

**ARTIGO ORIGINAL****PODER NO CONTEXTO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS ASSISTENCIALISTAS**

Power in the work context of the family health strategy: conceptions of assistant health care professionals

Bruno Neves da Silva, Cícera Renata Diniz Vieira Silva, Antunes Ferreira da Silva, Gerlane Cristinne Bertino Vêras

RESUMO

Objetivou-se explicitar as percepções dos profissionais assistencialistas da Estratégia de Saúde da Família acerca da presença de poder no ambiente de trabalho. Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa realizado junto a 20 trabalhadores assistencialistas da Estratégia de Saúde da Família do município de Nazarezinho, Paraíba. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada gravada, posteriormente transcrita e processada através do software IRaMuTeQ. A interpretação dos dados se deu através da utilização da Análise de Conteúdo. Foram constatadas concepções que perpassam pelas representações de conhecimento, tomada de decisão, convencimento e ajuda, e, segundo as percepções dos entrevistados, ocorre uma maior efetivação do exercício de poder pelos profissionais médicos e enfermeiros, fato que pode estar atrelado às divisões técnica e social do trabalho, e que permite verificar a existência de uma hierarquia na Estratégia de Saúde da Família que é naturalizada e que reproduz essas divisões. Faz-se necessário superar as micropolíticas do saber-poder e da hierarquização presentes no cenário da Estratégia de Saúde da Família, o que pode ser efetivado a partir do estabelecimento de relações pautadas na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Poder. Estratégia de saúde da família; Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

The aim was to explain the perceptions of the assistencialists professionals of the Family Health Strategy about the presence of power in the work environment. This is a descriptive study with a qualitative approach carried out with 20 assistentialist workers from the Family Health Strategy of the municipality of Nazarezinho, Paraíba. The data collection was performed through a recorded semi-structured interview, later transcribed and processed through the IRaMuTeQ software. The interpretation of the data occurred through the use of Content Analysis. Conceptions that permeate the representations of knowledge, decision making, persuasion and help were found, and according to the interviewees' perceptions, there is a greater realization of the exercise of power by medical professionals and nurses, a fact that may be related to the technical and social divisions of work, and that allows to verify the existence of a hierarchy in the Strategy of Family Health that is naturalized and that reproduces these divisions. It is necessary to overcome the micropolitics of the knowledge-power and hierarchization present in the scenario of the Family Health Strategy.

KEYWORDS: Power. Family health strategy. Patient care team.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se trata do modelo assistencial que objetiva reorganizar a Atenção Básica no Brasil, propiciando uma nova orientação do processo de trabalho com maior competência de ampliação da resolutividade e impacto na circunstância de saúde individual e coletiva e de aprofundamento dos fundamentos, princípios e diretrizes da AB.¹ Mediante sua idealização, a ESF deteria a capacidade de romper o tradicional ciclo do modelo hegemônico centrado na medicina e na Atenção Terciária, sendo o trabalho em equipe interdisciplinar um importante instrumento.²

Entretanto, a realidade do trabalho em equipe existente na ESF ainda se encontra distante do que é preconizado para a efetivação de uma atividade compartilhada e multiprofissional,³ visto que ocorre a aproximação das práticas desta com as do modelo biomédico, no qual os profissionais entendem as práticas como ações cuja finalidade é evitar e combater doenças por meio de uma verticalização da postura profissional.⁴

A presença de relações de poder no cenário da ESF atua fragilizando o trabalho em equipe necessário para a prestação de um cuidado de saúde efetivo, fazendo com que cada profissional exerça seu papel de forma desarticulada, haja vista que o

exercício do poder de maneira verticalizada promove conflitos nas relações interpessoais e contribui para a redução da confiança entre os trabalhadores.⁵

Tal poder se encontra por toda parte, e não é só do Estado ou da soberania, mas se constitui nas ações sobre as ações, provocando atos que ora se encontram no campo do direito e ora no campo da verdade,⁶ e o seu entendimento enquanto relação suscita em dizer que toda relação social implica, inerentemente, em relações de poder, coexistentes à vida em sociedade.^{7,8} No contexto da saúde, a presença de relações de poder corresponde a institucionalização de uma polarização instituída entre os trabalhadores, que os segrega entre aqueles que podem menos ou mais, criando uma hierarquia no relacionamento interpessoal.²

