexas, envolvendo diversos atores e perspectivas (KRUEGER, 1994) citado por (HAGUETTE, 2001).

Sua relevância está na interação entre o grupo, por se constituir como uma entrevista dinâmica, em que as perspectivas individuais convergem e divergem de posicionamento sobre as questões propostas, o que permite levantar não apenas as diferentes perspectivas de determinada temática, mas também a interação destas perspectivas. A técnica apresenta importância e singularidade na medida em que esta dinâmica, entre os diversos olhares do mesmo tema, poderia ser menos acessível sem a comunicação e interação na forma de grupo (KRUEGER, 1994) citado por (HAGUETTE, 2001).

Para a operacionalização desta técnica, a literatura sugere a utilização de um roteiro de questões pertinentes à temática trabalhada no cômputo da pesquisa (KRUEGER, 1994) citado por (HAGUETTE, 2001). Estas questões devem servir como ativadores das discussões, contendo os diversos

questionamentos a cerca da temática investigada (Anexo 5). Para ambas as técnicas, a literatura aponta a necessidade de características ímpares que norteiem o estabelecimento dos critérios de inclusão dos sujeitos, devendo-se obedecer a premissa da existência de, pelo menos, uma característica comum e de interesse, determinada pelo objetivo da investigação.

Na análise dos grupos focais o material produzido deve ser considerado como um produto coletivo e não oriundo do indivíduo, visando fornecer tendências, padrões ou parâmetros a partir dos comentários selecionados, assim como opiniões mantidas e expressas freqüentemente, destacando-se as falas que estejam relacionadas às questões norteadoras para constituírem categorias. Assim, prepondera o caráter coletivo como unidade de análise, a partir da construção do produto, não sendo indicada para determinar os pontos de vistas autênticos dos indivíduos, mas sim o que é possível construir frente ao outro e aos outros.

Na etapa da interpretação, o produto final depois de tratado, foi confrontado com os pressupostos do marco teórico que originou a pesquisa, tomando-o como parâmetro para análise. Cabe ressaltar que, na medida em que o produto dos grupos focais apresenta o caráter coletivo já referido, opta-se por não identificar os sujeitos na apresentação dos resultados, mas sim a que grupo focal pertence.

As informações oriundas das entrevistas individuais foram tratadas da mesma forma que as do grupo focal, utilizando etapas para o estabelecimento de categorias conforme a literatura científica pertinente à técnica. No entanto, ressalta-se que, diferente do caráter coletivo dos grupos focais, o produto originado nas entrevistas individuais é pertinente ao próprio entrevistado, sendo que, portanto, há a necessidade de identificar falas e respectivos sujeitos que as formularam, pois revela a dimensão individual sobre a temática investigada.

Com relação à terceira técnica qualitativa que utilizada, a Observação Participante, trata-se de um tipo de método que tem como finalidade levantar como os processos investigados se dão dinamicamente, na ação propriamente dita, imergindo no empírico avaliando ações, relações nas atividades cotidianas. Pelo fato de que o investigador se insere no contexto e, pela simples presença e mesmo pelas questões que levanta por ali estar, considera-se este tipo de técnica como promotora de certa intervenção nas condições em

que os contextos se dão, de forma que o investigador participa mais ou menos dos processos durante o levantamento de informações (MINAYO, 2004).

É uma técnica que requer um cuidado prévio, de forma que os procedimentos de observação sejam padronizados, utilizando-se roteiros em que os principais pontos a serem observados estejam demarcados (Anexo 6). No entanto, o processo de observação não deve ser formalizado demasiadamente, já que o pesquisador imerge no empírico justamente para levantar perspectivas previstas assim como as peculiaridades dos processos investigados, que somente emergirão na prática cotidiana. A literatura sugere intercalar diálogo entre pesquisador e sujeitos com a observação anotada, o que é chamado de Diário de Campo (MINAYO, 2004).

### ***Registro, tratamento e análise***

Todas as gravações foram transcritas na íntegra, material sobre o qual se realizou leituras exaustivas para apropriação do conteúdo, seguindo o modelo utilizado para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (MORGAN, 1997) citado por (HAGUETTE, 2001). A análise foi pautada na hermenêutica-dialética (MINAYO, 2002), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, assim como partir da busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (HAGUETTE, 2001).

Por se tratar de um estudo de avaliação, foi construído um modelo teórico, sustentado pela fundamentação teórica de Hannah Arendt, investigando as relações de poder e grupos. A partir destes conceitos-chave, criou-se um Modelo Teórico e sua descrição – a Matriz conceitual, conforme sugerido por Hartz (1997) (Anexo 9).

Para a interpretação, o produto final foi confrontado com a teorização sobre saúde coletiva e sobre a ESF nos municípios investigados do interior do Estado do Amazonas, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios, aplicando o modelo teórico proposto (hermeneutica dialética).



## **4. RESULTADOS**

**Artigo 1** – submetido para a ‘Revista Panamericana de Salud Pública’

**Revisão Sistemática sobre relações de poder no Trabalho em Equipe na  
Atenção Primária**

***Systematic Review about Power relationship in to Primary Health Care  
Teamwork***

**RESUMO**

**OBJETIVO:** caracterizar na literatura científica o trabalho em equipe na atenção primária (AP), no que refere às relações de poder. **MÉTODOS:** revisão sistemática nas bases Lilacs, Medline e Scielo, incluindo artigos completos identificados pelos termos “primary health care” e “teamwork”, publicados em inglês, português ou espanhol, de janeiro de 1980 a dezembro de 2009.

**RESULTADOS:** Foram identificados 13 artigos de um total de 180 publicações. A literatura existente revela aspectos do funcionamento do trabalho em equipe na AP, mas com pouca profundidade sobre como são as relações de poder inter-profissionais. Há ausência de estudos quantitativos, ou que trabalhem o odontólogo como parte da equipe. **CONCLUSÃO:** apesar da importância da temática, a literatura é exígua ao abordá-la, sendo um importante tema para investigações futuras.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária; Trabalho em Equipe; Revisão de Literatura.

## **ABSTRACT**

**AIM:** To characterize the scientific literature on teamwork in primary care (AP), about power relationship. **METHODS:** A systematic review in Lilacs, Medline and Scielo, including full articles identified by the words "primary health care" and "teamwork", published in English, Portuguese or Spanish, from January 1980 to December 2009. **RESULTS:** After exclusion, 13 articles were analyzed, in total of 180 publications. The literature reveals aspects of the functioning of teamwork in the AP, but with little depth on how power relations inter-professional. There are no quantitative studies, or work in the dentist as part of the team. **CONCLUSION:** Despite the importance of the issue, the literature is imperative to address it, is an important topic for future investigations.

**Keywords:** Primary; Teamwork, Review of Literature.

## **INTRODUÇÃO**

O termo 'atenção primária à saúde' é empregado no mundo a partir da Conferência de Alma-Ata (1978), indicando o nível de atenção que trabalha com os cuidados essenciais a saúde, havendo diversas maneiras e políticas para tal nível ao redor do mundo (SOUZA; HAMANN, 2009). Muitos países do mundo adotam modelos de atenção primária que fundamentam este nível como porta de entrada do sistema de saúde, e na lógica do trabalho em equipes multiprofissionais.

O trabalho em equipe na saúde representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados, uma vez que compreende saberes específicos de cada campo profissional, mas que se integram em um elemento particular: a vida humana.

Essa representação traz elementos que se aproximam do conceito de trabalho interdisciplinar, apontando, sob certos aspectos, a relação horizontalizada entre os profissionais (LEITE; VELOSO, 2008). Como tal, o processo idealizado para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) abarca complexidade não apenas biológicas, mas também societárias (MORETTI-PIRES, 2009).

Ao estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE, PEDUZZI, 2000).

Em estudos recentes sobre o trabalho em equipe na AP revelaram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro. É reproduzida a fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários. Outro risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que "engessam" o trabalho coletivo em saúde (CIAMPONE, PEDUZZI, 2000).

Tomando o contexto apresentado, o presente trabalho teve por objetivo caracterizar, sintetizar e analisar a literatura científica sobre as relações de poder no âmbito do Trabalho em equipe de Atenção Primária em Saúde.

## **METODOLOGIA**

Utilizou-se o método de revisão sistemática da literatura, com intuito de identificar artigos científicos, por meio de pesquisa retrospectiva, buscando caracterizar as relações de poder no trabalho em equipe na APS. A revisão sistemática é uma metodologia planejada que tem como objetivo utilizar métodos explícitos e sistemáticos para identificar, coletar, selecionar e analisar criticamente os dados das referências bibliográficas incluídas no processo de revisão.

Para isso foram utilizadas as bases de dados bibliográficos Lilacs (<http://www.bvs.br>), Scielo (<http://www.scielo.org>) e Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) acessado em outubro de 2009, selecionando apenas artigos científicos publicados no período de janeiro de 1980 a setembro de 2009. O período foi escolhido refere-se a priorização da AP em diversos países do mundo a partir do início da década de 80, por meio das Políticas de Saúde que preconizam mudança no modelo assistencial a saúde. No Brasil, este movimento levou à implantação da Estratégia Saúde da Família no ano de 1994.

Como “chaves de busca”, utilizaram-se os seguintes descritores: ‘*Teamwork*’ e ‘*Primary Health Care*’, e seus correspondentes em Português e Espanhol.

Inicialmente levantou-se o número de trabalhos indexados para cada um dos descritores, em cada uma das línguas, nas três bases. Em seguida, os descritores foram associados na busca.

Os resumos dos artigos foram levantados em sua totalidade, sendo selecionados os estudos que preenchiam os seguintes critérios: (1) artigos com descritores completos, escritos nos idiomas inglês, espanhol ou português; (2) publicações no período entre janeiro de 1980 a outubro de 2009. Foram fatores de exclusão: (1) em outros idiomas que não os selecionados; (2) trabalhos científicos que foram divulgados em outras formatações, configurados como teses, dissertações, revisões, materiais educativos; (3) que não possuíam seu resumo nas bases de dados selecionadas; (4) em meta-análise; (5) estudos de validação de protocolos clínicos; (6) foco em implementação de ações clínico-assistenciais na AP; (7) com deficiência na descrição metodológica, principalmente no que se referiam ao objetivo, métodos e resultados.

Todos os artigos selecionados foram adquiridos na íntegra.

A análise dos artigos incluídos no final do processo, foi realizada por três pesquisadores com experiência na metodologia de análise de conteúdo, os quais, de maneira independente, analisaram todos os artigos buscando resultados sobre as relações de poder no âmbito do trabalho em equipe de AP.

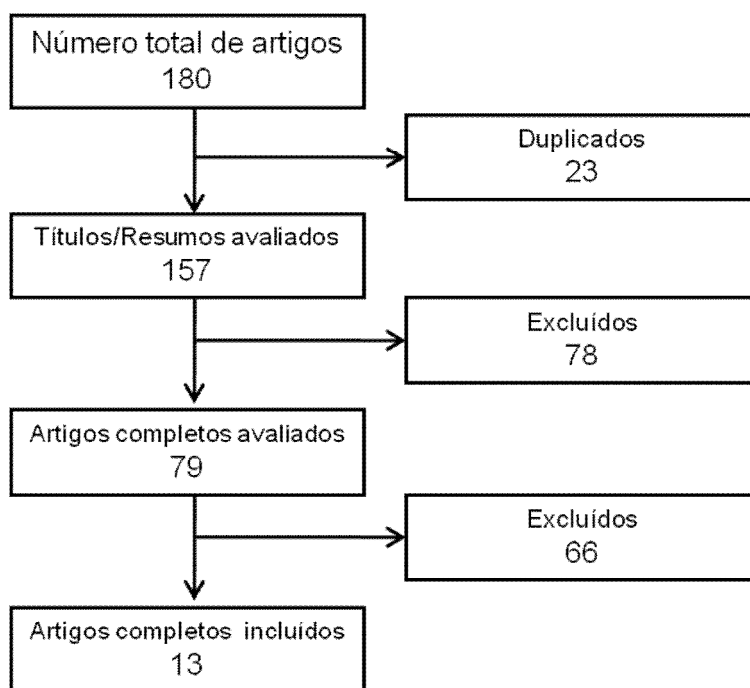
## **RESULTADOS**

Na base Lilacs para os descritores *“Primary Health Care”* e *“Teamwork”* foram identificados 3.591 e 50 artigos respectivamente, um total de 3.641 artigos. Na base Medline, foram identificados 49.461 e 3.304, respectivamente,

em um total de 52.765 artigos. Na base Scielo, existiam 993 artigos no total, 892 e 103 respectivamente aos descritores.

Ao associar os dois descritores, identificaram-se um artigo no Lilacs, 173 artigos no Medline e seis artigos no Scielo, totalizando 180 publicações. Inicialmente procedeu-se avaliação dos trabalhos que apareceriam em mais de uma das bases, sendo excluídos 23. A seguir, realizou-se avaliação dos resumos, retirando aqueles que não descreviam claramente objetivo, metodologia, resultados e conclusões, assim como aqueles que apresentavam incoerências entre estes itens. Os 79 artigos que restaram foram lidos e avaliados na íntegra, tanto em termos de pertinência de conteúdo em relação a presente investigação como para se avaliar a coerência metodológica, de resultados e conclusões, finalizando a análise com a exclusão de 66 destes artigos. Este processo encontra-se ilustrado na Figura 1.

**Figura 1** - Diagrama do processo de identificação e inclusão para revisão sistemática.



**Tabela 1** - características e resultados dos artigos selecionados nas bases LILACS, Scielo e PubMed.

<b>Referência</b> autor(es); ano; país	<b>Metodologia</b> Tipo de estudo População Número de sujeitos Tipo de análise	<b>Objetivo</b>	<b>Principais Resultados</b>	<b>Relações de poder nos resultados</b>
Campos & Wendhausen (2007) Brasil (SC)	Estudo qualitativo. Profissionais da ESF. n= 9 Análise de conteúdo	Analisar como ocorre a participação dos usuários no PSF	As práticas participativas são importantes, mas existem fatores limitantes e fatores facilitadores da participação	Destaca-se que a assimetria das relações de poder funciona como um dos fatores que limitam a participação do usuário
		Analisar consenso	Foram relatadas boas relações entre	



Pedrosa e Teles (2001) Brasil (PI)	Estudo qualitativo. Profissionais da ESF n= 42 Análise institucional	e divergências entre os profissionais do PSF sobre as relações na equipe e da equipe com a comunidade.	médicos e enfermeiras, porém havia dificuldades entre esses profissionais e agentes de saúde, causadas pela falta de supervisão e baixo grau de instrução	Boas relações são estabelecidas entre os profissionais da equipe de saúde e dos profissionais com os usuários, propiciadas pelo processo de trabalho em Saúde da Família
Zoboli & Fortes (2004) Brasil (SP)	Estudo qualitativo. População:Enfermeiros e Médicos do PSF. n: 33 Tratamento de dados: Não foi possível identificar	Analisar problemas éticos no PSF e a relação entre os profissionais da equipe.	Foram identificados problemas éticos na relação com o usuário e a família, na relação entre a equipe, cujo principal determinante foi a organização e o sistema de saúde	Nas relações da equipe com os usuários, problemas éticos relativos à relação propriamente dita apareceram, tais como o desrespeito do profissional para com o usuário e como a dificuldade em estabelecer os limites da relação profissional – usuário.
Mandú, et al (2008) Brasil (MT)	Estudo qualitativo Usuários da ESF n= 40 Análise de conteúdo temática	Reconhecer dificuldades e potenciais acumulados na visita domiciliária	A visita domiciliar é meio de facilitação do acesso aos serviços e ações de saúde, mas como ao acesso a ações assistências e de vigilância em saúde tradicional. Não como prática e intervenção comunitária. Também foi apontada como instrumento de acolhimento e vínculo.	As visitas domiciliares possibilitam o estabelecimento de um vínculo entre profissionais e usuários, de forma que, os usuários conferem certo poder principalmente ao ACS, quanto a orientação em saúde.
Ronzani et al (2008) Brasil (MG)	Estudo qualitativo Profissionais, gestores e usuários do PSF n= 135 Análise de conteúdo tipo temático-estrutural	Analisar a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários sobre o Programa Saúde da Família	Para os profissionais, os atributos pessoais são o requisito para uma boa equipe e a <i>prevenção é o principal objetivo do PSF.</i> Para usuários o Agente de saúde representa a categoria profissional de maior destaque	Existe falta de participação efetiva dos usuários nas ações em saúde como planejamento e tomada de decisões devido a problemas na relação dos usuários com os gestores e profissionais da ESF
Gonçalves et al (2009) Brasil (SP)	Estudo qualitativo médicos da ESF n = 9 análise de conteúdo	Analisar a formação do médico para o trabalho em Saúde da Família	Os trabalhos mais simples são delegados aos demais profissionais	Hierarquização por conhecimento, fazendo do médico o centro do modelo de atenção
Santos et al (2008) Brasil (MG)	Estudo qualitativo População: Enfermeiros N=16 Análise temática	Conhecer a percepção da prática de enfermagem na atenção primária	Dificuldade como demanda infra-estrutura e entrosamento da equipe	Foco na figura do Enfermeiro como gerente da equipe e de suas atividades
Costa et al (2007) Espanha	Estudo qualitativo Profissionais da Atenção Primária n= 198 Ground Theory	Identificar a capacidade de resolução de problemas pelo serviço de atenção primária	As equipes enfocam no componente biológico, mas existem ações junto aos problemas de ordem psicossocial	O fator humano implicado nas relações é uma barreira para o trabalho integrado e resolutivo na atenção primária

Sargeant et al (2008) Canada	Estudo qualitativo Equipe de AP n= 61 Análise de conteúdo Grounded Hermeneutic	Analisar a percepção das equipes de AP para determinar as necessidades de capacitação	É necessária capacitação no entendimento do trabalho em equipe; comunicação e aspectos da atenção primária	Há falta de reconhecimento entre as diferentes categorias profissionais que compõe a AP, comprometendo o trabalho
O'Neil & Cowman (2008) Irlanda	Estudo Qualitativo Enfermeiros n= 27 análise de conteúdo	Investigar o entendimento sobre trabalho em equipe na atenção primária	Há necessidade de intervenção em educação para o trabalho em equipe	São características do bom trabalho em equipe: comunicação, reuniões regulares, abertura, respeito aos demais saberes profissionais, empenho individual e conhecimento  O enfermeiro é auxiliar do médico. Existem problemas de comunicação entre as profissões, devido a formação da corporação/universidade. Características pessoais estão implicadas nas relações entre os membros da equipe e, em dependência disso, muito é perdido. Há falta de interesse dos médicos em saber sobre o trabalho dos demais profissionais.
Viudes et AL (2002) Espanha	Estudo qualitativo Profissionais de AP n= 70 Análise de conteúdo	Identificar os problemas atuais na AP.	Existem problemas interpessoais entre os membros da equipe e, em decorrência, muita tensão no trabalho em equipe.	
Moore DG et AL (2007) Canadá	Métodos Mistos (quanti-qualitativo) Tipo incorporado Médicos Generalistas n= 46 Análise de Conteúdo Escala de Atitude (tipo Likert)	Identificar perspectivas sobre AP (qualidade, capacidade e trabalho)	A AP constitui-se com importante parte do Sistema de Saúde, mas não é considerado como bem sucedido o médico que nela atua.	Apesar do relato da importância da enfermeira na AP, os médicos acreditam que a elas devem ser delegadas responsabilidades menos complexas que desempenham.
Macfarlane et AL (2004) Reino Unido	Estudo qualitativo Equipe da AP n= 55 Análise de conteúdo temática	Avaliar a perspectiva sobre programa de desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe na AP	A intervenção (programa de educação em trabalho em equipe) resultou em melhorias para os serviços, na percepção dos participantes	A superação do problema da barreira interprofissional aconteceu tanto no treinamento em conjunto como se estendeu às práticas na AP, principalmente em razão da comunicação e entendimento mútuo, levando a feedback entre os profissionais em atividades de planejamento, diminuindo o isolamento dos enfermeiros nestas

## DISCUSSÃO

O trabalho na AP pode ser considerado como uma rede de relações entre pessoas que envolvem poder, saberes e interesses (FORTUNA *et al.*,

2005). A temática das relações de poder, tão pertinente ao funcionamento adequado da APS, ainda é pouco explorada pelos pesquisadores conforme os resultados apresentados. Faltam estudos em que este tema seja central, se manifestando nos estudos como um dos aspectos relacionados a outros assuntos que a envolvem. Foram encontrados 13 estudos que a apresentam em seus resultados. No Brasil, encontraram sete estudos (dois em Minas Gerais, dois em São Paulo, um no Mato Grosso, um em Santa Catarina e um no Piauí), enquanto na literatura internacional foram encontrados dois no Canadá, dois na Espanha, um na Irlanda e um no Reino Unido.

