

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Ana Clara Rocha Franco

**COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG**

Belo Horizonte

2022

Ana Clara Rocha Franco

**COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Modos de Subjetivação

Orientadora: Prof. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido

Belo Horizonte

2022

150	Franco, Ana Clara Rocha.
F825c	Coprodução de autonomia na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG [manuscrito] / Ana Clara Rocha Franco . - 2022.
2022	118 f. Orientadora: Cláudia Maria Filgueiras Penido.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia
	1.Psicologia – Teses. 2.Saúde – Teses.3.Cuidados Primários de Saúde – Teses. 4.Autonomia - Teses . I.Penido, Cláudia Maria Filgueiras. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III.Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ANA CLARA ROCHA FRANCO

Realizou-se, no dia 30 de novembro de 2022, às 08:00 horas, online, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG* apresentada por ANA CLARA ROCHA FRANCO, número de registro 2020653669, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Claudia Maria Filgueiras Penido - Orientador (UFMG), Prof(a). Luciana Kind do Nascimento (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais), Prof(a). Regina Celi Fonseca Ribeiro (EEFFTO/UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, a presente ata, lida e aprovada, vai assinada pelos membros da Comissão.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Filgueiras Penido, Professora do Magistério Superior**, em 07/02/2023, às 16:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Kind do Nascimento, Usuário Externo**, em 08/02/2023, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Regina Celi Fonseca Ribeiro, Professora do Magistério Superior**, em 09/02/2023, às 17:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2067923 e o código CRC 0AA491D3.

AGRADECIMENTOS

Nas tardes que eu passava em companhia com a minha avó, ela sempre me contava que tinha estudado até a terceira série, que chegou até mesmo a tomar “duas bombas” e que nunca conseguiu passar de ano. Me dizia que tinha apenas um par de sapatos e que esse foi adquirido já próximo da sua desistência da vida escolar. Nos nossos dias, sempre me buscou na escola e dizia com admiração que era importante saber ler e escrever e que sentia muito os pais não a terem incentivado. Para mim, ela pedia que eu escrevesse todos os seus bilhetes, números da agenda telefônica e cartões de aniversário para as amigas. Mas, eu a li uma única vez. Quando me mudei para Belo Horizonte, para ingressar na universidade, ela me fez uma carta em que me dizia para seguir fazendo o que eu escolhi, estudar e ser feliz. Ela nunca imaginou a importância das suas palavras, dos seus incentivos e da sua companhia na minha formação e na minha escrita. Essa dissertação tem um pouco dela. Tem um pouco da minha mãe, que me levava desde pequena para acompanhar suas aulas enquanto professora do ensino fundamental. Tem um pouco das minhas tias, que sempre acharam incrível ter uma sobrinha que fizesse mestrado e contavam para rua inteira que eu estudava na UFMG. Tem um pouco do meu pai que com sessenta anos teve a coragem imensa de terminar seus estudos no EJA e tirar fotos conosco na sua formatura. Escrever uma dissertação, escrever, é sobre colocar algo muito particular no mundo, mas o particular, na verdade, é cheinho de gente.

Agradeço as mulheres que cuidaram de mim, minha avó, minha mãe, as minhas tias Zé (que guardo nossas lembranças com carinho) e Dora e a Sabrina pelo afeto. Agradeço especialmente a minha mãe pelo incentivo e por acreditar nas minhas escolhas. À Virgínia, pelo carinho no nosso crescimento. Ao meu pai, pelo maior zelo do mundo e pela doçura de nossas trocas. Agradeço à Sara, pelo apoio e compreensão na nossa rotina, por ser duplinha, pelo nosso amor e pelas nossas apostas. Aos meus amigos de casa, de “Rede”, de militância e de carnaval. Aos amigos e a Percussão Circular pela alegria e festividade nos momentos mais difíceis da dissertação. Agradeço à Cecília, pela escuta, pela palavra e pela presença que me convoca na direção do desejo.

Agradeço aos meus colegas do L@gir, pelas trocas, pela produção e colaboração neste estudo. Aos alunos de iniciação científica pelo cuidado empreendido na tarefa de construir juntos a pesquisa. Um agradecimento especial à Marcela, que se tornou uma amiga, uma companheira, para além da pesquisa e com quem conto na vida. À Júlia, pela amizade, ensinamentos e presença. As trabalhadoras do SUS pelo aprendizado e pelo afincamento em

transformar diariamente o sistema de saúde do país. Agradeço ao VER-SUS, e todos os colegas que me apresentaram o SUS através da militância, do trabalho, e do investimento cuidadoso e afetivo na política pública de saúde. Às minhas referências em pensar a rede: Angélica, Valéria e Aruã.