O objetivo do estudo em tela é explicitar as percepções dos profissionais assistencialistas da ESF acerca da presença de relações de poder no ambiente de trabalho. Justifica-se o seu desenvolvimento, a partir do pressuposto que uma distribuição desigual de poder pode provocar diminuição da capacidade de cuidado da ESF, bem como prejudicar o trabalho em equipe, indispensável para a qualificação da assistência prestada. Desta forma, questiona-se: como se caracterizam as relações de poder existentes no cenário da ESF?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Nazarezinho-PB, junto a trabalhadores assistencialistas atuantes nas três unidades de ESF existentes no município, tendo a coleta de dados ocorrido nos meses de julho a outubro de 2017 através de uma entrevista gravada norteada por um formulário semiestruturado, em local reservado e após consentimento escrito, livre e esclarecido dos participantes.

A população do estudo foi representada por três enfermeiros, três odontólogos, três médicos, três técnicos em enfermagem, três auxiliares de saúde bucal, e 18 agentes comunitários de saúde, totalizando 33 profissionais. A amostragem se deu por conveniência e incluiu profissionais que se encontravam na escala de trabalho no período de realização das entrevistas; e excluiu apenas os profissionais ausentes do serviço no período da coleta de dados e os que não puderam ser contatados.

Após quatro recusas e ausência de sucesso em contatar nove indivíduos, estabeleceu-se uma amostra de 20 profissionais, dos quais 75% consistiam em mulheres, sendo 65% de trabalhadores

casados e que apresentaram uma média de idade de 39,85 anos. Não foi utilizado o critério de saturação teórica dos dados.

As entrevistas gravadas foram transcritas, constituindo o *corpus* de pesquisa, o qual foi processado através do *software* IRaMuTeQ® (*Interface de Recherche pour l'Analyse Multidimensionnelle de Textes et de Questionnaires*) que permite diferentes tipos de análises de dados textuais e que organiza de forma visualmente clara e compreensível a distribuição do vocabulário.⁹ A interpretação do *corpus* se deu através da utilização da Análise de Conteúdo.¹⁰

No que concerne aos preceitos éticos, ressalta-se que foi obedecido ao que se encontra disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo este estudo um recorte da pesquisa intitulada “Relações de poder: percepções no cenário da ESF”, que foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande e aprovada sob parecer de número 2.131.776. O anonimato dos entrevistados foi garantido utilizando-se do termo “sujeito”, seguido de um algarismo arábico correspondente ao número da entrevista realizada, quando ocorreu utilização de suas falas no decorrer do texto.

