



Saúde & Transformação Social / Health &

Social Change

E-ISSN: 2178-7085

rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Milon de Oliveira, Hadelândia; Oliveira Pires, Thiago de; Pereira Parente, Rosana Cristina
As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt
Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 1, núm. 2, 2011, pp. 17-26

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

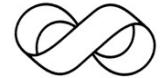
Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319571004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto


Pesquisa Qualitativa, Teoria e Método

As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt

Power relationships in the Family Health Strategy from the perspective of the Hannah Arendt theory

Hadelândia Milon de Oliveira^{1,2}

Thiago de Oliveira Pires¹

Rosana Cristina Pereira Parente^{1,2}

¹ Universidade Federal do Amazonas

² Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia (UFAM/Fiocruz/UFPA)

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 comprehende 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.

Palavras chave: Poder Social; Programa de Saúde da Família; Teoria.

ABSTRACT -In Brazil, the National Health Policy is based in the 1988 Federal Constitution, which established the principles and guidelines for healthcare in the country, provided through the Brazilian National Health System. From 1994 the Family Health Strategy was implemented with its principles guided by user proximity, centrality in the family, and multi-professional work. Since teamwork in health comprehends specific knowledge of each professional field, it has many possible meanings which integrate into a particular element: human life. This theoretical essay proposes to construct reflection on the implications of power relationships in the teamwork process, from an arendtian perspective. Thus, the narrative research method was chosen, with presentation of the arendtian conceptual universe regarding the power and the power relationship of the teams of health and family health.

Key words: Social Power; Family Health Program; Theory.

1. 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 Governo¹.

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 assistencial².

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 envolvidos³.

Paralelamente, a ESF propõe um novo talhe na assistência e atendimento das necessidades de saúde da população. Centrada na integralidade da

Autor correspondente

Hadelândia Milon de Oliveira

Escola de Enfermagem de Manaus

Universidade Federal do Amazonas

Adrianópolis - Manaus (AM) – Brasil

CEP 69027681

Email: hmlon@ufam.edu.br

Artigo recebido em 08/09/2010

Aprovado em 12/12/2010

atenção à família, deveria possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas⁴.

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 Saúde⁵.

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 comprehende 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 profissionais⁶. 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 universitários⁶.

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 profissional⁷.

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 saúde⁸.

Entre a diversidade de teorias que debatem esta temática destaca-se o pensamento Hannah Arendt¹, 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"^{9:13}. 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 (...)"^{9:38}.

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.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 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"¹⁰. 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 do que é, à medida que aparece, existe no singular; tudo que é, é próprio para ser percebido por alguém"^{10:27}.

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"^{10:25}, de forma

¹ 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.

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”¹⁰.

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”¹⁰. 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 desordem 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”¹⁰.

Quando os homens estão reunidos, possuem papéis sociais, que têm certa aparência aos demais. Estes papéis são regidos por suas características humanas. Desta ideia 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”¹⁰. 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”¹⁰.

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”¹⁰.

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”¹⁰.

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”¹⁰. E que “(...) finalmente, na era moderna – nada é mais difundido que a convicção de que o poder corrompe”¹⁰.

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.

2.2 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 usuário¹¹.

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 equipe¹².

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 inseridos¹².

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 outros padrões de autonomia e de responsabilidade³.

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 todos¹³.

Vale lembrar que os profissionais ocupam uma posição diferenciada no âmbito da hierarquia profissional e sócio-econômica. Em determinada situação de exercício de poder, pode ocorrer uma convergência entre elos da cadeia de desigualdade¹³.

Como indícios 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"⁵.

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 organização do trabalho influenciam 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 cidadãos¹¹.

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 desestruturação/re-estruturação¹¹.

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 assistência¹⁴.

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 e reconstrução para o efetivo trabalho¹¹, o que se teoriza estar relacionado à formação profissional e das corporações envolvidas⁶.

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 se consolida, na medida em que a Política Nacional de Atenção Básica propõe a operacionalização das diretrizes do SUS através da universalidade ao acesso dos serviços de saúde tomando como porta de entrada a Atenção Primária; a integralidade de assistência como um conjunto articulado em todos os níveis de prevenção; e equidade destituída de preconceitos e privilégios¹.