Por fim, agradeço à Cláudia, pela orientação, pela disponibilidade e por ter topado o desafio de compartilhar a produção de forma atenta e cuidadosa.

“Saúde é a capacidade de lutar
contra tudo que nos oprime”
(Movimento dos Trabalhadores
Rurais Sem Terra- MST).

RESUMO

Franco, A.C.R. (2022). *Coprodução de autonomia na Atenção Primária Saúde em Belo Horizonte- MG* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como um dos seus objetivos o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na saúde e autonomia das pessoas. A autonomia é fundamento e diretriz da Política Nacional da Atenção Básica (2017) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Porém, observa-se que as práticas realizadas no âmbito da APS se pautam na condução de um cuidado baseado em um modelo biomédico, centrado em uma lógica prescritiva. Este estudo reflete sobre a maneira como as práticas são ofertadas neste nível de atenção e as possibilidades de estas serem promotoras de um cuidado autônomo. A concepção de autonomia que orienta este estudo considera a capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e suas redes de dependência. Nesse sentido, compreende a autonomia na APS como uma coprodução entre trabalhadores e usuários, isto é, uma tecnologia relacional em saúde. A partir disso, este estudo teve por objetivo geral analisar possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na APS de Belo Horizonte, e objetivos específicos: analisar elementos que os trabalhadores e usuários associem a uma prática de cuidado na APS que amplie as condições dos usuários pensar e intervir sobre sua saúde; analisar os limites e as potencialidades para a coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários na APS. Foram realizadas entrevistas abertas com especialistas, trabalhadores e usuários. A análise temática dos dados contou com triangulação de pesquisadores. Trabalhadores e usuários associam autocuidado, responsabilização e vínculo a elementos autonomistas. Ressalta-se que estes elementos operam em uma lógica prescritiva e individualizante, mas há uma aposta dos sujeitos na promoção de encontros coprodutores de autonomia pela abertura ao diálogo, à escuta e às escolhas, tendo o vínculo como base para a coprodução de autonomia. Para os profissionais, há determinadas condições que habilitam ou inviabilizam que os usuários reflitam e ajam sobre a sua saúde. Identificam-se, ainda, dificuldades estruturais e organizacionais dos Centros de Saúde para coprodução de autonomia na APS. Conclui-se que, embora a APS seja um espaço potente para a coprodução de autonomia, é preciso fomentar e sustentar processos formativos em serviço, como a Educação Permanente em Saúde, para ampliação da clínica e cuidado integral, tensionando a lógica prescritiva predominante e realizando um movimento de abertura para produção de subjetividades diversas e plurais.

Palavras-chaves: autonomia; atenção primária à saúde; saúde coletiva

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) has as one of its objectives the development of comprehensive care that impacts people's health and autonomy. Autonomy is the foundation and guideline of the da Política Nacional da Atenção Básica (2017) and the Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). However, it is observed that the practices carried out within the scope of PHC are guided by the conduct of care based on a biomedical model, centered on a prescriptive logic. This study reflects on the way in which practices are offered at this level of care and the possibilities for these to be promoters of autonomous care. The concept of autonomy that guides this study considers the ability of subjects to understand and act on themselves and their dependency networks. In this sense, autonomy in PHC is understood as a co-production between workers and users, that is, a relational technology in health. From this, this study had the general objective of analyzing possible processes of co-production of autonomy in health practices in PHC in Belo Horizonte, and specific objectives: to analyze elements that workers and users associate with a care practice in PHC that expands the conditions users to think and intervene about their health; to analyze the limits and potential for the co-production of autonomy between workers and users in PHC. Open interviews were conducted with experts, workers and users. The thematic analysis of the data relied on triangulation of researchers. Workers and users associate self-care, accountability and bonding with autonomous elements. It is noteworthy that these elements operate in a prescriptive and individualizing logic, but there is a commitment of the subjects to promote meetings that co-produce autonomy through openness to dialogue, listening and choices, having the bond as a basis for the co-production of autonomy. For professionals, there are certain conditions that enable or make it impossible for users to reflect and act on their health. Structural and organizational difficulties are also identified in the Health Centers for the co-production of autonomy in PHC. It is concluded that, although PHC is a powerful space for the co-production of autonomy, it is necessary to encourage and sustain in-service training processes, such as Permanent Health Education, to expand the clinic and comprehensive care, stressing the prevailing prescriptive logic and performing an opening movement for the production of diverse and plural subjectivities.