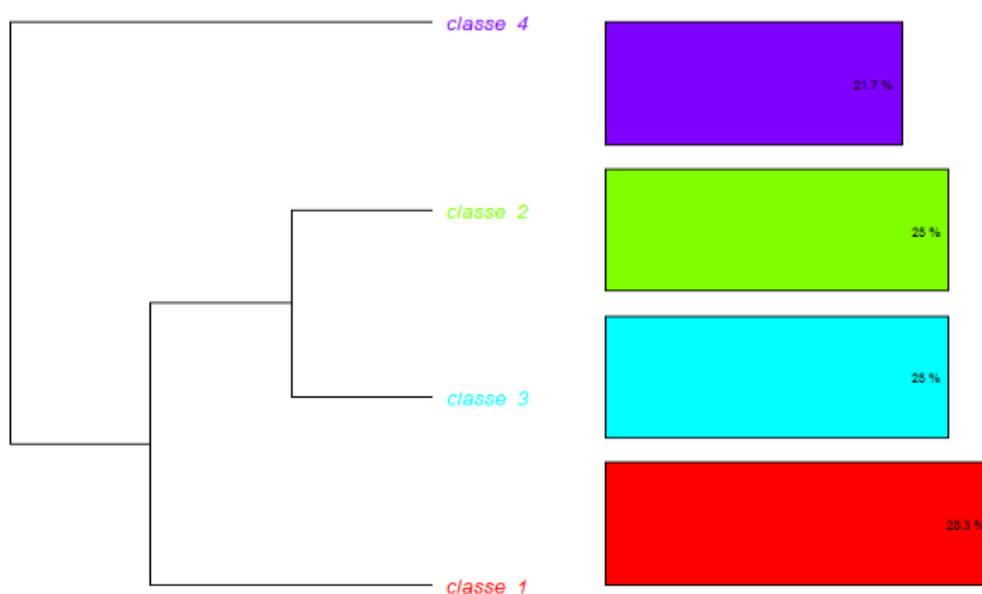
RESULTADOS/ DISCUSSÃO

No *corpus* de pesquisa utilizado foi observada uma ocorrência de 3.527 palavras, com 749 formas distintas e 115 segmentos de texto. O número de lemas foi de 549 e o *hapax* (número de palavras que aparecem apenas uma vez) foi 402. Realizada a análise através da classificação hierárquica descendente (CHD), que objetiva a obtenção de unidades de

contexto elementares (UCE) que apresentam, simultaneamente, vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes,⁹ foi obtida uma retenção de segmentos de texto de 52,17%, o que indica grande variabilidade nas respostas dos participantes da pesquisa.

O dendrograma resultante da CHD do *corpus* se encontra representado na figura 1.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* de pesquisa. Nazarezinho – Paraíba, 2018.

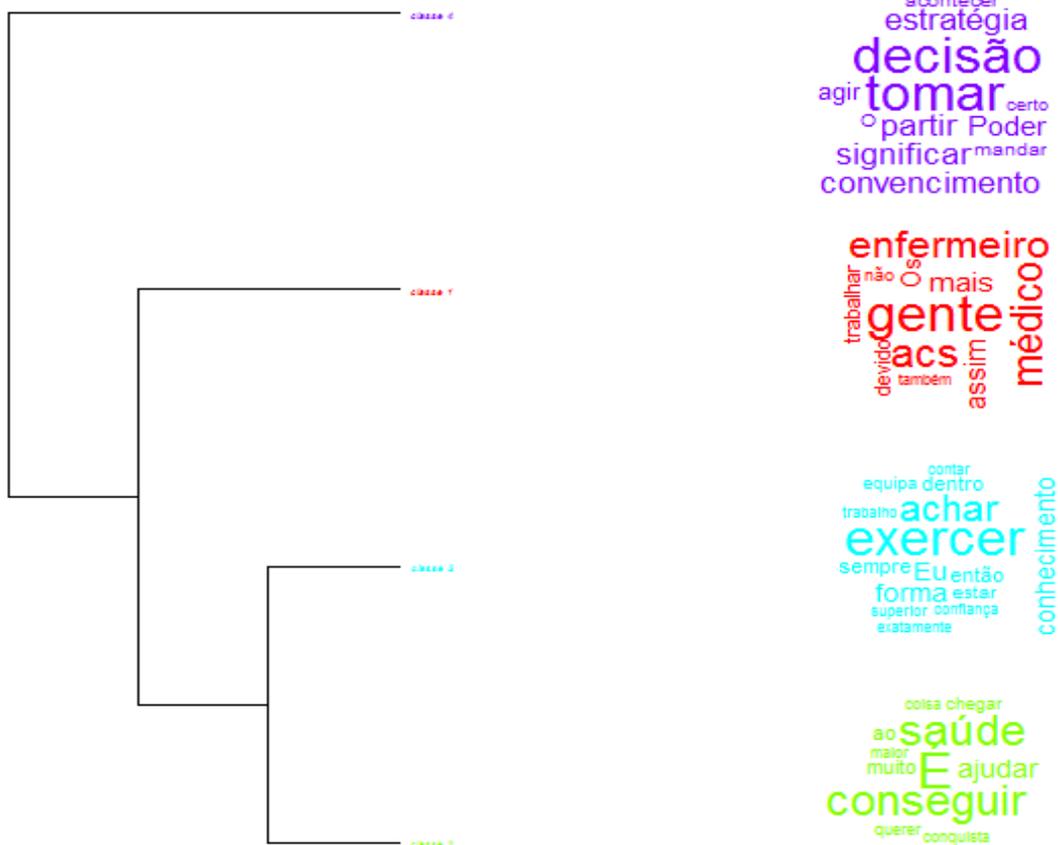


Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se o surgimento de quatro classes diferentes a partir do *corpus*, estando as classes 2 e 3 em uma mesma ramificação, o que indica que, mesmo existindo divergências em seu conteúdo, estas possuem semelhanças entre si. A figura 2 apresenta o filograma proveniente do dendrograma da figura 1, que traz as