Grande parte dos estudos referentes às relações de poder na Atenção Primária foi publicada nas Regiões Sul e Sudeste. É importante considerar a existência de número pouco expressivo de publicações em outras regiões do país, como o nordeste, destacando que na região norte não houve nenhuma publicação. Os dados levam ao questionamento sobre os motivos para tal lacuna, se este contexto refere-se ao fato de que na base de dados utilizada houve maior número de periódicos de língua portuguesa oriundos de regiões mais desenvolvidas.

As relações estabelecidas entre a equipe de AP e o usuário relatam a não participação efetiva deste no processo decisório do sistema de saúde devido a problemas nas relações com a ESF. Campos e Wendhausen (2007) destacam que a assimetria das relações de poder funciona como um fator que limita a participação do usuário. Paralelamente, existe indícios de percepção dos usuários como positiva a relação estabelecida com a equipe, mesmo com a deficiência supramencionada (PEDROSA; TELES, 2001). O estudo sobre as relações entre profissional e usuários torna-se importante para avaliar a

confiança do usuário em relação à equipe, pois se esta não existir a AP não está de acordo com o que é preconizado (VALENTIM; KRUEL, 2007).

Apesar das relações de poder na AP serem abordadas em alguns estudos, o enfoque somente nas relações entre comunidade e profissionais é apenas uma das interfaces desta importante temática, devendo ser considerado que a AP envolve o trabalho multiprofissional, existindo implicações importantes das relações estabelecidas entre os profissionais da equipe (MATOS et al., 2009). Outra perspectiva é o silêncio sobre as relações dos gestores com as equipes e com os usuários. O estudo dos atores envolvidos no processo da saúde faz-se necessário, pois segundo Franco e Merhy (2006), para que seja possível a mudança para uma nova lógica na organização do trabalho em saúde é fundamental mudar a postura dos protagonistas da assistência, como também as relações que se estabelecem entre eles.

Outra lacuna existente na literatura refere-se às relações de poder inter - profissionais na equipe de AP, que influenciam o trabalho da equipe e podem constituir-se como importante barreira a AP efetiva. A complexidade das relações de poder entre as diversas categorias de profissões da saúde na AP permeia características imprescindíveis para compreensão do fenômeno, tais como: disposição e postura pessoal, formação acadêmica, contextualização histórica de cada profissão, vivência profissional e características da organização do trabalho. Segundo Baggio (2007), as relações entre os profissionais da saúde, e destes com usuários, apresentam-se verticalizadas, paternalistas e autoritárias. As relações de poder na AP influenciam na forma como os profissionais irão realizar suas atribuições. Conforme Ojeda e Strey

(OJEDA; STREY, 2008) este campo de relações acaba gerando ações fragmentadas, que podem não corresponder às necessidades sociais, devido a cada profissão isolar-se em nicho de práticas e saberes.

Torna-se relevante a realização de estudos em relação ao isolamento das profissões da saúde no âmbito da assistência, fruto das institucionalizações que permeiam cada profissão e fazem com que ocorra uma hierarquização das relações entre as profissões. Os profissionais preocupam-se mais com o prestígio e valorização de sua profissão do que com as ações da equipe como um todo (LINS; CECÍLIO, 2008).

O individualismo presente nas relações na AP causa o enfraquecimento do processo de trabalho, não permitindo a mudança proposta pelas políticas públicas em saúde para este Nível de Atenção. Segundo Garcia (2001) a fragmentação das ações dos profissionais, bem como a hierarquização das relações ocorrem já na formação acadêmica, havendo discurso nos cursos de graduação que os condicionam para tal de certa forma, como por exemplo, o discurso técnico em que prevalece o conhecimento médico entre os demais saberes de saúde e a dominação do conhecimento científico legitimador dos profissionais em relação à população.

Em relação à influência que a formação acadêmica tem sobre a forma como as relações ocorrem na AP, Moretti – Pires e Campos (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2010) sugerem que os profissionais da AP aprendem apenas aspectos técnicos de sua profissão e não como trabalhar de maneira integrada as demais que dividirão espaço assistencial no âmbito da AP. Os autores observarem em seu estudo, por exemplo, que o odontólogo em sua formação, é preparado com enfoque no ato clínico e as ações deste profissional em

conjunto com os demais não aparecem nos depoimentos. Outro exemplo é o profissional de enfermagem que também não apresenta uma formação voltada para o trabalho multiprofissional, mas sim para liderar grupos sob seu conhecimento.

Em meio a esta discussão, Moretti – Pires (2010) observou em depoimentos de acadêmicos do curso de medicina uma visão que considera o médico como superior aos demais profissionais, devido a sua formação envolver embasamento teórico mais abrangente quando comparado à das demais profissões.

Eliot Freidson (2009), analisando a Sociologia da Profissão Médica, afirma que o médico aprende a ciência que envolve o conhecimento e a habilidade para o tratamento das doenças, ou seja, tem uma formação voltada para práticas puramente técnicas em detrimento da interação e intervenção social.

Outra lacuna observada nesta revisão sistemática é refere-se a ausência de estudos que nas implicações das relações de poder na sociedade capitalista, baseadas no sistema econômico vigente, como se o capitalismo pouco influenciasse as relações na AP. Para Herbert Marcuse(1982), a lógica capitalista está internalizada nos indivíduos como seres sociais, com tendência de desvalorização do ser humano nas atividades profissionais, o que choca-se com os princípios pelos quais a AP deve ser guiada, criados com uma visão humanista das relações. Estas relações societárias não estão distantes das estabelecidas entre os profissionais no âmbito da AP, imersa na sociedade. Fleury (2009) defende que houve transformação social no último século,

levando ao individualismo, característica capitalista, se sobrepujando a solidariedade e igualdade, com reflexos no setor da saúde.

A realização de estudos que observem como se dão as relações de poder na AP faz-se necessária, para que se possa entender o porquê da hierarquização entre as categorias profissionais. O exercício do poder nada mais é do que de alguma forma influenciar os demais, segundo Hanna Arendt (2009). Para esta importante teórica

“poder não precisa de justificação, sendo inerente a própria existência das comunidades políticas; o de que ele realmente precisa é legitimidade. O tratamento corriqueiro dessas duas palavras como sinônimos não é menos enganoso ou confuso do que a equação corrente entre obediência e apoio. O poder emerge onde quer que as pessoas se unam e ajam em concerto, mas sua legitimidade deriva mais do estar junto inicial do que de qualquer ação que então se possa seguir. A legitimidade, quando desafiada, ampara-se a si mesmo em um apelo ao passado, enquanto a justificação remete a um fim que jaz no futuro” (33, p.69. 2009).

Pode-se perceber a complexidade que o tema abordado nesta revisão sistemática apresenta, com diversas perspectivas pouco exploradas na literatura, apesar da importância que representam para um melhor entendimento e funcionamento da dinâmica da AP.

Um aspecto interessante nos trabalhos incluídos para análise refere-se à preponderância de metodologias qualitativas, havendo apenas um estudo com

aspectos quantitativos – mas por métodos mistos. Independente da exigüidade da temática “relações de poder” como foco dos estudos, a questão do trabalho em equipe na APS é sobremaneira importante e presente nos discursos Governamentais em Saúde. É de cunho epistemológico o conhecimento de que as metodologias qualitativas têm a benesse de levantar perspectivas profundas sobre as temáticas investigada, mas não generalizam achados empíricos. Em decorrência, os estudos sobre trabalho em equipe na APS não se revestem de sustentação metodológica para generalizações, a despeito da existência de padrões comuns sobre a temática nos estudos selecionados.

Esta lacuna implica em problemas tanto para o entendimento do trabalho em equipe na AP, como na inexistência de instrumentos para avaliação deste, havendo prejuízos claros. O uso de métodos mistos é um caminho interessante e de forte sustentação científica nesta lacuna.

Outra lacuna na literatura investigada refere-se à Odontologia. Na APS internacional, o odontólogo não é integrante deste nível de atenção. No Brasil, a Odontologia foi inserida na AP na última década. No entanto, mesmo nos cinco trabalhos posteriores à 2004, há silêncio sobre o odontólogo.

É necessário registrar as limitações do presente estudo. Em se pesando que nas bases selecionadas a temática das relações de poder na APS não é foi objetivo de investigações científicas, mas sim permeou outra temática, os resultados aqui apresentados são indiretos. Também pela exigüidade de estudos com métodos mistos e de estudos de caráter quantitativos, não foi possível analisar as relações de poder existentes na AP, mas sim depreender a partir de estudos nos quais estas relações apareciam de certa forma.



## CONCLUSÃO

A literatura científica existente, que se propõe a investigar o “trabalho em equipe” na “atenção primária” revela aspectos do funcionamento desta, mas com pouca profundidade em como as relações de poder inter-profissionais e as equipes, gestores e usuários da assistência neste nível de atenção à saúde. Também é necessário o desenvolvimento de pesquisas com métodos mistos ou quantitativos, criando instrumentos que permitam a compreensão destes aspectos, com dados possíveis de generalização e avaliação.

Embora as relações de poder na APS estejam abordadas em alguns estudos, ocorre somente o enfoque nas relações entre comunidade e profissionais, levando em consideração que a APS envolve o trabalho multiprofissional, havendo implicações importantes das relações estabelecidas entre os profissionais da equipe.

## REFERÊNCIAS

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n.1, p.1325-35. 2009.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof*, v.28, n.2, p.33-46. 2008.

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional de Saúde. *Interface – Comunic Educ Saúde*, v.13, n.3, p.153-60. 2009.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev Bras Enfermagem*, v.53, n.especial, p.143-147. 2000.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, v.16, n.2, p.271-9. 2007.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, v.35, n.3, p.303-11. 2001.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.6, p.1690-99. 2004.

MANDÚ, E. D. T., et al. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.1, p.131-40. 2008.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.23-34. 2008.

GONÇALVES, R. J., et al. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev. Bras. Educ. Med*, v.33, n.3, p.393-403. 2009.

SANTOS, S. M. R., et al. A consulta de enfermagem no contexto de atenção básica de saúde, Juíz de Fora, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.1, p.124-30. 2008.

COSTA, X. C.; SOLDEVILA, J. J. S.; VICENTE, P. L. La atención primário y el poder resolutivo del sistema de salud: um estudio desde los profesionales. *Aten Primaria*, v.39, n.8, p.411-6. 2007.

SARGEANT, J.; LONEY, E.; MURPHY, G. Effective interprofessional teams: "contact in not enough " to build a team. *Journal of continuing education in the health professions*, v.24, n.8, p.228-234. 2008.

O'NEILL, M.; COWMAN, S. Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of Clinical Nursing*, v.17, n.22, p.3004-3011. 2008.

VIUDES, S. S., et al. Análisis de situación y propuestas de mejora em enfermería de atención primaria de mallorca: um estudio com grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* v.76, n.5, p.531-543. 2002.

MOORES, D. G., et al. Improving the quality and capacity of Canada's health services: primary care physician perspectives. *Health Care Policy*, v.3, n.2, p.145-61. 2007.

MACFARLANE, F., et al. Quality team development programme: an illuminative evaluation. *Qual Saf Health Care* v.13, n.5, p.356-362. 2004.

FORTUNA, C. M., et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.13, n.2, p.262-8. 2005.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p.777-788. 2007.

MATOS, E.;PIRES, D. E. P.,CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*, v.62, n.6, p.863-9. 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: E. E. Merhy;H. M. Magalhães Júnior, *et al* (Ed.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial, p.53-124.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* v.28, n.3, p.409-15. 2007.

OJEDA, B. S.; STREY, M. N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. *Revista Ciência & Saúde*, v.1, n.1, p.2-8. 2008.

LINS, A. M.; CECÍLIO, L. C. O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Revista de Saúde Coletiva*, v.18, n.3, p.483-499. 2008.

GARCIA, M. A. A. Saber, agir e educar: o ensino - aprendizagem em serviços de saúde. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.5, n.8, p.89-100. 2001.

MORETTI – PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Equipe multiprofissional em saúde da família – do documental ao empírico no interior da Amazônia. *Rev Bras Educ Med*. 2010.

FREIDSON, E. *Profissão Médica:um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP. 2009.

MARCUSE, H. *A ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro: Zahar. 1982.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p.743-752. 2009.

ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009.

**Artigo 2** – submetido à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”

**Universo conceitual Arendtiano e a Estratégia de Saúde da Família<sup>2</sup>**

***Conceptual universe of Hanna Arendt and the Health Family Strategy***

***Universo conceptual de Hanna Arendt y la Estrategia de Salud de la Familia***

**Hadelândia Milon de Oliveira**

Universidade Federal do Amazonas – DEMEC, EEM.

End.: Rua 40, quadra I, nº 23 Conjunto Castelo Branco, bairro Parque Dez

CEP 69055-580

Tel.: (92) 8127-7558 / (92) 3305-5108

[hmilon@ufam.edu.br](mailto:hmilon@ufam.edu.br)

**Rosana Cristina Pereira Parente**

Universidade Federal do Amazonas - DE/CE/

[rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires**

Universidade Federal de Santa Catarina - SPB/CCS/UFSC

[rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

---

<sup>2</sup> Texto inédito, fruto de dissertação de mestrado. Houve fomento pelo CNPq por meio do Edital Universal 2008, projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Processo CNPQ 470165/2008-1). Os autores declaram inexistência de conflitos de interesse.

### **Universo conceitual Arendtiano e a Estratégia de Saúde da Família**

**Resumo:** No Brasil a Política Nacional de Saúde está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no país, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde. E a partir de 1994 houve a implantação da Estratégia Saúde da Família cujos princípios se norteiam pela proximidade do usuário, centralidade na família, trabalho multiprofissional. O trabalho em equipe na saúde possui múltiplas possibilidades de significados, uma vez que compreende saberes específicos de cada campo profissional, mas que se integram em um elemento particular: a vida humana. O presente ensaio teórico se propõe a construir reflexão sobre as implicações das relações de poder no processo de trabalho em equipe, por uma perspectiva arendtiana. Para tanto optou-se pelo método de pesquisa narrativa, com apresentação do Universo Conceitual Arendtiano sobre o Poder e a relação de poder das equipes de saúde e saúde da Família.

**Descritores:** Relações de Poder, Saúde da Família e Equipe Multiprofissional

### ***Conceptual universe of Hanna Arendt and the Health Family Strategy***

**Abstract:** In Brazil, the National Health Policy is based on the 1988 Federal Constitution, which established the principles and guidelines for health care in the country, provided through the National Health System and from 1994 was the implementation of Health Strategy Family whose principles are guided by the proximity of the User, centrality in the family, a multidisciplinary approach. Teamwork in health has many possible meanings as it includes specific knowledge of each professional field, but fall into a particular element: human life. This theoretical essay proposes to build reflection on the implications of power relations in the process of teamwork, a perspective Arendt. To this end we opted for narrative research method, with which the

Universe Concept Arendt on the Power and the power relationship of health teams and health of the Family.

**Key-words:** Principles of SUS, Power, Family Health and Multidisciplinary Team

### ***Universo conceptual de Hanna Arendt y la Estrategia de Salud de la Familia***

**Resumen:** En Brasil, la Política Nacional de Salud se basa en la Constitución Federal de 1988, que estableció los principios y directrices para el cuidado de la salud en el país, siempre a través del Sistema Nacional de Salud y desde 1994 fue la implementación de la estrategia sanitaria Familia, cuyos principios se rigen por la proximidad del usuario, la centralidad en la familia, un enfoque multidisciplinario. Este ensayo teórico se propone construir una reflexión sobre las consecuencias de las relaciones de poder en el proceso de trabajo en equipo, la perspectiva de Arendt. Con este fin hemos optado por un método de investigación narrativa, con la que el concepto de Arendt Universo en el poder y la relación de poder de los equipos de salud y la salud de la Familia.

**Palabras clave:** principios del SUS, de alimentación, salud de la familia y el equipo multidisciplinario

### **Introdução**

No Brasil a Política Nacional de Saúde está fundamentada na Constituição Federal de 1988, que fixou os princípios e diretrizes para a atenção à saúde no país, prestada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse Sistema, regulamentado em 1990, tem como princípio o acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integradas em uma rede

regionalizada e hierarquizada de prestação de serviços, sob a responsabilidade das três esferas de Governo (BRASIL, 2002).

Pautado nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade do SUS o ESF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, sendo considerada uma estratégia importante na transformação do atual modelo assistencial (BASTOS, 1998).

No entanto, a decisão de adotar a implementação do ESF se deu pelos gestores dos diversos níveis do sistema, não acontecendo discussão ampla com os profissionais e a população local, destoando os objetivos do programa o que passou a significar uma nova divisão de trabalhos entre os profissionais envolvidos (ROSA; LABATE, 2005).

Paralelamente, a ESF propõe um novo talhe na assistência e atendimento das necessidades de saúde da população. Centrada na integralidade da atenção à família, deveria possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BENITO; BECKER, 2007).

Vale lembrar que o processo de organização da ESF exige a definição de um território, com população adscrita, unidade de saúde de referência e a constituição de uma equipe mínima composta pelo menos por um enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde com coordenação da Secretaria Municipal da Saúde (NETO; SAMPAIO, 2008).