Keyword: autonomy; primary health care; public health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Artigos utilizados na revisão bibliográfica da BVS.....	42
Tabela 2- Entrevistas realizadas.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NPS	Nova Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS DO ESTUDO	21
3. A AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	21
3.1. Atenção Primária à Saúde: alguns balizadores	21
3.2.A noção de autonomia na APS	23
3.3.A centralidade da produção da autonomia na promoção da saúde	26
4. AUTONOMIA: UM ARCABOUÇO TEÓRICO PARA SUA DISCUSSÃO NA SAÚDE COLETIVA	30
4.1. A autonomia em Immanuel Kant	30
4.2. A autonomia em Cornelius Castoriadis	32
4.3. A perspectiva autonomista do cuidado de si em Foucault	35
4.4. A Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire	37
4.5. <i>Empowerment</i> : aproximações e contribuições à autonomia	39
4.6. A noção de autonomia na Saúde Coletiva	42
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	44
5.1. Concepções sobre a autonomia	48
5.2. Autonomia na Atenção Primária à Saúde	51
6. METODOLOGIA	52
6.1. Tipo de pesquisa: pesquisa qualitativa em saúde	53
6.2.Produção de dados	54
6.2.1.Local	54
6.2.2.Sujeitos da pesquisa	54
6.2.3.Técnica de produção de dados: Entrevista Aberta	56
6.2.3.1 Impactos da COVID-19 para produção de dados da pesquisa	58
6.3.Aspectos éticos	59
6.4.Análise de dados	60
7. ELEMENTOS ASSOCIADOS À COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA, SEGUNDO TRABALHADORAS E USUÁRIAS.	61
7.1. Autocuidado	62
7.2 Responsabilização	66
7.3. Vínculo como condição de coprodução autonomia	76
8. POTENCIALIDADES E DIFICULDADES PARA COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS NA APS.	81

8.1. Condições dos usuários que habilitam ou inviabilizam a coprodução de autonomia.	81
8.2.Estrutura e processos organizacionais do CS.	90
9.CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE 01	107
Perguntas – Entrevista aberta com usuários	107
APÊNDICE 02	108
Perguntas – Entrevista aberta com trabalhadores	108
APÊNDICE 03	109
Perguntas – Entrevista aberta com especialista	109
APÊNDICE 04	110
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários	110
APÊNDICE 05	113
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores	113
APÊNDICE 06	116
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialista	116

1 INTRODUÇÃO

A noção de saúde se modificou ao longo da história de construção política e econômica do Brasil. Marcada por uma política ora higienista, ora direcionada para uma proposta preventiva, a saúde no país foi se firmando como um direito de poucos, espelhada em modelos hospitalocêntricos e que fomentava as grandes especialidades. Concebeu-se, ao longo da formação brasileira, uma noção de saúde que se distanciava da situação territorial da população, restringindo assim o seu acesso aos cuidados em saúde.

Através do entendimento de que a saúde precisa estar em todos os territórios, ser acessada por toda a população e ser garantida pelo Estado, como política que orienta sua construção, os movimentos sociais organizados, os trabalhadores e intelectuais que pensavam a saúde no âmbito acadêmico se organizaram em movimentos sanitários que impulsionaram a Reforma Sanitária Brasileira.

No centro das proposições do movimento da Reforma Sanitária e do campo da Saúde Coletiva encontram-se questões como considerar a saúde enquanto um direito de cidadania, reformulação das práticas em saúde a partir da ampliação do referencial de entendimento do processo saúde e doença para além do componente biológico, incorporando questões subjetivas e sociais e a retomada da integração entre as ações de saúde individuais e coletivas (Massuda, 2007, p.175).

Em um período turbulento da história do país, cerceado pela ditadura militar e marcado pela ausência de democracia e de construção de alternativas libertárias, o movimento sanitário brasileiro emerge discutindo a saúde como uma noção ampliada, que se diferencia das construções políticas no país até o momento. Nesse cenário, é reafirmada a necessidade do debate sobre a saúde como manifestação inequívoca de garantia de direitos, devendo este estar atrelado ao movimento pelo estabelecimento da democracia (Escorel, 2008).

Com a participação decisiva desse movimento, foi criado em 22 de setembro de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) das e dos brasileiros. O SUS foi uma consequência direta da articulação e das reivindicações entre movimentos e trabalhadores da saúde organizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira conferência de saúde que contou com a participação da sociedade civil em sua estrutura. Organizado como proposta de sistema e respaldado como política constituinte, a lei 8080/1990 apresenta em seu segundo artigo que a saúde é um direito

fundamental do ser humano e, dessa forma, cabe ao estado promover ações indispensáveis para seu pleno exercício (Brasil, 1990).