quatro classes da CHD sob a forma de nuvens de palavras, um método que dispõe as palavras de forma aleatória, em que as palavras mais frequentes aparecem em tamanho maior que as outras, evidenciando seu destaque no *corpus* de pesquisa¹¹ e possibilitando uma rápida identificação das palavras-chave.⁹

Figura 2 – Filograma extraído do dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* de pesquisa. Nazarezinho – PB, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa.

A classe 4, intitulada “Significados de poder” está relacionada ao entendimento do conceito de poder pelos profissionais entrevistados, os quais o percebem de diferentes maneiras, entre as quais é possível destacar o poder como sinônimo de tomada de decisões, de convencimento, e de agir, conforme ilustram as falas abaixo.

“É você ter o poder ou a força de querer e conseguir fazer alguma coisa [...]” (SUJEITO 01).

“Nas relações de trabalho, se exerce poder a partir do pressuposto de que você tem condições suficientes de convencimento e de conhecimento, para

que você, a partir disso, fazer acontecer seus objetivos [...]” (SUJEITO 04).

“Poder são tomadas de decisão que a partir de conceitos e estratégias se busca exercer sobre alguém ou determinada situação [...]” (SUJEITO 05).

“Poder é deliberar, é agir, é mandar, é impor” (SUJEITO 14).

Nas percepções dos profissionais, observa-se um entendimento de poder que vai ao encontro do sentido etimológico da palavra, pois, a concepção de poder enquanto a força de querer e conseguir realizar determinada atividade, aludida no primeiro discurso acima, aproxima-se do

fato de que a palavra poder advém do latim vulgar “*potere*”, que significa “ser capaz de”.¹²

As percepções dos profissionais de que o poder é exercido sobre pessoas ou situações, se relaciona ao fato de que este existe apenas em ato, dando-se sempre sob a forma de relação. Conforme o filósofo Michel Foucault,¹³ o poder é uma relação de forças; toda relação de forças é uma relação de poder, sendo que essas relações se constituem em ações sobre ações, e podem ser expressas por atos de incitar, induzir, desviar, ampliar, limitar, facilitar ou dificultar. O autor argumenta, ainda, que qualquer agrupamento humano se encontra sempre cercado por relações de poder, visto que a sua manifestação se dá mediante às relações inerentes à vida social.

Tal definição permite compreender a concepção de que o poder está relacionado à capacidade de convencimento mencionada pelos entrevistados, visto que sendo expresso por atos de incitar e induzir, a capacidade de convencimento pode ser também atribuída como uma relação de poder de um profissional sobre outros, advinda destes atos.

Ainda nesse sentido, a capacidade de convencimento pode ser colocada como sinônimo de capacidade de um indivíduo de influenciar o outro a realizar determinada atividade. Nesta perspectiva,

autores pontuam que o poder é algo exercido de forma individual ou em grupo, a fim de mudar atitudes e comportamentos e persuadir decisões, podendo assumir conotações positivas ou negativas,¹⁴ como é o caso, por exemplo, do poder como sinônimo de mandar ou impor, aludido pelo sujeito 14.

A classe 1 recebeu o título de “Quem exerce poder na ESF?”, e o vocabulário analisado constatou maior referência aos profissionais médicos e enfermeiros, como pode ser verificado nas falas a seguir.

“É, no caso, o médico. É o que faz a parte maior na questão da equipe, é o cabeça na questão do que ele aprendeu, do que ele conquistou: o poder de ser médico [...] Tem também da enfermeira que, descendo, é o enfermeiro que é o chefe da equipe mais próximo da gente[...]”

(SUJEITO 02).

“Hoje, na ESF, quem eu vejo exercendo um certo poder é o médico [...]”

(SUJEITO 10).