Nesta perspectiva a ESF, conforme idealizado, teria o potencial para romper o ciclo da tradição do modelo hegemônico centralizado na figura do médico e da atenção terciária, sendo um instrumento importante o trabalho em equipe interdisciplinar.

O trabalho em equipe na saúde representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados, uma vez que compreende saberes específicos de cada campo profissional, mas que se integram em um elemento particular: a vida humana. Essa representação traz elementos que se aproximam do conceito de trabalho interdisciplinar, apontando, sob certos aspectos, a relação horizontalizada entre os profissionais (LEITE; VELOSO, 2008). Como tal, o processo idealizado para o trabalho no PSF abarca complexidades não apenas biológicas, mas também societárias, visão para a qual os profissionais em Saúde da Família não são formados nos cursos universitários (MORETTI-PIRES, 2009).

E ao estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação refere-se à recomposição de processos de trabalhos distintos e, portanto, à consideração de conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPON; PEDUZZI, 2000).

Estudos recentes, sobre o trabalho em equipe no PSF, revelaram ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais.; que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não-profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e enfermeiro. São reproduzidos assim vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes, quanto na interação entre sujeitos - entre os profissionais e destes com os usuários. Outro



risco potencial é que sejam mantidas as relações de poder que "engessam" o trabalho coletivo em saúde (BASTOS, 2003).

Entre a diversidade de teorias que debatem esta temática destaca-se o pensamento Hannah Arendt<sup>3</sup>, para a qual poder “corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concreto. (...) nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido” (Arendt, 2009:65-66). Fundamentalmente, esta característica humana refere-se em relação de consentir e a si ser consentido pelos outros já que “o consentimento implica o reconhecimento de que nenhum homem pode agir sozinho (...)” (ARENDR, 2008a).

O presente ensaio teórico se propõe a construir uma reflexão sobre as implicações das relações de poder no processo de trabalho em Saúde da Família, por uma perspectiva arendtiana.

### **Universo Conceitual Arendtiano sobre o Poder**

O mundo tem natureza fenomênica no pensamento de Hannah Arendt. Como tal, a realidade é vista pelos homens de forma que “Nada poderia aparecer – a palavra ‘aparência’ não faria sentido – se não existissem receptores de aparências: criaturas vivas capazes de conhecer, de reconhecer e de reagir” (ARENDR, 2008a). Outra importante consideração é o caráter relacional da existência na medida em que “Nada e ninguém neste mundo cujo próprio ser não pressuponha um espectador. (...) nada

---

<sup>3</sup> Conhecida como a pensadora da liberdade, Hannah Arendt viveu as grandes transformações do poder político do século 20. Estudou a formação dos regimes autoritários (totalitários) instalados nesse período - o nazismo e o comunismo - e defendeu os direitos individuais e a família, contra as "sociedades de massas" e os crimes contra a pessoa. Sua obra é fundamental para entender e refletir sobre os tempos atuais, dilacerados por guerras localizadas e nacionalismos. Para ela, compreender significava enfrentar sem preconceitos a realidade, e resistir a ela, sem procurar explicações em antecedentes históricos.

do que é, à medida que aparece, existe no singular; tudo que é, é próprio para ser percebido por alguém” (op.cit).

Em certo sentido, a teoria arendtiana se fundamenta no caráter relacional da vida e dos processos entre os seres. “Não o Homem, mas os homens é que habitam este planeta” (op.cit), de forma que depreende-se que a vida humana é plural, não individual.

Segundo Arendt, a convivência entre os seres humanos é condição indispensável para que o poder exista. Os homens “só retêm poder quando vivem tão próximos uns dos outros que as potencialidades da ação estão sempre presentes” (ARENDR, 2008b).

Esta proximidade defendida por Hannah Arendt como necessidade para se gerar o poder é explicada por que o conviver permite que os homens sejam aparentes uns aos outros.

Outro conceito arendtiano é o da ação, conceituada como os atos praticados de maneira indissociável das palavras ou discurso, pois quando ocorre a dissociação é quando há enfraquecimento. E este enfraquecimento é indesejável, uma vez que, como diz Arendt “É o poder que mantém a existência da esfera pública, o espaço potencial da aparência entre homens que agem e falam.” (ARENDR, 2008a). Reflete a potencialidade que pode ser efetivada e não a materializada.

Para Arendt a coerência entre a ideologia e a ação é fundamental, sendo que a desarmonia entre estas promove a violência. “O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades.” (ARENDR, 2008a).

Quando os homens estão reunidos, possuem papéis sociais, que têm certa aparência aos demais. Estes papéis são regidos por suas características humanas. Desta idéia vem um conceito fundante no pensamento arendtiano: o Espaço de aparência, que se trata da reunião de seres humanos frente à uma finalidade. Esta relação social “passa a existir sempre que os homens se reúnem na modalidade do discurso e da ação, e portanto precede toda e qualquer constituição formal da esfera pública e as várias formas de governo” (ARENDR, 2008b). O espaço de aparência é construído pelo comportamento das pessoas em suas posições e representações em um grupo social de convivência. Podendo um indivíduo exercer o poder ou ser influenciado pelo poder de outro. E esse espaço só existe quando os homens se reúnem, não para sempre.

Arendt fala que um grupo pequeno de homens, mas organizado, pode governar por tempo quase indeterminado poderosos impérios. Ao mesmo tempo, o poder é mais importante que a força puramente. No entanto, a vontade de um que se sobrepõe a dos demais é perversão do poder em força. “(...) sabemos que, quando a principal esfera pública é a sociedade, há sempre o perigo de que, mediante uma forma pervertida de ‘agir em conjunto’ – por pressão e artimanha ou por manobra de pequenos grupos – subam ao primeiro plano os que nada sabem ou podem fazer” (ARENDR, 2008b).

O pensamento arendtiano expressa que “Só o poder pode efetivamente aniquilar a força, e portanto a força combinada da maioria é ameaça constante ao poder” (ARENDR, 2008b).

O Poder apresentado por Arendt tem a peculiaridade de ser o mantenedor da condição humana. Historicamente muitos impérios que tinha a força como fonte inesgotável, foram destruídos pelo poder dos homens. “O poder é sempre, como

diríamos hoje, um potencial de poder, não uma entidade imutável, mensurável e confiável como a força.” (ARENDR, 2008b).

Outra perversão do poder é a corrupção que este sofre quando “(...) os fracos se unem para destruir o forte, mas não antes. A vontade de poder, denunciada e glorificada pelos pensadores modernos de Hobbes e Nietzsche, longe de ser uma característica do forte, é, como a cobiça e a inveja, um dos vícios do fraco, talvez o seu mais perigoso vício.” (ARENDR, 2008b). E que “...finalmente, na era moderna – nada é mais difundido que a convicção de que *o poder corrompe*” (ARENDR, 2008b).

Muito se tem falado pela corrupção, na esfera pública, produzida pelo poder. Ela deixa claro que esse comportamento é para os fracos e não adjetivos dos fortes. Arendt diz que poder só tem razão de existir sendo o principal artifício humano para a preservação da esfera pública e o espaço de aparência.

### **Equipes de Saúde e Saúde da Família**

O trabalho em saúde apresenta a peculiaridade da complexidade de relações implicadas. Esta rede é complexa e no exercer o ofício da saúde, estende-se desde o processo de trabalho em si, a questão de hierarquia e poder profissional, ao afeto e intersubjetividade, ao prazer e desconforto na prática clínica de saúde. Estas relações são produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos.

Outra importante peculiaridade é que o trabalho em equipe de saúde é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. Os profissionais com diversas competências, tornam-se equipe enquanto produzem o cuidado do usuário (FORTUNA *et al.*, 2005).

Paralelamente às características humanas no trabalho, a equipe é composta por pessoas que trazem especificidades próprias como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, experiências profissionais e de vida, formação e capacitação, visão de mundo, diferenças salariais e, por fim, interesses próprios. Essas diferenças exercem influência sobre esse processo de trabalho, uma vez que estão presentes no agir de cada profissional, mas não inviabilizam o exercício da equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Em outro aspecto, o processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe. As questões relacionadas as competências profissionais e as relações de poder tradicionalmente estabelecidas no setor da saúde emergem nesta discussão. A aproximação entre os profissionais das diversas áreas, aproxima também questões de cunho político-corporativo, mas em outro padrões de autonomia e de responsabilidade (ROSA; LABATE, 2005).

Ao estudar o trabalho em equipe é importante conhecer como cada profissional conjuga seu trabalho no âmbito individual e coletivo e identificar evidências de articulação das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais. É preciso observar, também, como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção de um projeto que seja compartilhado por todos. (SILVA, 2005)

Vale lembrar que os profissionais ocupam uma posição diferenciada no âmbito da hierarquia profissional e sócio-econômica. Como aponta Santos (2002), em determinada situação de exercício de poder, pode ocorrer uma convergência entre elos da cadeia de desigualdade (Silva, 2005).

Como indício de como estas relações estão presentes no âmbito da Saúde da Família, na prática organizativa da equipe no território, tem sido cada vez mais premente, a inclusão de um trabalhador gerente, que gerencie o processo organização do trabalho, que passa por um novo padrão de qualidade, como consequência das transformações oriundas de experiências de integração, tanto por suas "implicações organizacionais, em relação à necessidade de inter-relação entre diferentes serviços, como em relação às modificações introduzidas no conteúdo técnicos do trabalho". Sendo que, essas alterações vêm dar respostas às "necessidades originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, 'exigem' novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação" (NETO; SAMPAIO, 2008).

Consideramos o trabalho de Equipe em Saúde como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar.

O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar. Falar de trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso. É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são "negativos", "ruins", ou algo a serem evitados,

mas são inerentes as relações, são possibilidades de crescimento, se forem trabalhados.

Não poderíamos deixar de abordar, também, as relações de poder que vão se tecendo no interior das equipes. Quando falamos de poder, estamos nos referindo não aos governos, prefeitos e chefias, mas à polarização que se estabelece entre as pessoas, dividindo-as entre as que "podem" mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações. Algumas profissões foram adquirindo poder durante a história, é o caso da categoria profissional médica.

São comuns as discordâncias colocadas na direção de se manter poder ou de se rebelar a esses poderes. Na equipe, as relações de poder são complementares, não temos os ditadores sem os submissos. Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso da ESF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos. (FORTUNA *et al.*, 2005)

A equipe não se faz apenas pela convivência de trabalhadores num mesmo estabelecimento de saúde. Precisa ser construída e entendida como uma estrutura em permanente des-estruturação/re-estruturação. (FORTUNA *et al.*, 2005).

Com a descentralização das responsabilidades nas três esferas de governo os profissionais passaram a ter diferentes legislações, contribuindo com a diferença salarial. Isso ocasionou dificuldade de convivência e relacionamento na equipe multidisciplinar na mesma unidade de saúde, fragmentando a assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

No entanto, ainda permanece como um dos mais importantes desafios a efetivação da Saúde da Família a problemática da compreensão sobre a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução para o efetivo trabalho (FORTUNA *et al.*, 2005), o que teoriza-se estar relacionado à formação profissional e das corporações envolvidas (MORETTI-PIRES, 2009).

Tomando como base a conceituação de Arendt, sobre espaço de aparência, pode-se teorizar que a ESF é o espaço de aparência onde vários atores (os profissionais de saúde, gestores e usuários do sistema) se reúnem para a realização desta nova proposta de assistência à saúde da população.

E o discurso passa a existir a partir da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 propondo como diretrizes do SUS a universalidade, integralidade e equidade como descrita abaixo:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;



#### IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

A ESF está fundamentada nos princípios básicos do SUS, mediante a adstrição de clientela, trabalho em equipe de saúde da família com a participação da população. Essa aproximação com a população possibilita o compromisso e a coresponsabilidade da equipe com o indivíduo e a comunidade (BRASIL, 2001). Isso provocou mudanças no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, pois houve a ampliação do acesso do usuário ao serviço de saúde, uma postura acolhedora da PSF e a integração dos trabalhadores da saúde.

Isso exige dos gestores e da equipe multidisciplinar a busca de conhecimento e instrumentos para o trabalho em família, aliado à participação social criar estratégias com ampliação das ações por meio de uma visão ampliada onde deve ser considerado o meio, a economia, a política, a assistência social, a educação e ao lazer, direitos garantidos constitucionalmente.

Entende-se por discurso o preconizado pelas diretrizes do SUS validado por lei, como já citado, e esse discurso não pode estar desassociado da ação que se reflete na assistência prestada ao cidadão pela equipe de saúde.

A forma de organização da ESF nos municípios influencia as relações de trabalho da equipe, e as relações também influenciam a maneira de desenvolver o trabalho em equipe interdisciplinar.

O espaço de aparência está ligado diretamente ao processo de trabalho da equipe interdisciplinar e sofre influência pela liderança política, relação interpessoal, o acolhimento, o trabalho cotidiano, a interação profissional, as articulações entre as ações e pela relação de poder entre os profissionais –profissionais e equipe-população. E para Arendt "... a esfera POLÍTICA resulta diretamente da ação em

conjunto, da comparticipação de palavras e atos. A ação, portanto, não apenas mantém a mais íntima relação com o lado público do mundo, comum a todos nós, mas é a única atividade que o constitui” (ARENDR, 2008b).

Dentro deste entendimento, analisando o espaço de aparência da ESF, por meio do discurso e ação, percebe-se uma desassociação entre o discurso e ação, ou seja, entre o preconizado por lei e diretrizes e o que efetivamente é executado na *práxis* tanto pelos gestores, estes exercendo poder-força política, bem como pelos profissionais envolvidos com a assistência direta a população, assim como os usuários que ainda não estão exercendo o direito, garantido por lei, em participar por meio do controle social, das ações do PSF.

Ainda é muito pouca a participação dos usuários nas reuniões dos conselhos municipal de saúde e conselho local.

Entende-se que isto é grave e fragiliza o programa. É o poder exercido pela força política. Poder este exercido pelos partidos políticos existentes. Arendt fala que “O que primeiro solapa e depois destrói as comunidades políticas é a perda do poder e a impotência final, e o poder não pode ser armazenado e mantido em reserva para casos de emergência, como os instrumentos da violência: só existe em sua efetivação” (ARENDR, 2008b).

O trabalho exercido na ESF exige da equipe, principalmente da gerência, o exercício pleno de uma liderança competente, para que a mesma possa mobilizar processos, vontades e estratégias organizacionais, com o intuito de ampliar os espaços de influência do trabalho em saúde, alcançar as metas estabelecidas pela gestão sanitária municipal, cumprir o que está previsto no Plano Municipal de Saúde, na Lei Nº 8.080/1990 e buscar a efetivação dos princípios do SUS, principalmente da integralidade.

O debate político no campo da saúde não se faz apenas com palavras. Assim como na educação e em algumas áreas, o debate político no campo da saúde se faz por meio das práticas. Tais práticas modificam o espaço, promovendo inclusão ou exclusão, alegria ou apatia (BUCHABQUI, 2006).

Não se faz saúde só com médicos, enfermeiros e sociólogos sanitaristas. Não se faz saúde só com farmacêuticos e psicólogos. Não se faz saúde só com nutricionistas e fonoaudiólogos. A saúde se faz nos gestos, nos olhares, na felicidade e na promoção da autonomia. Faz-se no cuidado do outro e de si. Faz-se com a construção de novas mitologias do cuidado, que devem ocupar o lugar de antigas verdades, rígidas, e que não conseguem mais dar conta de toda a complexidade da vida e das dinâmicas sociais (LEFÉVRE, 1999).

E como resultado haverá compartilhamento das responsabilidades; sendo objeto de trabalho conjunto nas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da família e comunidade; e divisão de responsabilidades nos serviços de saúde e as práticas de atenção.

Como já citado o trabalho em equipe na ESF é essencial no processo de mudança de modelos de atenção à saúde, em que a horizontalidade nas relações começa a constituir o cotidiano do trabalho. Este trabalho é a atividade contínua e necessária a uma ação que envolve o conjunto de arranjos

institucionais que transformam as relações sociais de produção por meio de uma relação de subordinação e dominação e/ou de cooperação e conflito. E a equipe como conjunto de profissionais que se aplicam a desenvolver trabalho conjunto a partir da definição de objetivos (LEITE; VELOSO, 2008).

Nota-se que o trabalho em equipe interdisciplinar, proposta da ESF, nas relações cotidianas de trabalho ainda é frágil nas relações horizontais entre os profissionais e deste para com o usuário. Percebe-se que o profissional enfermeiro tem exercido a responsabilidade de liderança no programa, e que este, por acúmulo de cargos e responsabilidade, tem tido dificuldade em exercer de forma horizontal sua liderança entre os outros atores envolvidos.

Arendt explica que “Porque o poder, como a ação, é ilimitado; ao contrário da força, não encontra limitação física na natureza humana, na existência corpórea do homem. Sua única limitação é a existência de outras pessoas, limitação que não é acidental, pois o poder humano corresponde, antes de mais nada, à condição humana da pluralidade”(ARENDR, 2008b).

Analisando essa pluralidade, na ESF ela envolve os gestores, profissionais de saúde e os usuários. A importância da cooperação em um trabalho como o da equipe de saúde da família, deve ser pautada em uma relação de confiança.

A Estratégia Saúde da Família tem apresentado dificuldades em sua efetividade, pois para que seja desenvolvido o programa tem que ser por meio do relacionamento de confiança. A falta de confiança entre os profissionais e os gestores tem sido um entrave na continuidade do programa, gerando insegurança e desmotivação para os profissionais no cumprimento de suas

atividades. O Poder é exercido de forma intimidadora por parte dos gestores de saúde.

Também há falta de confiança entre os profissionais de saúde, com pouco envolvimento entre as ações prestadas. E o enfermeiro, como gerente da equipe, em muitas situações exclui os outros profissionais em suas decisões.

A relação com os usuários percebeu-se que tem sido, em algumas situações, ameaçada principalmente quando, denunciam algo ocorrido ou não durante a relação entre os dois. Ou em algumas situações são ameaçados pelos profissionais e gestores que se colocam como detentores do conhecimento e portanto a palavra final com relação ao processo de saúde e doença da população.

A confiança da equipe no gestor de saúde tem efeitos significativos no resultado do trabalho. Se os membros da equipe de saúde não confiam no gestor e não acreditam que ele irá utilizar adequadamente as informações coletadas por eles para a promoção da saúde pública, passarão a não realizar seu trabalho com o mesmo zelo, já que o zelo no trabalho se mostra indispensável (VALENTIM; KRUEL, 2007).

A reciprocidade também é relevante, se o gestor confia em uma equipe de saúde da família, ele terá maior propensão a utilizar as informações por ela coletada para tomadas de decisões político-administrativas e para a elaboração das políticas de saúde do município.

A confiança perpassa as relações entre a equipe e os usuários. O usuário é o pilar de sustentação de toda ESF. Expectativas excessivas por parte dos usuários quanto ao poder de ação das equipes podem ser frustradas

e representarem um risco para toda a relação com estas, e também para o sucesso do programa.