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 co-responsabilidade da equipe com o indivíduo e a comunidade¹. 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 através 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 profissionais–profissionais e equipe–população. E para Arendt “(...) a esfera política resulta diretamente da ação em conjunto, da participação² 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”^{10:210}.

Dentro deste entendimento, analisando o espaço de aparência da ESF, através do discurso e ação, percebe-se uma dissociação 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 através 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 afirma 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”^{10:212}.

O trabalho exercido na ESF exige da equipe, principalmente da gerência, o exercício pleno de uma

² Termo utilizado por Arendt

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 legislação brasileira e a consolidação da 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 através das práticas. Tais práticas modificam o espaço, promovendo inclusão ou exclusão, alegria ou apatia¹⁵.

Não se faz saúde só com médicos, enfermeiros e sociólogos sanitáristas. 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 sociais¹⁶.

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 através 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 objetivos¹⁷

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”¹⁰.

Analizando 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 através 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 está, 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 indispensável¹⁸.

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 coletivo⁵.

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”¹⁰.

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”¹⁰.

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”¹⁰. Em (...) 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”¹⁰.

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 através do medo e da suspeita generalizada”¹⁰. 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”¹⁰. Na perspectiva arendtiana (...) 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 (...)”¹⁰.

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 quatro 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/comunidade³.

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 eleitoreiras.

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 *raisom 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"¹⁰.

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. Esta categorização das profissões em "nível universitário", "nível médio" e "nível elementar" demarca a existência de hierarquia na rede de relações no processo produtivo em Saúde da Família¹⁹.

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 a Política Nacional de Atenção Básica¹ são atribuições do enfermeiro 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. Em conjunto com a equipe, realizar o planejamento, gerenciamento, coordenação e a avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS; especificamente 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 saúde¹³.

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"¹⁰.

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 e reconstrução. Consideramos o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero, entre outras) 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 concretizado no mesmo instante do ato do trabalho. A equipe torna-se equipe enquanto produz o cuidado do usuário¹⁹.

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 históricos²⁰.

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 falta de interação 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 posições¹⁴.

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 desigualdades¹³.

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 gerentes⁵.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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: Ministério da Saúde; 2006.
- Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública 1998; 14(2): 429-235.
- Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-Am Enf 2005; 13(6): 1027-34.
- Benito GAV, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. Rev Bras Enfermagem 2007; 60(3): 312-16.
- Neto FGX, Sampaio JJC. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enf 2008; 61(1): 36-45.
- Moretti-Pires RO. Complexidade em Saúde da Família e a formação do futuro profissional de saúde. Interface – Com Educ Saúde 2009; 13(30): 153-66.
- Ciampone MHT, Peduzzi, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de Saúde da Família. Rev Bras Enf 2000; 53(spec.): 143-47.
- Bastos LGC. (Dissertação). Trabalho em equipe em atenção primária à saúde e o Programa Saúde da Família. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2003.
- Arendt H. Sobre a Violência. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- Arendt H. A Condição Humana. Rio de Janeiro: Forence Universidade, 2008.
- Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, 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 Enf 2005; 13(2): 262-68.
- Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva 2007; 12(2): 455-64.
- Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. Interface – Com Educ Saúde 2005; 9(16): 25-38.
- Oliveira DC, Sá CP, Gomes AMT, et al. A Política Pública de Saúde Brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad Saúde Pública 2008; 24(1): 197-206.

15. Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Rev bras educ med* 2006; 30(1): 32-38.
16. Lefévre F. Mitologia Sanitária: Saúde, Doença, Mídia e Linguagem. São Paulo: EDUSP, 1999.
17. Leite RFB, Veloso TMG. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol Cienc Prof*. 2008; 28(2): 374-89.
18. Valentim IVL, Kruel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva* 2007; 12(3): 777-78.
19. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface – Com Educ Saúde* 2005; 9(16): 9-24.
20. Pires MRGM, Göttem LBD. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. bras. Enf.* 2009; 62(2): 294-299.