“[...] Eu posso exercer poder sobre a minha comunidade, mas é um poder também limitado, porque eu sei que além de mim tem superiores. É a hierarquia, tem a enfermeira, tem o médico, tem o ACS e tem também o

técnico de enfermagem”
(SUJEITO 11).

Em qualquer equipe de saúde ocorre, dentro das suas especificidades, a reprodução da dinâmica das relações sociais, englobando as divisões técnica e social do trabalho. A divisão social é intrínseca aos vários modos sociais de produção, refletindo a divisão de classes sociais, e considera as diferenças existentes nestas; a divisão técnica, própria do modo de produção capitalista, caracteriza-se pelo parcelamento do trabalho em diversas ações executadas por diferentes trabalhadores, e não deixa de ser, também, caracterizada como uma divisão social, na qual o trabalho intelectual é realizado pelas classes sociais mais privilegiadas, enquanto o trabalho manual é executado, geralmente, por trabalhadores de classes menos favorecida.¹⁵

Neste contexto, as divisões do trabalho nas equipes de saúde são afetadas pela reprodução de uma configuração de poder polarizada, que estabelece que o indivíduo detentor de maior saber é aquele que também detém maior poder, podendo exercer maior controle sob os que sabem menos e exigir sua obediência.¹⁶

Observa-se, nos discursos acima, uma reprodução dessa configuração polarizada de poder que é um reflexo da divisão do trabalho, pois, é aludido pelos sujeitos uma hierarquia de poderes em forma de “escada”, em que, de acordo com

o saber do profissional, este é capaz de exercer menos ou mais poder dentro do seu contexto de trabalho. Cabe destacar que o trabalho em saúde é mais eficaz e resolutivo quando existe certo coeficiente de autonomia nos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública, devendo-se sempre valorizar a criação de unidades baseadas em grupos autônomos, da perspectiva da gestão do processo de trabalho,¹⁷ para, dessa forma, ultrapassar hierarquias engessadas que criam e reproduzem relações de poder danosas à autonomia dos profissionais.

A efetivação da multidisciplinariedade no cuidado de saúde necessita de outras maneiras de relação que se afastem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas,¹⁸ opostas àquelas que fazem com que os trabalhadores enxerguem uma hierarquia rígida e a naturalizem, como pode ser observado na última das falas acima.

A medicina se distingue em relação às outras profissões no que se refere à autonomia estruturada e legitimada em seu poder, o que proporciona a essa ocupação um monopólio que garante uma posição dominante no interior de um processo de divisão de trabalho; essa autonomia é alicerçada em dois princípios fundamentais: o apoio das elites e o conhecimento teórico reconhecido e protegido pelo Estado.¹⁹

Ainda que a ESF possua uma organização mais horizontalizada, persiste um comportamento no qual o profissional da medicina constitui a figura central, sendo considerado uma autoridade, o que demonstra que as relações de poder são significativas na hierarquia entre os profissionais, independentemente do local que estes ocupem.³

Não obstante, não é apenas sob a figura do médico que se materializam as relações de poder no cuidado de saúde. Em um estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família no interior do Estado de São Paulo, foi apontado o profissional enfermeiro como o que mais exercia poder sobre a equipe de saúde, cabendo destacar, contudo, que o poder exercido por este demonstra certa ambiguidade, pois sua ação é menos concreta nas relações sociais, econômicas, jurídicas e políticas, cenários nos quais o poder exercido por ele não é plenamente reconhecido.²⁰

A classe 3, intitulada “Conhecimento e exercício de poder”, trouxe as concepções dos trabalhadores acerca da relação entre possuir conhecimento e exercer poder no cenário da ESF, tal qual representado nos discursos abaixo.

“Exerço poder através dos meus conhecimentos”
(SUJEITO 03).

“[...] Conhecendo, eu posso tomar uma decisão correta. Isso

me garante o poder de tomar decisões adequadas”

(SUJEITO 04).

“[...] É que uns têm mais conhecimento, por exemplo, o ACS tem um conhecimento na comunidade que se ele não resolve, ele já traz para o enfermeiro, que se ele não resolve, a gente já procura o médico, e, assim, sucessivamente”

(SUJEITO 05).