A confiança depositada no gestor de saúde é fortemente influenciada pela confiança no Estado, no poder público. A confiança dos usuários nas lideranças é importante já que estas se constituem na representação desses usuários junto ao poder público, levando suas reivindicações de maneira direta ao gestor. De forma inversa, a confiança existente entre as lideranças e os usuários se constitui em uma forma de reduzir as incertezas quanto às solicitações da comunidade e em um estímulo para a luta pelas suas próprias necessidades. A presença da confiança nestas relações é fortemente influenciada pelo histórico das experiências anteriores entre as partes, mas também pode sofrer interferência da afetividade existente entre elas.

A liderança no PSF deve ser carismática, executiva, resolutiva, empreendedora, acolhedora, para que possa propiciar a construção de vínculos, mobilizar vontades, e mediar democraticamente os conflitos internos da equipe-equipe, entre equipe e comunidade e internas da comunidade. A liderança deve, ainda, apresentar maturidade em situações de crise, como nos casos de epidemia, de catástrofe ou de conflitos político-sociais intensos. Deve pregar a afetividade entre equipe-comunidade, alimentar sonhos, inspirar o futuro, e juntos buscarem a resolução dos problemas e necessidades sanitárias,

construindo uma cultura de solidariedade, baseada no bem comum e no amor coletivo (NETO; SAMPAIO, 2008).

A falta de confiança gera o distanciamento e a quebra no relacionamento entre os gestores, profissionais de saúde e usuários. Segundo Arendt “O que mantém unidas as pessoas depois que passa o momento fugaz da ação (aquilo que hoje chamamos de organização) e o que elas, por sua vez, mantém vivo ao permanecer unidas é o poder” (ARENDR, 2008b).

Neste sentido, observou-se que a forma de gestão da ESF tem, em muitas situações, ligação direta com os Partidos políticos, e muitas vezes os profissionais sentem-se ameaçados em perder seus empregos com a mudança em épocas de eleição, pois em alguns municípios os profissionais, desde o nível médio a superior, são de contrato temporário. A forma que os profissionais adentram a ESF, é por indicação de alguma pessoa da comunidade ou, principalmente, por algum político.

Sendo assim, Arendt fala que “Nas condições da vida humana, a única alternativa do poder não é a resistência – impotente ante ao poder – mas unicamente a força, que um homem sozinho exerce contra seu semelhante, e da qual um ou vários homens podem ter o monopólio ao se apoderarem dos meios de violência. Mas, se a violência é capaz de destruir o poder, jamais pode substituí-lo” (ARENDR, 2008b)

Arendt aborda também que: “a tirania impede o desenvolvimento do poder, não só num seguimento específico da esfera pública, mas em sua totalidade; em outras palavras, gera a impotência tão naturalmente como outros organismos políticos geram o poder” (ARENDR, 2008b) “... a tirania é incapaz de engendrar suficiente poder para permanecer no espaço de aparência, que é a esfera pública; ao contrário tão logo passa a existir gera a semente de sua própria destruição” (ARENDR, 2008b).

A tirania é descrita por Arendt como uma relação humana que se fundamenta “(...) no isolamento – o isolamento do tirano em relação aos súditos, e dos súditos entre si por meio do medo e da suspeita generalizada” (ARENDR, 2008b). Sua violência se caracteriza por contradizar “a condição humana de pluralidade, o fato de que os homens agem e falam em conjunto, que é a condição de todas as formas de organização política” (ARENDR, 2008b). E que “... embora a tirania se caracterize sempre pela impotência dos seus súditos, privados da capacidade humana de agir e falar em conjunto, não é necessariamente caracterizada pela fraqueza e esterilidade(...)” (ARENDR, 2008b).

Partindo deste pensamento sobre tirania encontramos o medo existente nos profissionais em referir algo sobre os gestores, pois se sentem inseguros em expressarem seus pensamentos sobre tal assunto, porém deixaram claro que não concordam nesta forma de condução do processo trabalhista na ESF, todavia limitam-se a ficar calados em garantia de seu emprego, emprego este que tem o contrato de 4 anos, tempo de permanência de cada gestão onde se trocam as equipes por outras, comprometendo, assim, todo o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros das equipes por motivos "políticos" impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

Nesse sentido, parece que a política municipal muitas vezes não reconhece os princípios norteadores da ESF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que a ESF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais.

Sendo que na Política Nacional de Saúde, aprovada pela Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006, reza no item 8.1 sobre as diretrizes para a gestão do trabalho no SUS que a “política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e



deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho; promover relações de trabalho que obedeçam a exigência do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho... que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculo, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente”

Arendt expressa que “O poder preserva a esfera pública e o espaço da aparência e, como tal, é também princípio essencial ao artifício humano, que perderia sua suprema *raison d'être* se deixassem de ser o palco da ação e do discurso, da teia dos negócios e relações humanas e das histórias por eles engendradas” (ARENDR, 2008b).

As relações de poder estabelecidas nas divisões de classe também são reproduzidas na divisão social/técnica do trabalho assim como as relações políticas e ideológicas, conforme os lugares das classes sociais de que são provenientes os trabalhadores, aceitas e reforçadas culturalmente como inerentes às relações sociais. O trabalhador médico tem muita dificuldade de se colocar na categoria de trabalhador, geralmente se coloca na condição de possuidor dos meios de produção; o mesmo acontece com a enfermeira quando esta estabelece relação com os trabalhadores de nível médio e elementar. Até a própria denominação nível universitário, médio e elementar marca essa diferença da rede de relações no processo produtivo (MATSUMOTO *et al.*, 2005).

Na ESF o Enfermeiro tem assumido a gerencia da equipe da saúde da família, sendo ele o responsável por toda a parte organizacional e burocrática

do programa, além de gerenciar a UBS da qual a equipe está inserida. Isto tem interferido diretamente na ação e prática assistencial deste profissional.

Analisando o que diz a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006 as atribuições dos enfermeiros é participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Saúde da Família em conjunto com os demais profissionais, sendo ele o responsável, segundo a portaria, de planejar, gerenciar, coordenar a avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem, não lhe cabendo o gerenciamento de toda a equipe. Pois no entendimento sobre equipe de saúde, as responsabilidades precisam ser compartilhadas, cabendo à supervisão ser o intermediador do processo de trabalho da equipe.

Verifica-se que o enfermeiro acaba mediando às relações não só entre os trabalhadores da equipe, mas também destes com a coordenação municipal. A coordenação municipal, por sua vez, reforça essa posição: as correspondências e as ligações telefônicas são quase sempre direcionadas a esse profissional, mesmo quando o assunto diz respeito a outro profissional da equipe. Este dado pode ser entendido, em um sentido mais geral, pelo fato de que historicamente, o profissional de enfermagem tem assumido preferencialmente funções de gerência e administração nos serviços de saúde (SILVA, 2005).

Arendt diz que “Pelo mesmo motivo, é possível dividir o poder sem reduzi-lo; e a interação de poderes, com seus controles e equilíbrios, pode, inclusive, gerar mais poder, pelo menos enquanto a interação seja dinâmica e não resultado de um impasse” (ARENDR, 2008b).

Um dos desafios para os trabalhadores da Saúde da Família contratados para constituir uma equipe é justamente compreender a dinâmica do seu próprio processo de construção-desconstrução-reconstrução. Consideramos o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas possibilidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos. Podemos dizer que o trabalho em equipe é gerido e concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário (MATSUMOTO *et al.*, 2005).

Entende-se por gestão cuidadora a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro. Advoga-se que politicidade do cuidado - expresso pelo triedro conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar – pode se constituir em referência analítica para a gestão do cuidado em saúde. O triedro do cuidar articula sinteticamente as categorias conhecimento, poder e emancipação numa perspectiva epistemológica, ética e política. Se aposta num conhecimento que torne possíveis relações de ajuda-poder igualitárias, que façam emergir as contradições da arena política, numa perspectiva fortalecedora de sujeitos históricos (PIRES; GOTTEMS, 2009).

A existência de um líder na equipe é uma condição importante para a coesão do grupo. E permanência prolongada de uma pessoa no poder pode contribuir para suscitar Acomportamentos e atitudes passivas dos demais membros da equipe, seja em relação aos processos decisórios ou à execução

das ações. É recomendado o exercício flexível da liderança como forma de evitar a cristalização de posições (OLIVEIRA, 2000).

Ainda no terreno relativo ao poder, percebe-se a tendência por parte de alguns profissionais, em reiterar as relações assimétricas de subordinação. E esse exercício de poder, pode proporcionar a convergência entre as relações de desigualdades (SILVA, 2005).

Ao levarmos em consideração que a prática do gerenciamento de território na ESF é algo novo, recente, não sendo ainda uma definição administrativa em sua totalidade para as equipes, mesmo sendo uma política emanada com a NOB - SUS 01/1996, gerenciar território, necessita de profissionais que tenham a sensibilidade de compreender os processos sociais, políticos, culturais, epidemiológicos, ecológicos, enfim os históricos. Além do mais, a prática de gerenciamento deverá agregar saberes e práticas próprias das Ciências Sociais, da Saúde e Humanas. Gerenciar coletivamente é outra prerrogativa para tais gerentes (NETO; SAMPAIO, 2008).

A forma pela qual a equipe de saúde desenvolve suas ações, refletida na *práxis* desses profissionais, gestores e a participação efetiva da comunidade, tem sido o pilar da implantação e efetivação do programa. Pois tudo o que lemos e vimos como progresso e retrocesso do programa, como proposta de mudança no modelo assistencial, sofre influencia direta do discurso e da ação refletida neste espaço de aparência apresentado por Arendt.

“Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito”

### Referência Bibliográfica

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.2, Rio de Janeiro mar./abr. 2007.

ARENDT, H. *A vida do Espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008a.

ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Forence Universidade, 2008b.

BASTOS, L. G. C. *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família *Rev Bras Enfermagem*, v.60, n.3, p.312-6. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)*. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2001. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Secretária de Políticas Públicas. Brasília.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; SILVA, PETUCO, D. R. da. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Rev. bras. educ. med.*, v.30, n.1, Rio de Janeiro, jan./abr. 2006.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev Bras Enfermagem*, v.53, n.especial, p.143-147. 2000.

FORTUNA, C. M., et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.13, n.2, p.262-8. 2005.

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*, v.13, n.2, Ribeirão Preto, Mar./Apr. 2005.

LEFÉVRE F. *Mitologia Sanitária: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem*. São Paulo: EDUSP. 1999.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof*, v.28, n.2, p.33-46. 2008.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; Nélío DOMINGOS, A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.16, Botucatu, set./fev. 2005.

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional de Saúde. *Interface – Comunic Educ Saúde*, v.13, n.3, p.153-60. 2009.

NETO, F. G. X.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. Enfermagem*, v.61, n.1, Brasília, jan./fev. 2008.

OLIVEIRA, D., et al. A Política Pública de Saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*, v.24, n.1, p.197-206. 2008.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. bras. Enfermagem*, v.62, n.2, Brasília, Mar./Apr. 2009.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.13, n.6, p.345-9. 2005.

SILVA, I. Z. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)*, v.9, n.16, Botucatu, set./fev. 2005.

BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2, p.429-435. 1998.

VALENTIM, I. V. L.; KRUEL, A. J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.3, p.777-788. 2007.

**Artigo 3** – submetido à revista “Interface – Comunicação, Saúde e Educação”  
**As relações de poder em equipe multi profissional segundo um modelo  
teórico arendtiano<sup>4</sup>**

*Power relationship in the multidisciplinary teamwork from an Arendt's theory model*

*Las relaciones de poder en varios equipo de profesionales en un modelo teórico de  
Arendt*

**Autor principal**

**Hadelândia Milon de Oliveira** – [rmilon@ufam.edu.br](mailto:rmilon@ufam.edu.br)

Escola de Enfermagem de Manaus

Universidade Federal do Amazonas

**Co-autores**

**Rosana Cristina Pereira Parente** – [rparente@ufam.edu.br](mailto:rparente@ufam.edu.br)

Instituto de Ciências Exatas

Universidade Federal do Amazonas

**Rodrigo Otávio Moretti-Pires** – [rodrigomoretti@ccs.ufsc.br](mailto:rodrigomoretti@ccs.ufsc.br)

Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal de Santa Catarina

**Endereço para correspondência**

Departamento de Saúde Pública – CCS/UFSC

---

<sup>4</sup> texto inédito, resultado de pesquisa teórica, integrante de dissertação de mestrado, em que não houveram conflitos de interesse, sendo desenvolvido após aprovação do CEP/UFSC sob protocolo 121/09 FR 259768.

Campus Universitário – Trindade - Florianópolis (SC)

CEP – 88040-970 – Fone: (48) 3721.9388 – ramal 208

**Resumo:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) está fundamentada no trabalho em equipe onde geralmente ocorrem relações de poder, exigindo mudanças no processo de trabalho das Unidades de Saúde, \_distanciando-se do modelo centralizado na figura do médico. Objetivo - propor um modelo teórico de avaliação da relação de poder na equipe multiprofissional, com base nos pressupostos de Hannah Arendt. Baseado em análise documental dos dispositivos legais da ESF e dos pressupostos arendtianos, estabeleceu-se um modelo teórico para avaliação, utilizando-se a abordagem qualitativa com enfoque hermenêutico-dialética. Para testar o modelo, aplicaram-se Grupos Focais e Entrevistas individuais no município de Manacapuru – interior do Estado do Amazonas. Resultados - cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada; a política da gestão municipal é limitadora do trabalho coletivo, não governando com liderança, mas se configurando como tirania na perspectiva arendtiana, trazendo descrédito a ESF.

**Descritores:** Poder, Saúde da Família, Equipe Multi profissional

**Abstract:** The Family Health Strategy (FHS) is based on teamwork, demanding changes in the work of health units, away from the centralized model on the doctor. Objective - To propose a theoretical model to assess the relationship of power in the multi professional team, based on the work of Hannah Arendt. Based on documentary analysis of the legal provisions of the ESF and assumptions arendtianos, established a theoretical model for evaluation, using a qualitative approach with focus hermeneutic-dialectic. To test the model, applied to focus groups and individual interviews in the municipality of Manacapuru - the State of Amazonas. Results - each professional performs its



function in isolation, not shared, the policy of the municipal administration is limiting the collective work, not governing with leadership, but assumed a tyranny view Arendt, bringing discredit to the FHT.

**Key-words:** SUS, Power, Family Health and Multidisciplinary Team

**Resumen:** La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se basa en el trabajo en equipo, exigiendo cambios en el trabajo de las unidades de salud, lejos del modelo centralizado en el médico. Objetivo - Proponer un modelo teórico para evaluar la relación de poder en el equipo multiprofesional, basada en la obra de Hannah Arendt. Basado en el análisis documental de las disposiciones legales del FSE y los supuestos arendtianos, estableció un modelo teórico para la evaluación, utilizando un enfoque cualitativo con un enfoque hermenéutico-dialéctico. Para probar el modelo, aplicado a grupos focales y entrevistas individuales en el municipio de Manacapuru - el Estado de Amazonas. Resultados - de cada profesional ejerza su función de forma aislada, no es compartida, la política de la administración municipal está limitando el trabajo colectivo, no de gobierno con liderazgo, pero supone una visión tiranía Arendt, desacreditar a la FHT.

**Palabras clave:** SUS, Salud de la Familia, Equipo Multi Profesional

## **INTRODUÇÃO**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como importante mecanismo para a transformação do modelo assistencial brasileiro. Pautada nas diretrizes de integralidade, equidade e universalidade do SUS, a ESF propõe nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde (BASTOS, 1998), fundamentada na adscrição de clientela e no trabalho em equipe de saúde da família com a

participação da população. Essa aproximação possibilita o compromisso e a coresponsabilidade da equipe com o indivíduo e a comunidade (BRASIL, 2001). Mais do que uma questão de fundo ideológico, foi necessária mudança no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde.

Pode-se considerar que a implantação da ESF vem contribuindo para a consolidação de uma gestão descentralizada e participativa do sistema e da política de saúde e para maior garantia do direito à saúde. Assim sendo, transformar o programa em uma estratégia de organização foi um avanço para a gestão do SUS, uma vez que se busca não apenas o acesso e sua ampliação, mas também a reorientação da prática da atenção à saúde em novas bases, a substituição do modelo então vigente, levando a saúde para mais perto das famílias e melhorando-se a qualidade de vida dos cidadãos brasileiros (BRASIL, 2001).

A ESF foi proposta como um trabalho em equipe multiprofissional, devendo ser composta, no mínimo, por um médico com formação generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um odontólogo e um atendente de consultório dentário e/ou um técnico de higiene oral. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2006a).

Nesta perspectiva a ESF rompe com o modelo hegemônico centrado na figura do médico, e propõe nova forma de assistir à população, colocando como ponto chave o trabalho articulado dos diversos saberes em equipe multiprofissional, que representa um processo de relações a serem pensadas pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados.

Cada profissional da equipe possui atribuições específicas. No entanto, cabe a todos fomentar e desenvolver, conjuntamente, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da comunidade, além de ações de recuperação e de reabilitação da saúde, tanto na unidade de saúde quanto nos municípios, aliando, desta forma, a atuação clínica e técnica à prática da saúde coletiva (VALENTIM; KRUEL, 2007).

O trabalho nas equipes de Saúde fundamenta-se nas relações interpessoais e, como tal, geram relações de poder<sup>5</sup>. Acrescida à esta característica, a organização institucionalizada do trabalho também promove relações de desejos, interesses e, por decorrência, conflitos. Em ambas perspectivas existem pessoas que “podem mais” e as que “podem menos” (FORTUNA *et al.*, 2005). Particularmente nas equipes de Saúde, há um terceiro elemento que trata das competências, poderes e status de cada corporação de trabalho. “Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho: no caso do PSF, a democratização e a construção de trabalhadores e usuários cidadãos” (FORTUNA *et al.*, 2005).

Esta característica relacional do poder nos grupos é uma das importantes contribuições de Hannah Arendt\* para o pensamento humano. Para esta teórica “O espaço de aparência, passa a existir sempre que os homens se reúnem na modalidade do discurso e da ação, e, portanto precede toda e qualquer constituição formal e as várias formas de governo, isto é, as várias formas possíveis de organização da esfera pública” (ARENDR, 2008b).

Com relação ao poder e sua efetivação, Arendt defende que a utilidade coletiva do mesmo é que o legitima, de forma que não apenas as intenções explícitas, mas a

---

\* Conhecida como a pensadora da liberdade, Hannah Arendt viveu as grandes transformações do poder político do século 20. Estudou a formação dos regimes autoritários (totalitários) instalados nesse período - o nazismo e o comunismo - e defendeu os direitos individuais e a família, contra as "sociedades de massas" e os crimes contra a pessoa. Sua obra é fundamental para entender e refletir sobre os tempos atuais, dilacerados por guerras localizadas e nacionalismos. Para ela, compreender significava enfrentar sem preconceitos a realidade, e resistir a ela, sem procurar explicações em antecedentes históricos.

prática em si é que caracterizam o poder genuíno. “O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar ou destruir, mas para criar relações e novas realidades” (ARENDR, 2008b).