Sabe-se que o exercício de poder se encontra atrelado ao domínio do conhecimento, visto o entrelaçamento existe entre saber e poder. Segundo Foucault,¹³ o poder não pesa apenas como uma força que diz não, mas que de fato permeia e produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz discurso, devendo ser considerado como uma rede de produção que passa por todo o corpo social. Conforme o filósofo, o poder produz saber, e ambos estão diretamente implicados, não existindo relação de poder sem que se haja a constituição correlata de um campo de saber, nem, tampouco, saber que não possua e não estabeleça, sincronicamente, relações de poder.²¹

Cabe considerar, ainda, que para Foucault não há o estabelecimento de um elo causal entre poder e saber; ao invés de idealizar o primeiro como causa e o segundo como efeito (ou o inverso), o autor enfatiza a existência de um entrelaçamento entre ambos.²²

No âmbito da ESF, a legitimação de um maior exercício de poder por aqueles indivíduos considerados maiores detentores do conhecimento é, também, uma forma de obediência à hierarquia que separa os profissionais de acordo com seu nível de formação, um reflexo das divisões técnica e social do trabalho.

A classe 2, cujo título é “Poder é ajudar”, traz as percepções dos profissionais acerca de uma associação entre exercício de poder e a capacidade de conseguir ajudar à população que procura o cuidado de saúde da ESF, como pode ser verificado nas falas seguintes:

“É a questão de poder ajudar a comunidade onde eu trabalho, aquelas pessoas que necessitam de um tratamento, de poder tá ali oferecendo melhores condições de como buscar o atendimento na saúde” (SUJEITO 02).

“Poder, para mim, é uma maneira de ajudar com alguma coisa que se possa levar à frente, alcançar algum objetivo, que, com esse poder, se conseguiria melhorar a saúde [...]” (SUJEITO 08).

A percepção de poder enquanto sinônimo de ajuda pode estar relacionada

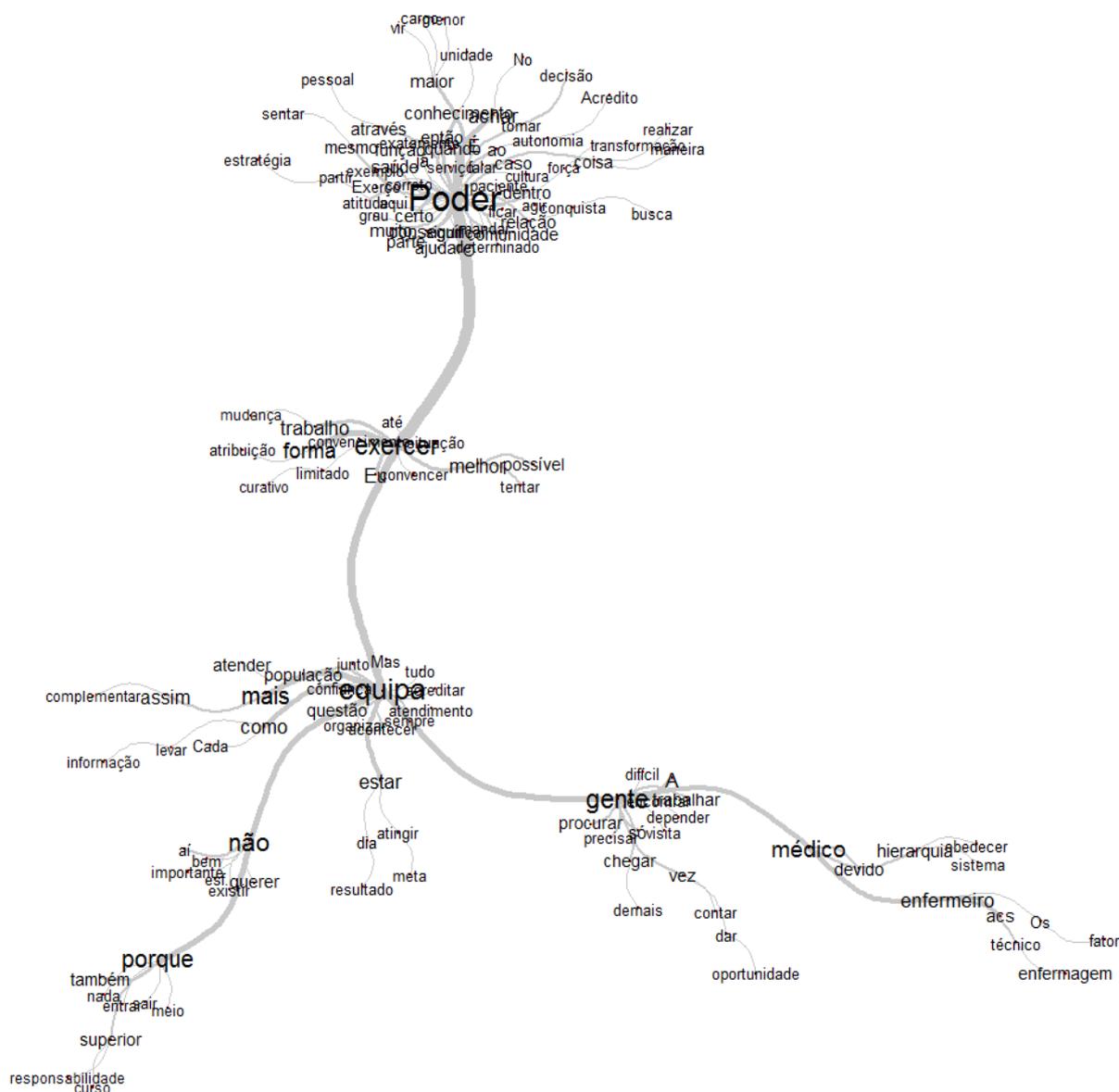
ao fato de os profissionais da ESF possuírem vínculo com a população atendida, e entenderem que o exercício de poder se concretiza à medida que se consegue efetivar benfeitorias para a comunidade que lhe é estimada, como pode ser inferido das falas acima.