O “espaço de aparência” refere-se ao comportamento das pessoas em suas posições e representações em um grupo social de convivência, podendo um indivíduo exercer o poder ou ser influenciado pelo poder de outro. E esse espaço só existe quando os homens se reúnem, não sendo durável ou para sempre.

Partindo desta perspectiva, o presente artigo tem como objetivo avaliar da relação de poder na equipe multi profissional da ESF, por meio de um modelo teórico, com base nos pressupostos arendtianos.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

A base conceitual que fundamenta o modelo teórico proposto foi estabelecida nos conceitos sobre relações de poder nos grupos das obras de Hannah Arendt, assim como nas bases documentais sobre ESF no Brasil. A partir destes conceitos-chave, criou-se um Modelo Teórico e Matriz conceitual, conforme sugerido por Hartz (2002).

Tendo em vista a natureza do objeto “relações de poder” na “equipe multiprofissional de Saúde da Família” no interior do Estado do Amazonas, se optou no presente estudo pela abordagem qualitativa (MINAYO, 2004; MINAYO *et al.*, 2005) buscando imergir nas singularidades do fenômeno em uma postura hermenêutica-dialética (MINAYO, 2002), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis e da busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de

confrontação, convergências e divergências das categorias(MINAYO *et al.*, 2005).

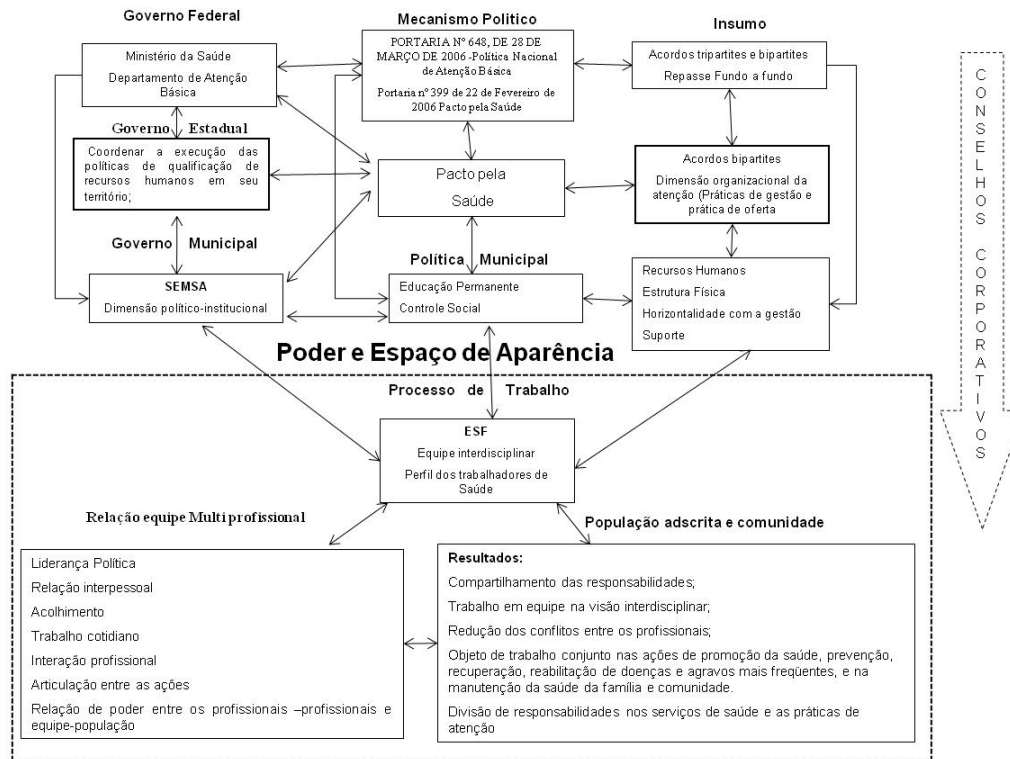
O modelo foi aplicado, com profissionais de Saúde da Família no município de Manacapuru, interior do Amazonas, utilizando-se quatro Grupos Focais com todos os membros das equipes investigadas e cinquenta e duas entrevistas individuais, tendo como indicador para a amostragem a saturação das informações, descrita por Minayo como o aparecimento de certa reincidência de perspectivas sobre o fenômeno, indicando que o acréscimo de sujeitos não implicaria necessariamente em novidades a cerca do mesmo. Esta forma de amostragem também é conceituada como *amostra teórica* (MINAYO *et al.*, 2005). O uso simultâneo dessas técnicas fornece ao pesquisador confirmar ou não impressões que o mesmo possa ter sobre a realização das duas técnicas, possibilitando maior confiança na interpretação dos dados (MINAYO, 2004; MORGAN, 1997).

## **PROPOSTA DE MODELO TEÓRICO ARENDTIANO**

Para Hannah Arendt, a vida coletiva pode ser observada sob duas perspectivas: o discurso e a ação. O primeiro é entendido como as intenções, ideologias, leis e tudo o mais que oficialmente caracteriza determinado grupo, dinâmica e justificativa oficial para existência social do mesmo. A segunda refere-se à vida vivida propriamente dita, que tem dinâmica própria e acontece independente do discurso e da ideologia oficial que sustenta o grupo. É na ação que os homens se vêem e estabelecem suas relações de poder, o que é caracterizada como não-permanente e dinâmico “espaço de aparência”. (ARENDR, 2008b).

Nesta perspectiva construiu-se o modelo teórico, conforme representação diagramática abaixo.

**Figura 1:** Modelo teórico-conceitual referente a relação de poder na equipe multiprofissional do PSF, baseado no poder e espaço de aparência que agrega discurso e ação.



A figura diagramática apresentada agrega os conceitos que se seguem.

### **Do Discurso**

O Ministério da Saúde para fortalecimento do Departamento de Atenção Básica e descentralização das responsabilidades nas três esferas, por meio do Governo Federal aprova a Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto (BRASIL, 2006b). Com base nos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela

vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS possibilitando a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma dos aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

A Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006a), tendo a Saúde da Família como prioridade para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Dentre os seus fundamentos destaca-se o de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Para os Governos estaduais e Municipais cabe, dentre outras responsabilidades oferecerem estrutura física adequada à execução das ações de promoção de saúde, estabelecer política de recursos humanos para contratação destes profissionais, bem como, a qualificação e capacitação dos mesmos por meio do planejamento e execução de educação permanente, dando suporte e estabelecendo horizontalidade dos profissionais com a gestão. Bem como, estimular a participação popular e o controle social, e buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para o fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

E para esse processo os Conselhos Corporativos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996; BRASIL, 2007) são importantes como órgãos legisladores dos profissionais de saúde, garantindo a qualidade da assistência desses profissionais à população, estabelecendo as competências, deveres e proibições de acordo com cada conselho profissional, sejam de enfermagem, odontologia ou medicina.

### ***Da Ação - Poder e Espaço de Aparência***

A ESF, dentro dos princípios gerais, destaca-se ser um espaço potencial de construção de cidadania. Do processo de trabalho da saúde da família ressalta-se o trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica enfatiza-se a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Como resultado espera-se encontrar na ESF o compartilhamento das responsabilidades, o trabalho em equipe na visão multiprofissional com redução dos conflitos entre os profissionais, o objeto de trabalho conjunto nas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da família e comunidade e a divisão de responsabilidades nos serviços de saúde e nas práticas de atenção.

### **APLICAÇÃO DO MODELO E DISCUSSÃO PARA UM CONTEXTO AMAZÔNICO**

Um dos fundamentos do SUS de acordo com a Política Nacional de Saúde é o de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Porém foi percebido um distanciamento entre as equipes de saúde e a população, não havendo articulação para o



planejamento e construção de estratégias nas ações de saúde, bem como a continuidade do cuidado. A participação popular e o controle social são pouco exercidos e não há estímulo dos gestores para que essa participação social da população ocorra de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Não há articulação para buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

Neste contexto é importante ressaltar que no pensamento de Hannah Arendt, poder “corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concreto. [...] nunca é propriedade de um indivíduo; pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido” (ARENDR, 2009). Esta característica humana refere-se em relação de consentir e a si ser consentido pelos outros já que “o consentimento implica o reconhecimento de que nenhum homem pode agir sozinho [...]” (ARENDR, 2008a).

As Unidades Básicas de Saúde não possuem estrutura física adequada para execução das ações de promoção de Saúde. Algumas funcionam com até três equipes da ESF, sem salas adequadas para recepção, consultórios médicos, de enfermagem e odontológico com equipamentos e espaço físico inadequados. O serviço de odontologia não estava sendo oferecido por falta de equipamentos e materiais. Outra observação é que nessas unidades são prestados serviços específicos da Unidade Básica de Saúde em conjunto com as atividades da ESF, sobrecarregando o profissional de saúde, principalmente os de nível superior que precisam atender a demanda da unidade e ainda realizar as visitas domiciliares, porém, no cotidiano, esta última somente é realizada em casos de necessidade extrema, identificadas pelo ACS.

Não foi identificada uma política de recursos humanos para a contratação dos profissionais, bem como, a qualificação e capacitação dos mesmos por meio do planejamento e execução de educação permanente servindo para o suporte e estabelecendo horizontalidade dos profissionais com a gestão. Os profissionais são contratados por meio de indicação, não havendo processo seletivo ou mesmo concurso público, todos são contratos temporários, gerando desconforto e insegurança para esses trabalhadores que sentem a pressão política e se submetem a trabalharem em condições mínimas de trabalho, gerando o chamado vínculo precário.

O poder é exercido verticalmente, dos gestores para os profissionais, gerando tensão nas relações interpessoais, contribuindo para a falta de confiança entre os gestores e os profissionais. Esta forma de pressão política fragiliza a efetividade da ESF. Alguns profissionais expressaram que o seu contrato tem a duração de quatro anos, tempo de um mandato, não sabendo se irá ser renovado na administração seguinte. Essa forma de política de recurso humano favorece a descontinuação das ações, e garante a conformidade das ações de acordo com a gestão vigente.

A tirania é descrita por Arendt como uma relação humana que se fundamenta “[...] no isolamento – o isolamento do tirano em relação aos súditos, e dos súditos entre si por meio do medo e da suspeita generalizada”. Sua violência se caracteriza por contradizer “a condição humana de pluralidade, o fato de que os homens agem e falam em conjunto, que é a condição de todas as formas de organização política<sup>6</sup> E que “... embora a tirania se caracterize sempre pela impotência dos seus súditos, privados da capacidade humana de agir e falar em conjunto, não é necessariamente caracterizada pela fraqueza e esterilidade [...]” (ARENDR, 2008b). E que “... a tirania é incapaz de engendrar suficiente poder para permanecer no espaço de aparência, que é a esfera pública; ao contrário tão logo passa a existir gera a semente de sua própria destruição” (ARENDR, 2008b).

Não foi observada a existência de uma organização e planejamento de educação permanente para esses profissionais. Quando há, essa ocorre somente para os Agentes Comunitários de Saúde, médicos e enfermeiros, com pouco envolvimento do odontólogo. Este se sente excluído e esquecido. Percebe-se a falta de preparo para o trabalho na visão multiprofissional, na promoção de saúde por meio dos vários saberes.

Com relação à ação da ESF em Manacapuru pouco se percebe o espaço para a construção da cidadania. Os profissionais não desenvolvem ações de trabalho em equipe, cada um trabalha dentro de suas competências profissionais, falta principalmente articulação dos demais profissionais com a odontologia.

O Enfermeiro exerce a função de gerente da UBS, porém também são enfermeiros da ESF e cada enfermeiro é responsável por um dos programas do Ministério da Saúde, ou seja, ele exerce três funções, com acúmulo de atividades administrativas, sendo uma imposição dos gestores locais. Em alguns casos não são reconhecidos pelos demais profissionais, principalmente do nível superior, como líder da equipe. As decisões são tomadas unilateralmente, com pouco envolvimento dos demais integrantes da equipe no planejamento das ações e tomadas de decisões. O Poder não ocorre de forma compartilhada com co-responsabilidade nas ações de promoção de saúde, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito.

A relação de poder com a população também é fragilizada, os profissionais não estimulam à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. Percebem o usuário somente como receptor do conhecimento, transferindo a culpa para seus problemas de saúde. Por outro lado os usuários quando não querem determinado profissional, principalmente o ACS, e tem alguma influência política no município, fazem denúncia, sejam verdadeiras ou não,

provocando a demissão desse profissional e indica outro para substituí-lo e nem sempre o profissional é ouvido. Ele é simplesmente substituído. Essa situação gera desconfiança na relação profissional-usuário.

De acordo com a Política Nacional de Humanização a Atenção Básica precisa exercer o acolhimento, por meio de estratégia de participação da equipe no planejamento e avaliação da ação, porém isso não foi percebido, nem na relação vertical com os gestores e nem de maneira horizontal entre os profissionais.

O conceito de “espaço de aparência” mostrou-se pertinente ao processo de trabalho da equipe interdisciplinar e sofre influência pela liderança Política, relação interpessoal, o acolhimento, o trabalho cotidiano, a interação profissional, as articulações entre as ações e pela relação de poder dos profissionais entre si deles com a população. E para Arendt “... a esfera política resulta diretamente da ação em conjunto, da co-participação de palavras e atos. A ação, portanto, não apenas mantém a mais íntima relação com o lado público do mundo, comum a todos nós, mas é a única atividade que o constitui” (ARENDR, 2008b).

Machado (2005) aponta fragilidades quanto ao recurso humano no SUS durante seu processo de implementação. Em relação à Saúde da Família, trabalho em equipe significa interação entre os diversos profissionais, um dos pilares deste modelo de atenção, orientado à integralidade nos cuidados de saúde pautada na relação entre a complementaridade de trabalhos e a interação dos profissionais (ARAÚJO; ROCHA, 2007; CHAVES, 2003).

É importante ressaltar que a prestação dos cuidados em saúde é um campo imanente na complexidade (CHAVES, 2003). A redução na disciplinaridade não abarca o ser humano em si, na emergência da vida individual e particular vivida no/com o coletivo, perspectiva que comporta a proposta de visão ampliada evocada

pela ESF, em que a visão biomédica estrita não se mostra apropriada assim como a formação profissional pautada por esta orientação (MORIN, 2007).

Nesta perspectiva, ao adotar a ESF uma formulação que prima pelo atendimento integral, complexo, na multidimensionalidade humana, há necessidade de profissionais que lidem com determinantes sociais de saúde, articulando a atuação profissional de maneira intersetorial com a realidade adscrita (MORETTI-PIRES, 2009).

Uma questão que emergiu trata das especialidades, que falham em dar conta de todas as necessidades de saúde dos indivíduos, mesmo com priorização do generalista e de saúde da família nos últimos anos, o que implica no nó crítico da formação, falhando quando os generalistas não abordam integralmente os pacientes, mas sim os “distribuem” aos especialistas.

As relações de poder demonstradas na aplicação do Modelo teórico proposto apontam para a desconsideração aos conhecimentos próprios dos pacientes, discurso antagônico à relação horizontal na ESF, que pode ser devida a formação dos profissionais de saúde ainda se orientar por conceitos antropológicos hegemônicos na década de 1960, em que a cultura do outro, no caso o paciente, é tomada como um saber ‘exótico’ ou primitivo, com supervalorização do conhecimento biomédico (BOEHS, 2007).

Estes achados implicam na discussão da categoria ‘cuidado’, que tem sido resignificada na literatura atual em direção às dimensões sociais e políticas, mediação entre ajuda e poder de ajudar, implicando na questão de autonomia dos usuários<sup>30</sup>. Existe dificuldade dos profissionais em ouvir demandas dos pacientes e, por conseqüência, tratá-los como sujeitos, “cuidado” centrado nos protocolos de saúde e não no usuário (SILVA, 2005; PIRES, 2005). Na ESF a produção de serviços de saúde não deveria se distanciar da noção do usuário como sujeito histórico, de

conhecimentos próprios e tão importantes quanto os saberes dos profissionais de saúde.

Com relação ao trabalho em equipe, a Enfermagem aponta para constante batalha pela valorização e para se firmarem perante as demais profissões de saúde, o médico se entende como figura central do trabalho em saúde, enquanto os odontólogos discorreram superficialmente agregando os diversos profissionais em um mesmo local. Estas perspectivas são contraditórias com os princípios do trabalho efetivo em equipe, caracterizado pela interdisciplinaridade com visão crítico-social, técnica, intersubjetiva, dialógica e com o respeito ao outro, em que um profissional de saúde deve tanto se articular aos demais como promover articulação intersetorial (MORETTI-PIRES, 2009; FIGUEIREDO, 2006; SCHRAIBER, 1999). Este padrão está arraigado no processo de trabalho em saúde da família, podendo estar implicado no silêncio/resistência destes profissionais em discutir o trabalho pela lógica da ESF (MORETTI-PIRES, 2009).

A postura autoritária permeou os discursos, não apenas com relação ao paciente mas também com a equipe, na qual o enfermeiro percebe-se como líder nas questões da gestão, o médico percebe centralidade e status frente aos demais profissionais por seu conhecimento, que julga ser maior que o dos demais. Sobre a relação entre Odontologia e as demais profissões do trabalho em equipe houve certo silêncio nos discursos. Estas perspectivas desconsideram que a construção de um projeto comum na ESF depende não só das formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No que concerne a situação da ESF no município estudado, fundamentando a análise no modelo teórico proposto, pode-se avaliar desacordo entre o discurso e a ação, apesar de receber incentivos, por meio do Pacto de Saúde. Percebe-se a

ausência de estratégias de trabalho consolidadas, com ênfase nas necessidades de saúde da população visando alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas visualizadas nos resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, preconizados pelo pacto.

O resultado encontrado foi à ausência de trabalho em equipe, cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada. Contribuindo para geração de conflitos entre os diversos atores. O poder exercido pela força política travando o trabalho coletivo, com fragmentação tanto na organização do trabalho refletindo na relação de poder entre os profissionais e a equipe e a população, trazendo descrédito a ESF refletida na fraca universalidade, integralidade e equidade como princípios que regem o SUS.

Hannah Arendt conceitua a ação como os atos praticados de maneira indissociável das palavras ou discurso, pois quando ocorre à dissociação é quando há enfraquecimento. E este enfraquecimento é indesejável, uma vez que, como diz Arendt “É o poder que mantém a existência da esfera pública, o espaço potencial da aparência entre homens que agem e falam” (ARENDR, 2008b). Reflete a potencialidade que pode ser efetivada e não a materializada.

A perspectiva é que o modelo teórico apresentado, bem como, as matrizes propostas pode orientar a avaliação da relação de poder na equipe multi profissional da ESF, com base nos pressupostos arendtianos, contribuindo para a construção de estratégias que venham garantir a utilização de evidências científicas como subsídio para o auxílio na identificação daquilo que está sendo alcançado e o que interfere na situação encontrada na relação de que se estabelece entre esses profissionais.