Ademais, o vínculo com a comunidade favorece o estabelecimento de relações de afeto entre os trabalhadores da ESF e os pacientes por eles cuidados, o que estreita as relações entre profissionais e usuários e as torna mais horizontais,²³ possibilitando, ainda, a reconstrução da autonomia entre os sujeitos.²⁴

Nesse sentido, a noção de poder enquanto ajuda pode ser compreendida a partir da concepção de que ajudar é sinônimo de ser autônomo, e falar em autonomia é, também, falar do exercício de poder, ainda que em outros arranjos, como capilarização, desconcentração e distribuição de poder.²⁵

A figura 3 apresenta a análise de similitude do *corpus* de pesquisa. Tal análise utiliza como base a teoria dos grafos, e permite reconhecer coocorrências existentes entre as palavras, indicando, desta forma, conexões entre elas, o que auxilia na identificação da estrutura representada pelos participantes da pesquisa.²⁶

Figura 2 – Análise de similitude do *corpus* de pesquisa. Nazarezinho – PB, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se a obtenção de um leque semântico que apresenta três palavras mais frequentes no texto agrupadas em três zonas centrais conectadas a várias zonas periféricas: poder, equipe e exercer; sendo a primeira a que apresentou maior expressividade de conexões.

A partir da análise das conexões com a palavra poder, é possível apreender que, na ESF, este se encontra relacionado ao conhecimento; sendo que a presença de ligações com as palavras ‘maior’, ‘menor’, ‘cargo’ e ‘unidade’ denota que o exercício

de poder nesse cenário se encontra implicado por duas micropolíticas: a primeira é a de relações de saber-poder, nas quais há um maior reconhecimento e um exercício mais efetivo de poder a partir do pressuposto que determinado profissional possui maior conhecimento; e a segunda é a de relações de hierarquia, nas quais determinado profissional, ocupante de um cargo considerado maior, exerce poder de forma mais tangível no seu contexto de trabalho.