### **Contribuições**

O primeiro autor participou do levantamento e tratamento de dados, assim como da versão inicial do artigo. Os dois últimos autores participaram da concepção do projeto, tratamento de dados e versão final do artigo.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.2, pp. 455-464, 2007.

ARENDT, H. *A vida do Espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2008a.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universidade. 2008b.

ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009.

BOEHS, A.E. et al. A interface necessária entre a enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Context Enf*, v.16, n.2, p.307-14, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2006a. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Pacto pela Saúde*. Brasília: MS; 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas Públicas. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília: MS; 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Medicina. *Resolução CFM 1.246/88*, de 8 de janeiro de 1988. Institui o Código de Ética profissional. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Odontologia. *Lei 5.081/96*, de 24 de agosto de 1996. Regula o Exercício da Odontologia. Brasília: Conselho Federal de Odontologia; 1996.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 311/2007*, de 08 de janeiro de 2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem; 2007.



CHAVES M. *Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde*. São Paulo: Rede CEDROS. 2003.

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*, v.10, n.2, pp. 323-331, 2005.

DEMO, P. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis: Vozes. 1997.

FIGUEIREDO, J.S. *Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção de saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade*. 2006. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FORTUNA, C.M., et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.13, n.2, pp. 262-268, 2005.

GATTÁS, M.L.B. 2005. *Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área da saúde da Universidade de Uberaba – UNIUBE*. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HARTZ, Z.M.A. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO. 2002.

MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, N.T. et al. (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 257-281.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (org.) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2006.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.). *Avaliação de programas por triangulação de métodos; de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.30, pp. 153-166, 2009.

MORGAN, D. *Focus Group as qualitative research*. Boston: Sage Publications. 1997.

- MORIN, E. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Porto Alegre: Sulina. 2007.
- PIRES, M.R.G.M. Politicidade do Cuidado e Avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, v.5, Supl 1, p.S71-S81, 2005.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cienc. Saúde Col.*, v.4, n.2, p. 221-242, 1999.
- SILVA, I.Z. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.25-38, 2005.
- TESCH, R. *Qualitative research: analysis, type & software tools*. New York: The Falmer Press. 1990.
- BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2, pp. 429-435, 1998.
- VALENTIM, I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.3, p.1413-8123, 2007.

**Artigo 4** – A ser submetido, após defesa, à revista “Social Science and Medicine”.

## **RELAÇÕES DE PODER NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS SOB A PERSPECTIVA ARENDTIANA**

### **Resumo**

A ESF é uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.. Objetivo - levantar as relações de poder entre as categorias profissionais e suas implicações para o trabalho em equipe no interior do Estado do Amazonas, com base nos pressupostos arendtianos. Sendo uma pesquisa qualitativa com enfoque hermenêutico-dialético. Para coleta de dados aplicaram-se técnica de Grupo focal e entrevistas individuais com os profissionais de saúde da ESF nos municípios de Manacapuru, Parintins, Coari e São Gabriel da Cachoeira no interior do Estado do Amazonas. Resultados - na prática não há trabalho em equipe, as articulações das ações são fragmentadas e com pouco envolvimento do odontólogo, o profissional enfermeiro com líder da equipe por imposição dos gestores, cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada., O Poder não ocorre de forma compartilhada com co-responsabilidade nas ações de promoção de saúde e ausência de trabalho em equipe, grande rotatividade dos profissionais, pressão política dos gestores sobre a equipe, escassez de insumos e recursos humanos, falta de capacitação para o trabalho em equipe, relação interpessoal favorável, porém existe competição entre os profissionais.Há o distanciamento do preconizado para o que é efetivamente realizado trazendo descrédito a ESF.

**Descritores:** Poder, Saúde da Família, Equipe Multi profissional

### **INTRODUÇÃO**

As políticas de saúde no Brasil foram reestruturadas desde 1988 por meio de profundas mudanças de significado quando comparadas com a história da saúde no país, em um crescente de priorização da atenção primária.

Criado em 1994 pelo Ministério da Saúde como Programa de Saúde da Família, transformando-se em 2004 em Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família apresenta características estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A ESF é uma reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a alocação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, com vistas à implementar a atenção primária em saúde (APS). As equipes atuam com

ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (PEDROSA; TELES, 2001; BRASIL, 2009).

A literatura científica aponta que no processo de adoção do ESF não houve discussão ampla da relação dos profissionais e a população local, destoando os objetivos do programa o que passou a significar uma nova divisão de trabalhos entre os profissionais envolvidos. A implantação do ESF trouxe muitas mudanças comparadas ao modelo anterior, principalmente, na universalidade das ações e na participação popular, esta última ainda em evolução, todavia, enfrenta dificuldades com relação às desigualdades salariais dos profissionais e no acesso as ações e serviços, o subfinanciamento e o controle no repasse e distribuição dos recursos financeiros, bem como, no cumprimento dos demais princípios e diretrizes do SUS que ainda não são respeitados em sua totalidade. São pontos negativos para o fortalecimento do SUS como um programa para todos (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Por se tratar de um programa voltado para a saúde da família, como critério de avaliação, é essencial uma abordagem integral, compreensiva e multidisciplinar, levando em consideração os eixos epidemiológicos com dimensão comportamental e socio-cultural (BASTOS, 1998).

Em termos teóricos, estas mudanças do SUS seguiram a coerência lógica (e até humanitária) que se destaca nas Políticas Públicas de Saúde em termos mundiais. No entanto, conforme destaca Moretti-Pires (2009), trata-se de um objeto complexo e para o qual o SUS ainda não foi suficiente tanto em termos de formação profissional para a Saúde da Família, assim como modelos de prática clínica, adequados a esta complexidade do fenômeno. Como implicação direta desta desarticulação entre o objeto complexo teórico “saúde da família” e o PSF, como se manifesta no dia a dia das equipes, há incoerências apesar dos ganhos quando comparados com o modelo anterior de atenção à saúde.

Dentro deste objeto complexo, o trabalho e seu processo devem ser orientados para a prática em equipe integrada e multiprofissional. A legislação propõe composição mínima por um médico com formação generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde, um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e/ou um

técnico de higiene oral. Neste ponto detecta-se uma incoerência, na medida em que o odontólogo e profissionais relacionados à saúde oral serão chamados de Equipe de Saúde Bucal, como se fossem desagregados da Equipe de Saúde da Família. Além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde, situações de risco mais comuns e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade: conceitos de cidadania, direitos à saúde e suas bases legais (POLO PSF, 2005).

O trabalho em equipe na saúde representa um processo de relações a serem objeto de reflexão pelos próprios trabalhadores e possui múltiplas possibilidades de significados, cuja representação traz elementos que se aproximam do conceito de trabalho interdisciplinar, apontando, sob certos aspectos, a relação horizontalizada entre os profissionais (LEITE; VELOSO, 2008).

Assim, verifica-se a necessidade de reorganizar a rede de poderes e dos processos de trabalho de modo que as equipes de saúde estejam, ao mesmo tempo, estimuladas e sendo preparadas para assumirem novos padrões de autonomia e de responsabilidade. O processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação pessoal forte onde os conflitos também estão presentes no dia-a-dia da equipe.

Consideramos o trabalho de Equipe em Saúde como uma rede de relações entre pessoas, rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais. Trabalhar em equipe equivale a se relacionar. O modo de trabalhar e a forma como o trabalho está organizado influencia as relações da equipe de trabalho. O contrário também é verdadeiro: as relações influenciam o jeito de trabalhar.

Falar de trabalho em equipe não é falar de algo harmonioso. É falar de pessoas em relação, que terão momentos de conflitos e que esses não são "negativos", "ruins", ou algo a serem evitados, mas são inerentes às relações, são possibilidades de crescimento, se forem trabalhados. Neste sentido, há que se considerar também, as relações de poder que vão se tecendo no interior das equipes. Quando falamos de poder estamos nos referindo não aos governos, prefeitos e chefias, mas à polarização que se estabelece entre as

pessoas, dividindo-as entre as que "podem" mais e as que podem menos, fazendo uma hierarquia nas relações. Algumas profissões foram adquirindo poder durante a história, como é o caso da categoria profissional médica.

Entre a diversidade de teorias que debatem esta temática destaca-se o pensamento Hannah Arendt<sup>5</sup>, para a qual poder “corresponde à habilidade humana não apenas para agir, mas também para agir em concreto. (...) nunca é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo se conserva unido” (ARENDR, 2009). Fundamentalmente, esta característica humana refere-se em relação de consentir e a si ser consentido pelos outros já que “o consentimento implica o reconhecimento de que nenhum homem pode agir sozinho (...)” (ARENDR, 2008a).

Outro conceito arendtiano é o da ação, conceituada como os atos praticados de maneira indissociável das palavras ou discurso, pois quando ocorre a dissociação é quando há enfraquecimento. E este enfraquecimento é indesejável, uma vez que, “É o poder que mantém a existência da esfera pública, o espaço potencial da aparência entre homens que agem e falam” (ARENDR, 2008a).

O espaço de aparência é refletido pelo comportamento das pessoas em suas posições e representações em um grupo social de convivência. Podendo um indivíduo exercer o poder ou ser influenciado pelo poder de outro. E esse espaço só existe quando os homens se reúnem, não para sempre.

Partindo dos argumentos expostos, o presente artigo tem como objetivo identificar e discutir as relações de poder entre as categorias profissionais e suas implicações para o trabalho em equipes de atenção primária em saúde no interior do Estado do Amazonas, com base nos pressupostos arendtianos.

## **METODOLOGIA**

Com vistas uma aproximação empírica centrada no sujeito-trabalhador da ESF, optou-se metodologia qualitativa, já que a abordagem se baseia na

---

<sup>5</sup> Conhecida como a pensadora da liberdade, Hannah Arendt viveu as grandes transformações do poder político do século 20. Estudou a formação dos regimes autoritários (totalitários) instalados nesse período - o nazismo e o comunismo - e defendeu os direitos individuais e a família, contra as "sociedades de massas" e os crimes contra a pessoa. Sua obra é fundamental para entender e refletir sobre os tempos atuais, dilacerados por guerras localizadas e nacionalismos. Para ela, compreender significava enfrentar sem preconceitos a realidade, e resistir a ela, sem procurar explicações em antecedentes históricos.

busca do entendimento e da compreensão em determinado contexto, na perspectiva de vivência e experiência pessoal de cada um dos sujeitos envolvidos, valorizando as características e dinâmicas de determinado fenômeno sem a prerrogativa da generalização (MINAYO, 2002; MINAYO, 1999). Considerando que este estudo trabalha com atitudes e valores, optou-se por esta abordagem na medida em que, segundo Minayo (1996) valores, atitudes, motivos, aspirações são situações que não podem ser restringidas a operacionalização de variáveis.

A investigação foi conduzida com os trabalhadores de saúde (Enfermeiros, Médicos, Odontologista, Técnicos de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e Técnico de Consultório Dentário) e Gestores (Secretário de Saúde, Coordenadores da ESF e Coordenadores da Saúde Bucal)) que atuam na Estratégia Saúde da Família nos Municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira no Estado do Amazonas.

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, por suas peculiaridades, as quais poderiam modificar o funcionamento da atenção primária em saúde, conforme o objeto de estudo, relações de poder. Portanto, as características gerais de tais municípios são descritas a seguir:

-Coari - Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da ESF atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas.

- Parintins - é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função da 'Festival Folclórico do Boi', evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana.

- Manacapuru - incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana.

- São Gabriel da Cachoeira - Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana.

Foram atendidas as orientações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Para tanto, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº121/09 FR-259768. Também foi apresentado às Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira - Amazonas, para consentimento da realização da pesquisa.

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de informações: grupo focal e entrevista individual com 03 equipes de saúde, o secretário de saúde e coordenador do PSF de cada município. Sendo no total 12 grupos focais, 68 entrevistas individuais, sendo 12 dentistas, 14 enfermeiros, 14 agentes comunitários de saúde, 14 médicos e 13 gestores. Tanto o grupo focal quanto as entrevistas individuais aconteceram na própria Unidade Básica de Saúde ambas com duração em média de 1h e 30min. As entrevistas aconteceram nos períodos matutino e vespertino, conduzida entre julho e novembro de 2009 sendo abordados temas como trabalho em equipe, articulação da equipe nas atividades realizadas, relação de poder entre os profissionais, relação interpessoal, limites do trabalho em equipe.

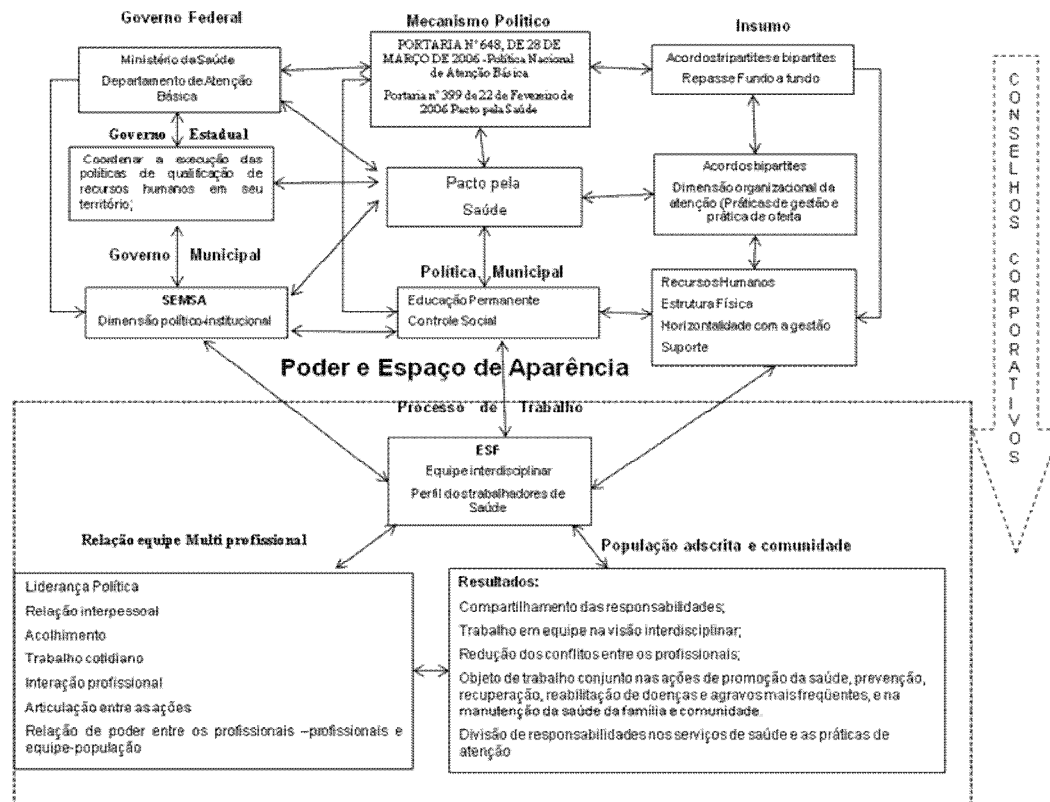
Na técnica de grupo focal houve a presença de um moderador, no papel de observador. Ao término de cada grupo focal, ambos se reuniram para discutir impressões. As questões norteadoras focaram questões relacionadas ao conteúdo e sentido da tarefa, a organização e as condições de trabalho em equipe multiprofissional.

Todas as discussões foram registradas por meio de gravação com fita magnética, transcritas na íntegra. Seguiu-se o modelo de tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (MINAYO, 1999; MORGAN, 1997). A análise do material foi realizada por 02 pesquisadores e a categorização surgiu após leitura exaustiva do material.

A análise pautou-se na hermenêutica dialética (MINAYO, 2002), perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (MINAYO, 1999).



Para a interpretação, o produto final foi confrontado com a teorização sobre saúde coletiva e sobre ESF no interior do Estado, na busca por conteúdos coerentes, singulares ou contraditórios utilizando o modelo teórico formulado a partir dos pressupostos arendtianos sobre relação de poder. Conforme figura abaixo.



**Figura 1:** Modelo teórico-conceitual referente a relação de poder na equipe multiprofissional do PSF, baseado no poder e espaço de aparência que agrega discurso e ação.

A figura diagramática apresentada agrega os conceitos que se seguem:

### **Do Discurso**

A Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006- Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto (Brasil,2006) fortalece a atenção básica e descentraliza as responsabilidades pelas ações de saúde nas três esferas do governo implicando no exercício simultâneo de definições articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS possibilitando a efetivação de acordos para a reforma

dos aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Primeiro foi analisada a legislação vigente que traça as diretrizes para a atenção básica, dentre estas está a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), tendo a Saúde da Família como prioridade para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Dentre os seus fundamentos destaca-se o de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Dentre as responsabilidades dos Governos estaduais e Municipais cabe, oferecer estrutura física adequada à execução das ações de promoção de saúde, estabelecer política de recursos humanos para contratação destes profissionais, bem como, a qualificação e capacitação dos mesmos por meio do planejamento e execução de educação permanente, dando suporte e estabelecendo horizontalidade dos profissionais com a gestão e preparando os profissionais para o trabalho na visão multiprofissional.

E para esse processo os Conselhos Corporativos – Conselho Federal de Odontologia, de Enfermagem e de Medicina (CRF, 1988; COFEN, 2007) são importantes como órgãos legisladores dos profissionais de saúde, garantindo a qualidade da assistência desses profissionais à população, estabelecendo as competências, deveres e proibições de acordo com cada conselho.

### ***Da Ação - Poder e Espaço de Aparência***

Do processo de trabalho da saúde da família ressalta-se o trabalho multidisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações.

Nesta perspectiva enfatiza-se no trabalho das equipes de Atenção Básica a implementação das diretrizes da Política nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Como resultado espera-se encontrar na ESF o compartilhamento das responsabilidades, o trabalho em equipe na visão multi profissional com redução dos conflitos entre os profissionais, o objeto de trabalho conjunto nas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da família e comunidade e a divisão de responsabilidades nos serviços de saúde e nas práticas de atenção.

## RESULTADOS

Baseado no modelo teórico apresentado, a caracterização dos dados foi dividida em três dimensões: **Relação de trabalho** (Trabalho em equipe na visão multiprofissional e Processos de trabalho - Articulação entre as ações); **Relação de Poder** (Relação de poder entre os profissionais e compartilhamento das responsabilidades entre as categorias profissionais); **Limites do trabalho em equipe** (rotatividade dos profissionais, questões políticas, insumos - estrutura e material e recursos humanos, Capacitação para o trabalho em equipe e Relação interpessoal).

### Dimensão 'Relação de Trabalho'

#### ***Trabalho em equipe na visão multiprofissional***

No que se refere ao trabalho em equipe, os profissionais esclarecem que é importantíssimo que exista o trabalho em equipe, todavia no cotidiano das equipes esta relação de trabalho é fragilizada, com pouco envolvimento dos profissionais, principalmente com o dentista.

Assim da nossa parte das ACS é sempre em equipe, mas tem outras pessoas que só querem fazer o que é deles mesmo e acham que é o dever deles, ficam lá sentado e assim. (ACS3, Município de São Gabriel da Cachoeira)

Apesar de termos uma equipe, alguns, não são todos, não é a maioria, não compreende que é trabalho em equipe. (Médico2, Município de Coari)

Eles me ajudam em tudo que eu preciso. O dentista é o que temos menos contato... ele chega, atende os pacientes e vai embora. Cada um trabalha separado. (Enfermeiro2, Município de Manacapuru)

Tem sido difícil a gente idealizar o que o ministério da saúde pede que é trabalhar os três juntos. O ministério da saúde pede que trabalhe os três na prática. O dentista vai isolado, o médico vai isolado, a enfermeira vai isolada. (Dentista2, Município de Coari)

Não tem muito disso de traçar metas, é, existe uma conversa assim entre eu e a enfermeira, inclusive acho que ela e o médico, mas os 3 em conjunto não. (Dentista1, Município de São Gabriel da Cachoeira)

A gente não consegue ter uma equipe muitprofissional. Fica mais o enfermeiro e os ACS. (Médico3, Município de Parintins)

### ***Processos de trabalho - Articulação entre as ações***

Há desarticulação das ações entre a equipe de saúde, contudo a aproximação é mais evidente entre os ACS e desses com os enfermeiros e entre o enfermeiro e o médico, talvez proximidades entre as atividades desenvolvidas por estes profissionais, diferente das atividades realizadas pelo odontólogo.

A gente (ACS) trabalha em conjunto, a gente faz as visitas com a enfermeira... (Grupo Focal 2, Município de Coari)

Tem mais relacionamento com a enfermeira. Todo dia a gente (ACS) conversa e ela orienta. A nossa medica só se tivermos um problema mesmo. Quando a gente marca consulta é que temos contato com a dentista. (Grupo focal 5, Município de Parintins)

Não há articulação. É eu (enfermeira) e eu mesmo. Não tem apoio nenhum dos outros colegas. Eu nunca nem conversei com meu dentista. Ele nunca foi na área comigo, a gente nunca discutiu os problemas da nossa área. O medico troca como se troca de roupa. (Grupo Focal 2, Município de Parintins)

Com a parte de enfermagem é praticamente 100%, [...]por falta de material, o profissional odontólogo praticamente nem vem na unidade por causa da precariedade de material (Grupo Focal 4, Município de Coari)

Não há uma interligação entre a equipe, enfermeiro, médico, técnico e ACS com o odontólogo. (Grupo focal 2, Município de Parintins)

(...) o dentista acaba ficando muito limitado a esse espaço aqui, a maioria dos dentistas acaba não interagindo com a equipe. (Grupo Focal 2, Município de Manacapuru)

### **Dimensão 'Relação de poder'**

#### ***Relação de poder entre os profissionais***

Em todas as categorias profissionais, tanto nas entrevistas individuais como no grupo focal, concordam que quem chefia ou gerencia a equipe é o enfermeiro, sendo esta uma imposição dos gestores ou por entenderem que é preconizado pelo SUS. E como divergência a categoria médica reconhece o enfermeiro como líder, porém ainda permanece a visão de hierarquia onde quem comanda na verdade é o médico.

Os ACS se apresentam como o profissional mais importante da equipe de saúde por representarem o elo entre a população e a equipe multiprofissional. Os enfermeiros se colocam como figura central do trabalho em saúde, pois estão a frente da equipe fazendo a ESF funcionar, expressam que sem eles nada funciona.

O enfermeiro, sem ele o PSF não existe. Ele tem o poder de administrar a equipe e gerenciar todos os assuntos da atenção básica. (Enfermeiro1, Município de Parintins)

É...sou eu..é a enfermeira, porque foi fechado um acordo entre os gestores. (Enfermeiro3, Município de Manacapuru)

Sim todos estão na hierarquia do enfermeiro, o enfermeiro é quem vai comandar todos eles, desde o medico odontólogo até os serviços gerais. (Grupo focal 1, Município de Manacapuru)

A enfermeira esta de coordenadora da UBS e ela esta a frente do trabalho, porque isso é mais questão de imposição [...]é mais por imposição mesmo da secretaria de saúde. (Odontólogo4, Município de Coari)

Da unidade básica de saúde eu acho que é a enfermeira, porque ela coordena o posto, ela gerencia o trabalho dos ACS, da faxineira, do guarda, eu acho que como responsável geral do posto é a enfermeira, mesmo porque eu não ia querer um cargo desses, nem o médico. (Odontólogo2, Município de Parintins)

Aquela concepção de que o medico é o chefe acabou, pelo menos pra mim e pra uns amigos aqui. É obvio que a gente tem que fazer o comando porque precisa disso, mas nada que afete esse vinculo, porque o conjunto é que é importante. (Médico1, Município de Manacapuru)

É a enfermeira. É ela que é chefe do posto aqui! (Médico3, Município de São Gabriel da Cachoeira)

É a enfermeira porque eu acho que já é a enfermeira porque é preconizado pelo ministério, mas tem também a coordenadora geral. \_2 ACS Município de São Gabriel da Cachoeira

**Compartilhamento das responsabilidades entre as categorias**

### ***profissionais***

Emergiu certa falta de visão e entendimento de trabalho em equipe, com distanciamento dos gestores para com a equipe. Cada profissional exerce sua função de forma isolada, não compartilhada. Contribuindo para geração de conflitos entre os diversos atores.

Os profissionais não desenvolvem ações de trabalho em equipe, cada um trabalha dentro de suas competências profissionais, principalmente na articulação dos demais profissionais com a odontologia.

O Poder não ocorre de forma compartilhada com co-responsabilidade nas ações de promoção de saúde e ausência de trabalho em equipe,

(...) eu não posso te responder por que eu não trabalhei em equipe, aqui a gente não sai pra trabalhar em equipe, aqui na comunidade pra diagnosticar o problema, eu posso te dizer que como dentista eu procuro fazer a minha parte(...). (Odontólogo3, Município de Coari)

(...) tem sido difícil a gente realizar o que o ministério da saúde pede que é trabalhar os três juntos”, de acordo com princípio do SUS (...). isso não acontece! (Odontólogo1, Município de Coari)

Geralmente eles esquecem do dentista porque o dentista ta aqui por último trabalhando e eles esquecem da gente. (Odontólogo1, Município de Manacapuru)

Na medida do possível, sim. É que nem eu falei: por uma questão de vontade, tanto da equipe, quanto, eu acho, do próprio ministério da saúde, sim, mas é o que eu falei: tem uma diferença enorme entre a vontade e a prática. (Médico1, Município de Coari)

Eu acho que nossos gestores deveriam dar as condições necessárias pra se fazer isso. (Médico2, Município de Manacapuru)

Se nossos governantes, nossos gestores levassem o SUS como ele tem que ser, nosso sistema seria o melhor do mundo, o psf. (Grupo focal 3, Município de Manacapuru)

Os ACS ficam jogados fazendo de conta que estão fazendo o serviço deles, o médico fazendo de conta, o enfermeiro fazendo de conta, todo mundo faz um lindo conto de fadas e na verdade nada funciona direito. (Grupo Focal1, Município de Parintins)

Bom eu trabalho numa equipe multidisciplinar, como o enfermeiro o agente de saúde, o dentista, então tem muita diferença, o trabalho é em conjunto. (Médico1, Município de São Gabriel da Cachoeira)

Nunca vi isso não, sei que tem reunião entre enfermeiros de PSF. Nem entre os médicos, porque se tiver é só uma conversa entre eles. (ACS 7, Município de São Gabriel da Cachoeira).

### **Dimensão 'Limites do trabalho em equipe'**

#### ***Alta rotatividade dos profissionais***

Dos profissionais, principalmente com os médicos, tem ocorrido uma rotatividade constante entre as diversas equipes de saúde. Dificuldades emergidas das falas dos depoentes que, segundo eles, ocorre pela característica de serem cidades interioranas com pouco atrativo profissional tanto de condições de trabalho, vínculo profissional e principalmente questões salariais. Traz dificuldade para o trabalho em equipe e a continuidade das ações de saúde implementadas. Isso foi percebido inclusive no Município de Manacapuru, sendo este o mais próximo da capital do estado, com acesso terrestre.

No interior do estado, pelo menos do Amazonas eu não sei de outros estados, não se consegue ter um vínculo profissional diante da própria carência de logística dos lugares, muitos profissionais passam um ano, seis meses e tal, porque as próprias prefeituras não conseguem ter políticas de fixação de profissionais. (Médico1, Município de Coari)

O problema que é muito freqüente aqui, além do problema do médico que tem muita rotatividade...quando tem a rotatividade a gente não consegue conhecer a clientela, né? (Enfermeiro 2, município de Coari)



Problema é que fica trocando de medico. E enfermeiro é a mesma coisa. (ACS 1, município de Manacapuru)

Fica por um certo período e depois vai embora (*referindo-se ao médico*). É como a enfermeira daqui, hoje ela ta aqui mas ninguém sabe se ela vai ficar ou não! Com Dentista também! (ACS11, Município de São Gabriel da Cachoeira)

### **Questões políticas**

O poder é exercido verticalmente, dos gestores para os profissionais, gerando tensão nas relações interpessoais e insegurança na estabilidade do profissional na ESF. Fragmentação nas alternativas para adoção das políticas de saúde às peculiaridades da Amazônia. Isso emergiu principalmente no grupo focal.

Dá uma insegurança, principalmente quando chega em tempo de política e é uma coisa que muitas vezes nós sabemos que tem muitas pessoas com qualidade, com competência por causa de política elas são menosprezadas e saem as vezes até desmoralizadas. (Grupo Focal 3, Município de Manacapuru)

Tem que ta do lado do prefeito que vai ganhar pra poder manter o emprego, tem que votar na situação e assim mesmo não é garantido que você vai ficar. (Grupo Focal1, Município de Manacapuru)

A pressão política ela é maior na época da eleição, mas durante todo o período também é sofrido, diminui, mas não acaba não. (Grupo Focal 1, Município de Parintins)

A complicação é essa, é o que eu vejo – é que não tem vínculo empregatício fixo e por conta de trocas de favores políticos, você acaba ficando na corda bamba o tempo todo e fica naquela situação, se você corre o bicho pega, se você fica o bicho come. (Grupo Focal 2, Município de São Gabriel da Cachoeira)

Mas também quando entrou esse prefeito saiu desde quem limpava o chão até o alto escalão e colocaram os que estavam do lado partidário

deles independente de que va prejudicar ou não a saúde no município. (Grupo Focal 2, Município de São Gabriel da Cachoeira)

A gente percebe que no interior tem a pressão política. (Grupo Focal1, Município de São Gabriel da Cachoeira)

Eu tenho medo, porque tem isso, muda o prefeito, muda tudo. (Grupo Focal 4, Município de Parintins)

Acho que apoio falta muito. Dos coordenadores, dos gestores, apoio político. (Grupo focal 3, Município de Parintins)

A parte dos materiais, sem instrumento pra gente trabalhar, sem equipamento, não dá pra trabalhar, eu por exemplo faz algumas semanas que não atendo por falta de material. (Grupo focal 2, Município de Coari)

Olha aqui essa situação.... olha aqui (*apontando o consultório*), não tem nada pra trabalhar, não temos luva, não temos material desinfetante pra limpar os materiais pra usar na boca de outra pessoa. Ta tudo parado, então olha a situação do SUS. (Grupo Focal 1, Município de Coari)

### ***Escassez de insumos - estrutura e material e recursos humanos***

A falta de estrutura física adequada para execução das ações de promoção de Saúde interferindo no trabalho da equipe, bem como, ausência de política de recursos humanos para a contratação dos profissionais. E sobrecarga de trabalho. Foram questões que surgiram tanto nas entrevistas individuais quanto nos grupos focais.

Acho que estar de acordo com o Ministério da Saúde mesmo ta meio difícil de ser. As vezes falta medico. (Grupo focal 5, Município de Manacapuru)

Não tem todos os profissionais. (ACS 6, Município de Parintins)

Ainda não é como preconiza o SUS, tá? Algumas coisas faltam: falta material. (Enfermeiro 4, Município de Coari)

O PSF tá sendo realizado na unidade básica e não nas casas, onde só vão o ACS e o técnico. E as unidades muitas são incompletas daí não tem como desempenhar uma atividade ideais. (Enfermeiro 5, Município de Manacapuru)

Hoje em dia tá muito assim, acumula função, porque assim eu só dentista do posto, e também coordenadora de saúde bucal do município e professora da Universidade do Estado do Amazonas isso atrapalha na comunicação com os outros profissionais [...] Mas quando dá tempo a gente se comunica, mas a princípio isso não acontece não. (Odontólogo 3, Município de Manacapuru)

O limite não tá no trabalho em equipe, ele está na estruturação do PSF aqui no local. (Grupo Focal 3, Município de Manacapuru).

### ***Falta de formação para o trabalho em equipe***

Houve incoerência intersujeitos com relação a capacitação para o trabalho na ESF expressas pelos profissionais da equipe de saúde e os gestores. Os primeiros relatam que não há qualificação e capacitação para o trabalho em equipe, todavia os gestores informaram que qualificam seus profissionais

Não fizemos curso, só treinamento. De 2 a 3 dias. O limite é quando falta treinamento... não pode faltar. (Grupo Focal 3, Município de Parintins)

Não teve capacitação, agora que tá tendo!!! Agora que tá tendo um curso de ACS no município! (ACS 3, Município de São Gabriel da Cachoeira)

O profissional de saúde não tem muito apoio né, é muito complicado porque aqui é assim, você vê que aqui tem a problemática de profissionais, capacitados são poucos. (Grupo Focal 2, Município de Manacapuru)

Os enfermeiros estão fazendo cursos também. Temos mesmo que investir na qualificação. Eu só não tenho apostado na qualificação pra medico porque eles tem muita rotatividade. (Gestor, Município de Manacapuru)

A gente vai priorizar os grupos... capacitamos bastante os agentes, em todos os programas. (Gestor, Município de Parintins)

Há capacitações voltada para o agente comunitário de saúde juntamente com as coordenações [...] profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, nós também tamo com essa educação permanente né, dando continuidade. (Gestor, Município de Coari)

### ***Relacionamento interpessoal***

O que surgiu como coerência entre os sujeitos durante as entrevistas individuais como no grupo focal que o relacionamento entre os sujeitos de um modo geral tem sido bom, porém deixam claro que desavenças e discórdias existem, entretanto os problemas são resolvidos entre a equipe. E há competição entre os profissionais.

O trabalho em equipe é trabalhar no todo, no somando, e mesmo assim em equipe a gente tem dificuldade, a gente compete entre a gente. (Grupo Focal 2 Município de Coari)

A relação sempre é boa, quando tem algum problema a gente senta e conversa, e assim sempre resolvemos algum possível problema. (Enfermeiro 3, Município de Coari)

Uma coisa assim eu comparo unidade básica de saúde tipo big brother, é muito tempo que você passa junto, então um atrito ou outro vai existir, mas agente acaba resolvendo. (Enfermeiro 2, Município de Manacapuru)

É claro que existem diferenças, dificuldades, né, que as vezes interfere no resultado do trabalho. (Médico 1, Município de Coari)

De forma bem amigável, bem respeitosa e agente se entende, apesar dos tropeços. (Médico 3, Município de Manacapuru)

Eu acho que isso não tem!! Porque toda equipe tem algumas peculiaridades, mas no geral funciona bem! Existe uma liberdade grande da enfermeira com o médico, e com os dentistas. (Médico 1, Município de São Gabriel da Cachoeira)

## **DISCUSSÃO**

A ESF surgiu como novo modelo de assistência, trazendo o conceito de trabalho em equipe. O SUS preconiza que o trabalho seja desenvolvido pela equipe multiprofissional, a fim de que haja ações de promoção de saúde, devendo o paciente ser visto de forma integral. Para que isto ocorra, as equipes deverão repensar o processo de trabalho, adotando novas metodologias, instrumentos de trabalho e conhecimentos (BENEDITO; BECKER, 2007).

Quando não ocorre o trabalho na visão multidisciplinar fragiliza a ESF trazendo reflexos na saúde da população de modo geral, pois além das atribuições específicas, os profissionais da equipe têm diversas responsabilidades em comum, como conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificar seus problemas de saúde e situações de risco mais comuns, e construir conjuntamente um plano local para o enfrentamento dos mesmos, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais (BRASIL, 2005).

O trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007)

A teoria arendtiana se fundamenta no caráter relacional da vida e dos processos entre os seres. “Não o Homem, mas os homens é que habitam este planeta” (op.cit), de forma que depreende-se que a vida humana é plural, não individual.

O maneira que o enfermeiro é inserido como líder da equipe de saúde tem sobrecarregado este profissional, pois além de serem responsáveis pela Unidade básica recai sobre ele a responsabilidade administrativa da ESF. O Poder não ocorre de forma compartilhada com co-responsabilidade nas ações de promoção de saúde, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. O gerente deve assumir atitude de humildade para aprender com as outras pessoas, e contribuir com o seu conhecimento para o desempenho da equipe. Necessita de uma visão global e única a respeito de sua atuação, tomando como base de sua prática a missão e os objetivos da organização. (BENEDITO; BECKER, 2007).

Segundo Arendt 'o espaço de aparência' é construído pelo comportamento das pessoas em suas posições e representações em um grupo social de convivência. Podendo um indivíduo exercer o poder ou ser influenciado pelo poder de outro. E esse espaço só existe quando os homens se reúnem, não para sempre (ARENDR, 2008b)

A falta de visão e entendimento de trabalho em equipe, com distanciamento dos gestores para com a equipe contribui para geração de descontentamento entre os diversos atores da ESF. Estas perspectivas são contraditórias com os princípios do trabalho efetivo em equipe caracterizado pela interdisciplinaridade com visão crítico-social, técnica, intersubjetiva, dialógica e com o respeito ao outro, em que um profissional de saúde deve tanto se articular aos demais como promover articulação intersetorial (MORETTI-PIRES, 2009; FIGUEIREDO, 2006; SCHRAIBER, 1999). Este padrão está arraigado no processo de trabalho em saúde da família, podendo estar implicado no silêncio/resistência destes profissionais em discutir o trabalho pela lógica da ESF (MORETTI-PIRES, 2009).

Arendt defende/advoga que um grupo pequeno de homens, mas organizado, pode governar por tempo quase indeterminado poderosos impérios. Ao mesmo tempo, o poder é mais importante que a força puramente. No entanto, a vontade de um que se sobrepõe a dos demais é perversão do poder em força. "(...) sabemos que, quando a principal esfera pública é a sociedade, há sempre o perigo de que, mediante uma forma perversa de 'agir em conjunto' – por pressão e artimanha ou por manobra de pequenos grupos –

subam ao primeiro plano os que nada sabem ou podem fazer” (ARENDDT, 2008a).