Conforme pesquisadores, tal hierarquia deve ter seus limites estudados, visando fazer com que ela não atue como um entrave à promoção da autonomia dos trabalhadores.²⁷

No tocante ao saber-poder, essas relações não têm de ser examinadas baseando-se em um sujeito do conhecimento que seria ou não desprezado do sistema de poder, pois não é a atividade desse sujeito que criaria um

CONCLUSÃO

No contexto da ESF, as percepções sobre a presença e o exercício de poder perpassam pelas representações de conhecimento, tomada de decisão, convencimento e ajuda, sendo que, segundo as concepções dos entrevistados, ocorre uma maior efetivação do exercício de poder pelos profissionais médicos e enfermeiros, fato que pode estar atrelado às divisões técnica e social do trabalho, e que permite verificar a existência de uma

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Oliveira HM, Pires TO, Parente RCP. As relações de poder na Estratégia de Saúde da Família sob o enfoque da teoria de Hannah Arendt. *Sau. & Transf. Soc.* 2011;1(2):17-26.
3. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da

saber, útil ou afastado ao poder, mas são o saber-poder, os processos e as lutas que o permeiam e o concebem que definem os campos e as formas possíveis do conhecimento.²¹

No contexto da saúde, a relação do saber-poder disciplinar existente acaba por aprisionar os saberes em compartimentos, o que termina por dificultar a construção de uma proposta interdisciplinar na área da saúde.²⁸

hierarquia na ESF que é naturalizada e que reproduz essas divisões.

É necessário, portanto, o estabelecimento de um processo de trabalho que favoreça a interação e o empoderamento dos profissionais da ESF, visando a superação das micropolíticas do saber-poder e da hierarquização presentes nesse cenário, o que pode ser efetivado a partir do estabelecimento de relações pautadas na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe.

Estratégia Saúde da Família. *Saúde debate.* 2015; 39(107):1044-1052.

4. Soratto J, Witt RR, Pires DEP, Schoeller SD, Sipriano CAS. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(34):01-07.
5. Oliveira HM, Moretti-Pires RO, Parente RCP. As relações de poder em equipe

- multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface- comunicação, saúde, educação*. 2011; 15(37):539-50.
6. Ferreirinha IMN, Raitz TR. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *RAP*. 2010; 44(2):367-383.
7. Maia AC. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social*. 1995; 7(1-2):83-103.
8. Santos PR. A concepção de poder em Michel Foucault. *Especiaria - Cadernos de Ciências Humanas*. 2016; 16(28):261-280.
9. Camargo BZ, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2):513-518.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Kami MTM, Larocca LM, Chaves MMN, Lowen IMV, Souza VMP, Goto DYN. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc. Anna Nery*. 2016;20(3):01-05.
12. Japiassú H, Marcondes D. *Dicionário básico de filosofia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2006.
- 13 Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
- 14 Mcewen M, Wills EM. *Bases teóricas para enfermagem*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
15. Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(16):09-24.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2005; 13(2):262-268.
17. Cardoso ACC. A organização do trabalho em equipe nos serviços de saúde - uma reflexão sobre as relações de hierarquia e poder entre profissionais. *Revista Enfermagem Contemporânea*. 2014; 3(2):98-103.
18. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Interface - Comunic. Saúde, Educ*. 2012; 16(40):149-60.
19. Bueno FMG, Queiroz MS. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2):222-227.
20. Silva IS, Arantes CIS. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(3):607-615.
21. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 35. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
22. Silva JCS. Foucault e as relações de poder: o cotidiano da sociedade disciplinar tomado como uma categoria histórica. *Revista Aulas*. 2007; 1(3):01-28.
- 23 SANTOS, D.S. et al. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde colet.*, v. 23, n.3, p. 861-870, 2018.
24. Ilha S, Dias MV, Backes DS, Backes MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc. Cuid. Saude*. 2014; 13(3):556-562.

25. Cecílio LCO. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):315-329.

26. Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, Lima TR, Rolim KMC, Amorim RF. Os fatores de risco para infecção no domicílio estudados pela análise de similitude. *Rev. Pre. Infec e Saúde*. 2015; 1(2):20-27.

27. Jesus MS, Said FA. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(3):410-421.

28. Cavalcanti PB, Carvalho RF. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: como articular os saberes num espaço de conflitos? *Sociedade em Debate*. 2010; 16(2):191-208.

29. SILVA, M.T.M. et al. Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. *Esc Anna Nery*, v. 20, n. 3, 2016.

Correspondência:

Bruno Neves da Silva

Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

E-mail: nevens.bruno5@gmail.com

Submetido em: 26/01/2019

Aceito em: 02/03/2019