A constante rotatividade dos profissionais nas equipes de saúde tem fragilizado o trabalho em equipe, pois ocorre a descontinuidade do serviço. A ausência de vínculo empregatício, com estabilidade e com plano de cargos e salários aos profissionais e com condições inadequadas de trabalho (ausência de insumos e estrutura física) e pouco investimento na capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional compromete visivelmente a ESF como estratégia de mudança na atenção básica.

A Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), tendo a Saúde da Família como prioridade para sua organização de acordo com os preceitos do SUS. Dentre os seus fundamentos destaca-se o de desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Para os Governos estaduais e Municipais cabe, dentre outras responsabilidades oferecer estrutura física adequada à execução das ações de promoção de saúde, estabelecer política de recursos humanos para contratação destes profissionais, bem como, a qualificação e capacitação dos mesmos por meio do planejamento e execução de educação permanente, dando suporte e estabelecendo horizontalidade dos profissionais com a gestão.

O debate político no campo da saúde não se faz apenas com palavras. Aliás, ele não se resume nem mesmo à construção de políticas públicas. Assim como na educação e em algumas áreas, o debate político no campo da saúde se faz por meio das práticas, as quais inscrevem narrativas políticas no cotidiano das cidades, dos bairros, das comunidades e nas vidas das pessoas. Tais práticas produzem textos vivos, que podem ser lidos nos relatos, nas histórias, nos corpos. Estas modificam o espaço, promovendo inclusão ou exclusão, alegria ou apatia. (BUCHABQUI *et al.*, 2006)

Arendt expressa que “O poder preserva a esfera pública e o espaço da aparência e, como tal, é também princípio essencial ao artifício humano, que perderia sua suprema *raison d’être* se deixassem de ser o palco da ação e do discurso, da teia dos negócios e relações humanos e das histórias por eles engendradas” (ARENDDT, 2008b).

A força política exercida pelos gestores sobre os profissionais de saúde no interior da Amazônia trouxe tensão na relação entre as secretarias de saúde e a equipe de saúde. Prevalendo o medo e a desconfiança, gerando o descontentamento em desenvolver um trabalho de continuidade das ações visando a qualidade da assistência a população, pois não há uma política de recursos humanos, para geração de concursos públicos

Sendo assim, Arendt fala que “Nas condições da vida humana, a única alternativa do poder não é a resistência – impotente ante ao poder – mas unicamente a força, que um homem sozinho exerce contra seu semelhante, e da qual um ou vários homens podem ter o monopólio ao se apoderarem dos meios de violência. Mas, se a violência é capaz de destruir o poder, jamais pode substituí-lo” (ARENDDT, 2008b).

Arendt aborda também que: “a tirania impede o desenvolvimento do poder, não só num seguimento específico da esfera pública, mas em sua totalidade; em outras palavras, gera a impotência tão naturalmente como outros organismos políticos geram o poder” (ARENDDT, 2008b) “... a tirania é incapaz de engendrar suficiente poder para permanecer no espaço de aparência, que é a esfera pública; ao contrário tão logo passa a existir gera a semente de sua própria destruição” (ARENDDT, 2008b).

O relacionamento interpessoal entre a equipe multiprofissional é importante para o desenvolvimento do trabalho refletindo na qualidade do mesmo. Esse relacionamento deve ser de respeito, ética e companheirismo. E quando ocorre a quebra no relacionamento traz resultados insatisfatórios para a assistência a comunidade.

A transparência entre os integrantes da equipe, ou seja, uma atitude por parte de todos os membros do time em agirem de modo que as informações disponíveis sejam compartilhadas, é um dos pontos-chave para evitar-se uma possível quebra da confiança. Deve ser salientada a importância da cooperação em um trabalho como o da equipe de saúde da família, cooperação esta que pode ser potencializada e ocorrer em bases mais sólidas caso as relações entre os membros sejam perpassadas pela confiança.

A falta de confiança dos ACS na equipe, por exemplo, pode dificultar a utilização da equipe por parte da população, assim como a confiança dos técnicos no ACS pode facilitar a ação de saúde, com base no seu diagnóstico e nas suas informações. (VALENTIN; KRUEL, 2007).



Arendt defende que “Pelo mesmo motivo, é possível dividir o poder sem reduzi-lo; e a interação de poderes, com seus controles e equilíbrios, pode, inclusive, gerar mais poder, pelo menos enquanto a interação seja dinâmica e não resultado de um impasse” (ARENDR, 2008b).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deficiência de qualificação para o trabalho em saúde da família, inserção dos profissionais na ESF com pouco preparo para o trabalho em equipe, questões políticas interferindo no trabalho da equipe, insuficiência de insumos e de recursos humanos tem interferido na prática das ações do ESF e do trabalho em equipe multiprofissional, realidade do município e a sobrecarga de trabalho do profissional médico e de enfermagem. Foram os principais achados encontrados.

Refletindo em na qualidade e credibilidade da ESF no interior do Estado do Amazonas. Que mesmo com características diferentes entre os municípios estudados, houve coerências entre os resultados. Não importando a proximidade com a capital (Manacapuru), ser uma cidade com população homogênea (São Gabriel da Cachoeira), ter influência cultural (Parintins) e ter recursos financeiro gerado pelo gasoduto (Coari), comprovando que não são características que interferem na ESF. Vimos o distanciamento do preconizado para o que é efetivamente realizado.

Para Arendt a coerência entre a ideologia e a ação é fundamental, sendo que a desarmonia entre estas promove a violência. “O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são vazias e os atos não são brutais, quando as palavras não são empregadas para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades” (ARENDR, 2008b).

Espera-se que este trabalho proporcione uma reflexão do **espaço de aparência** que está sendo produzido na ESF, visualizando o **discurso**, legitimada pelas portarias que regem o SUS e pela Constituição Federal, com a **ação**, que é a prática exercida pela gestão, equipe de saúde e usuário do SUS com Compartilhamento das responsabilidades, Trabalho em equipe na visão interdisciplinar, com redução dos conflitos entre os profissionais e com objeto de trabalho conjunto nas ações de promoção da saúde, prevenção,

recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde da família e comunidade e divisão de responsabilidades nos serviços de saúde e as práticas de atenção, na busca por realmente um Sistema que seja Único, e plural pois pertence a todos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

ARENDRT, H. *A vida do Espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2008a.

ARENDRT, H. *A Condição Humana*. 10 ed. Rio de Janeiro: Forence Universidade. 2008b.

ARENDRT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009.

BENITO, G. A. V.; BECKER, L. C. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família *Rev Bras Enfermagem*, v.60, n.3, p.312-6. 2007.

BERG, B.L. *Qualitative research methods for the social sciences*. Long Beach – Califórnia: Pearson. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. 2009

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. Disponível em [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 26 dezembro 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006 – Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)*. Brasília.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; SILVA, PETUCO, D. R. da. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Rev. bras. educ. med*, v.30, n.1, Rio de Janeiro, jan./abr. 2006.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.246/88, DE 08.01.88 (D.O.U 26.01.88).

CFO Conselho Federal de Odontologia. Lei 5.081 de 24 de Agosto de 1996. Regula o Exercício da Odontologia.

CFO Conselho Federal de Odontologia. Resolução 42/2003 . Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO – 179/1991 e aprova outro em substituição.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

COREIL J. Group interview methods in Community Health Research. *Medical antropology*, v.16, p. 193-210. 1995.

CROTTY M. *The foundations of Social Research – meaning d perspective in the research process*. London: Sage Publications. 2003.

FIGUEIREDO, J.S. *Desafios e perspectivas em atividades educativas de promoção de saúde de um grupo de portadores de hipertensão arterial, sob o paradigma da interdisciplinaridade*. 2006. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GRUDENS-SCHUCK N; ALLEN BL; LARSON K. *Focus Group Fundamentals*. Iowa State University: University Extension. 2004.

HAGUETTE, TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 8 ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2001.

KRUEGER, R.A. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 1994.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol. cienc. prof.*, v.28, n.2, p. 33-45. 2008

LEOPARDI MT. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2 ed. Florianópolis: UFSC/Pós-graduação em Enfermagem. 2002.

MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Org.) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.83-107, 2002.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada.* São Paulo: Hucitec. 2006.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (organizadoras). *Avaliação de programas por triangulação de métodos; de programas sociais.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

MORETTI-PIRES, R.O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, v.13, n.30, pp. 153-166. 2009.

MORGAN, D. *Focus Group as qualitative research.* Boston: Sage Publications. 1997.

OLIVEIRA, DC, et al. A Política Pública de Saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n.1, p.197-206. 2008.

PÓLO PSF. *Pólo de Capacitação – Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Programa Saúde da Família de Marília-SP. [Capacitação na Internet] 2005. Disponível em: <http://www.famema.br/sausedafamilia>.* Acesso em: 26 dezembro 2008.

RABIEE F. Focus-group interviews and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, v.63, p.655–660. 2004.

SCHRAIBER, L.B., et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cienc Saúde Col.*, v.4, n.2, p. 221-242. 1999.

BASTOS, ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n. 2, p. 429-235. 1998.

VALENTIM I.V.L.; KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n. 3, p.777-788. 2007.

## 6. Conclusão

No que tange o modelo teórico apresentado, bem como, as matrizes propostas a perspectiva é que venha orientar a avaliação da relação de poder na equipe multiprofissional da ESF, com base nos pressupostos arendtianos, contribuindo para a construção de estratégias que venham garantir a utilização de evidências científicas como subsídio para o auxílio na identificação daquilo que está sendo alcançado e o que interfere na situação encontrada na relação de que se estabelece entre esses profissionais.

Os principais resultados foram a deficiência de qualificação para o trabalho em saúde da família, inserção dos profissionais na ESF com pouco preparo para o trabalho em equipe, questões políticas interferindo no trabalho da equipe, insuficiência de insumos e de recursos humanos interferido na prática das ações do ESF e do trabalho em equipe multiprofissional, realidade do município e a sobrecarga de trabalho do profissional médico e de enfermagem.

Visualizando o distanciamento do preconizado para o que é efetivamente realizado. Do discurso desassociado da ação. Interferindo desta maneira na relação de poder entre os profissionais atuantes na ESF. Para Arendt a coerência entre a ideologia e a ação é fundamental, sendo que a desarmonia entre estas promove a violência.

As dificuldades na realização deste trabalho foram à falta de espaço físico adequado para a realização dos grupos focais e ter todos os profissionais da equipe com disposição de horário para uma reunião coletiva. A perspectiva final é que este trabalho, auxilie em outras pesquisas como instrumento básico para avaliação programas de saúde em diferentes contextos.

## 5. REFERÊNCIAS

PAIM, J. S. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface Comun Saúde Educ*, v.5, n.2, p.143-6. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, 2000. *A implantação da Unidade de Saúde da família*. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde, 1990. *Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para Promoção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências*. Diário Oficial da União. Seção 1, p.018055. Brasília.

BRASIL, Ministério da Saúde. 1997. *Portaria n° 1.886/GM/MS de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família*. Diário Oficial da União. Seção 2, p.22. Brasília.

BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública*, v.14, n.2, p.429-435. 1998.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.13, n.6, p.345-9. 2005.

OLIVEIRA, D., et al. A Política Pública de Saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cad Saúde Pública*, v.24, n.1, p.197-206. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2001. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Secretária de Políticas Públicas. Brasília.

LUCCHESI, P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, v.8, n.2, p.439-448. 2003.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 1988. Diário Oficial da União. Brasília.

FAVORETO, C.; CAMARGO JÚNIOR, K. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como proposta transformadora do modelo assistencial. *Physis*, v.12, n.1, p.59-75. 2002.

MORETTI-PIRES, R. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional de Saúde. *Interface – Comunic Educ Saúde*, v.13, n.3, p.153-60. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pólo de Educação Permanente do Oeste Paulista. Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Programa Saúde da Família de Marília-SP. 2005. Disponível em: <http://www.famema.br/sausedafamilia>. Acesso em: 26 dezembro 2008.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof*, v.28, n.2, p.33-46. 2008.

CIAMPONE, M.H.T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. *Rev Bras Enfermagem*, v.53, n.especial, p.143-147. 2000.

BASTOS, L.G.C. *Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família*. Dissertação(Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROTHER, E. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul enferm*, v.20, n.2, p.5-6. 2007.

ARENDDT, H. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forence Universidade. 2008a.

AYRES, J. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*, v.13, n.3, p.16-29. 2004.

*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 03 janeiro 2009.*

Brasil, Ministério da Saúde. Datasus. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 02 janeiro 2009.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: HUBITEC-ABRASCO. 1999.

ARENDDT, H. *Sobre a Violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009.

ARENDDT, H. *A vida do Espírito*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2008b.

HAGUETTE, T. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Ed.Vozes. 2001.

MINAYO, M. C. S. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004.

MORGAN, D. *Focus Group as qualitative research*. Boston: Sage Publications. 1997.

MINAYO, M. C. S. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes (Ed.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.83-107.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO. 1997.



**ANEXOS**

## Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Pública



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa **“Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”**, em que vamos avaliar como está o SUS no interior do Estado do Amazonas. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios do interior, com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui no interior do Amazonas.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde tanto individualmente como junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes; entrevistaremos os Gestores de Saúde; entrevistaremos os usuários dos serviços; e também observaremos o dia a dia dos trabalhadores, percebendo suas dificuldades e como superam estas. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Agradecemos sua colaboração.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito

Nome completo:

R.G.:

Fone:

E-mail:

Assinatura do pesquisador

RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES

R.G.: 30.455.294-X

Fone: (48) 99086582

E-mail: rodrigo.moretti@pq.cnpq.br

Espaço para  
digital

## Anexo 2: Aprovação Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

**CERTIFICADO**

**Nº 122**

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

**PROCESSO: 121/09 FR- 259768**

**TÍTULO: Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS .**

**AUTOR: Rodrigo Otavio Moretti Pires.**

**DPTO.: CCS/UFSC**

**FLORIANÓPOLIS, 25 de maio de 2009.**

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

### Anexo 3 - Instrumento para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane



### Instrumento para Grupo Focal com a Equipe de Saúde da Família

#### Processo de trabalho

1. Descrevam o dia a dia do trabalho nesta equipe.
2. Neste trabalho, vocês se relacionam com outros setores além da saúde? Quais?
3. Descrevam situações cotidianas em que participe mais de um profissional desta equipe?
4. Em algum momento da semana vocês discutem ações conjuntas? Como é?
5. Descrevam as atividades realizadas, diferenciando aquelas que são executadas pelo próprio profissional daquelas que são executadas em equipe como um todo.
6. Quais são os principais problemas para esta equipe desempenhar suas funções conforme o Ministério da Saúde idealiza?
7. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
8. Descrevam conflitos entre os profissionais para a realização do trabalho em equipe?
9. O que é diferente no trabalho em Saúde da Família dos outros tipos de trabalho em Saúde?
10. Qual a diferença do trabalho tradicional em Saúde Pública e o trabalho em Saúde da Família?
11. Existem conflitos para a realização do trabalho em equipe?
12. Existem conflitos com os usuários dos serviços?

## Anexo 4 – Instrumento para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane



### Instrumento para Entrevistas individuais com profissionais de Saúde

Categoria profissional: \_\_\_\_\_

1. O que é equipe e trabalho em equipe?
2. Como se dá a relação entre as competências profissionais que são específicas e o trabalho em equipe?
3. Como as equipes diagnosticam os problemas de saúde da comunidade?
4. Quais os limites do trabalho em equipe?
5. Como se dá a articulação entre o enfermeiro, o médico e o dentista desta equipe?
6. O ACS trabalha em conjunto com eles? Como?
7. Quais são as principais necessidades da população em relação ao trabalho da equipe?
8. As equipes de Saúde da Família conseguem trabalhar conforme os princípios do SUS? No que conseguem, como conseguem? No que não conseguem, por que não conseguem?
9. Descreva as ações de Educação Permanente que acontecem nesta equipe.
10. Existe articulação com a Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Mental, Farmácia?
11. O que diferencia a atuação em Saúde da Família do trabalho tradicional na sua área de atuação?
12. Por que você trabalha no interior do Estado?
13. Onde você se capacitou profissionalmente?
14. Quem é o profissional que lidera esta equipe? Por que?
15. Que é o profissional fundamental desta equipe? Por que?
16. O que sua profissão contribui no trabalho das outras desta equipe? Por que?

## Anexo 5: Instrumento de entrevista para Gestores



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane



### Instrumento de entrevista para Gestores

**Categoria Profissional:** \_\_\_\_\_

**Cargo exercido:** \_\_\_\_\_

1. A Equipe é equipe? Ou qual equipe é a equipe? Ela foi formada para ser equipe? O que faltou? O que não faltou?
2. Como a equipe articula-se com os usuários?
3. A equipe articula-se com outros órgãos públicos? Gestores? Atenção secundária e terciária?
4. Como funciona o Conselho Municipal de Saúde?
5. Como tem se dado a questão da Educação Permanente às equipes neste município?
6. Como as equipes vencem a limitação geográfica desta região?
7. Em que a limitação geográfica interfere na prestação de serviços de saúde?
8. Como é a infra-estrutura das Unidades no interior do Amazonas?

## Anexo 6 – Roteiro de Observação Participante



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Leônidas e Maria Deane



### Roteiro de Observação Participante

A Observação não se pautará exclusivamente, tentando identificar outras dimensões não previstas inicialmente, em especial ao que concerne ao **processo de trabalho em saúde da Família**. Além do ato de observar em si, será promovida entrevista não estruturada dos aspectos de interesse, tanto com os *profissionais*, com os *usuários* no serviço, como junto aos *comunitários*. No entanto, minimamente se observará os seguintes itens:

- a. Há instrumentos para avaliar satisfação do usuário?  
(0) não      (1) sim
- b. Há instrumentos para verificar qualidade do atendimento e o funcionamento da equipe local?  
(0) não      (1) sim
- c. Há supervisão das equipes?  
(0) não      (1) sim

Setor: \_\_\_\_\_

- d. Há ações de prevenção e promoção de saúde?  
(0) não      (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- e. Principais impressões sobre o atendimento aos usuários na unidade e o atendimento domiciliar.

Atendimento na unidade:

Atendimento domiciliar:

- f. Existem ações junto ao programa hiperdia?  
(0) não      (1) sim

Ação: \_\_\_\_\_

- g. A equipe realiza ações de planejamento?  
(0) não      (1) sim

Ação:

\_\_\_\_\_

h. Como está organizado o Controle Social?

i. Há reunião da equipe em que participem representantes dos usuários?

(0) não      (1) sim

Descrição:

\_\_\_\_\_

j. Existe eventos sobre saúde com participação da comunidade?

(0) não      (1) sim

Eventos:

\_\_\_\_\_

k. Impressões sobre a dinâmica dos programas de saúde na unidade.

Registrar todas as outras informações, peculiares ou de importância, dado que o relato completo do que foi observado é fundamental na análise. Mesmo que você não julgue importante, no contexto da avaliação deste município ou mesmo do Estado, os dados ímpares podem encontrar padrão de similaridade relevante.