Considerando a saúde um conjunto de ações que garantem o bem-estar físico, psíquico e social do sujeito, o SUS se estrutura como uma rede de saúde que visa garantir a integralidade, a equidade e a universalidade do acesso à saúde no país (Brasil, 1990). Dessa forma, o SUS se faz presente em variados níveis de complexidade tecnológica de atenção à saúde e nos mais diversos territórios. Há, nesse momento, uma nova forma de compreensão e de responsabilização do estado pela saúde e pelo exercício da cidadania.

O SUS é organizado em redes de atenção à saúde como forma de consolidar os princípios norteadores de sua implementação (Brasil, 2010). Enquanto um conjunto de serviços de saúde, vinculados por ação cooperativa e interdependente, e por objetivos em comum (ofertar atenção contínua e integral à determinada população), as redes de atenção são coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS) e implicam a articulação entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário - de forma não hierárquica, sendo horizontal e contínua (Mendes, 2010).

Nessa direção, a APS, regulamentada pela Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, organiza a entrada do usuário no sistema de saúde e é amplamente difundida como a porta de entrada do SUS. Essa estratégia visa o acesso à saúde de forma mais contextualizada com o território (reivindicação da reforma sanitária), com maior proximidade e maior capacidade de intervenção sobre os fatores que colocam a saúde em risco.

O território é um conceito fundamental para a consolidação da APS e é entendido de forma ampliada, não se restringindo ao espaço geográfico que delimita a cobertura da Unidade Básica de Saúde (UBS)¹. Ele é uma composição dos meios onde o usuário circula e constrói seus pertencimentos com sua história, sua cultura e suas relações (Monken, Gondim, 2016, p. 103). As práticas dos profissionais da UBS como os generalistas da Equipe de Saúde da Família (eSF) e especialistas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)²

¹ No município de Belo Horizonte as Unidades Básicas de Saúde são nomeadas de Centros de Saúde (CS). Ao longo desse estudo consideraremos ambas como sinônimos, privilegiando o termo CS quando nos referirmos ao contexto municipal.

² Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) é a nova nomeação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a partir de 2019. Porém, nesta cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), consta ainda a sigla NASF. O NASF-AB é composto por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família como forma de ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (Brasil, 2017).

podem acontecer na UBS, mas também nas escolas, nas praças, no salão da igreja, no centro de convivência e nos variados espaços onde os usuários se vinculam. Dessa forma, por sua inserção no território e potencial de criação de vínculo do usuário com a eSF, a APS se formaliza como ponto fundamental de atuação do SUS no país.

A APS possui como objetivo “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (Brasil, 2012, p.19). Para tanto, utiliza-se de tecnologias de cuidado variadas e complexas, considerando as demandas e necessidades de saúde do território. Suas práticas de cuidado e de gestão são desenvolvidas de forma democrática e participativa orientadas pela dinamicidade dos diferentes territórios e populações (Brasil, 2012, p.19).

Entretanto, a literatura aponta algumas dificuldades na implementação da APS³ no Brasil, na medida em que parece haver um padrão de funcionamento que reproduz o modelo biomédico (Campos, Gutiérrez, Guerrero & Cunha, 2007). Compreende-se que esse modelo promove um reducionismo ao considerar que a saúde e a doença são uma dicotomia restrita a fatores orgânicos ou biológicos. Nessa pesquisa, considera-se a necessidade de ultrapassar essa determinação ao incorporar aspectos psicológicos e sociais quando falamos de saúde. O modelo biopsicossocial é o contraponto ao incorporar essas dimensões, mas isso não significa desconsiderar a importância dos aspectos orgânicos e médicos para a saúde (Reis, 1999). Segundo Campos et al (2007), “pode-se observar que, apesar da mudança de cenário, a ABS tende, na prática, a reproduzir o modelo biomédico dominante, sendo necessários esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e de saber” (p. 140).

A inserção da pesquisadora enquanto estagiária, durante a graduação, na APS, foi atravessada pelo questionamento de como as práticas de saúde são reproduzidas como pressupostos deste padrão biomédico apresentado acima. O ponto de latência do incômodo dizia respeito à forma como as práticas, por muitas vezes, valorizavam certa obediência dos usuários no encontro com os trabalhadores e na lógica prescritiva que orientava o cuidado em sua saúde.

Em uma primeira aproximação, parecia dominar certa posição paternalista na forma como os trabalhadores interagem com os usuários, em suas práticas. Reforçava-se uma posição

³ Santos, Carvalho, Santos, Anjos e Andrade (2018, p.2) indicam que apesar da APS possuir um arcabouço de normas e políticas pautados na corresponsabilidade, coprodução de autonomia e protagonismo dos sujeitos, ela vem sendo atravessada por valores que produzem processos de trabalho que se distanciam de sua base, ressaltando os muitos desafios que assombram sua efetivação, principalmente relacionados ao modelo biomédico.

do trabalhador enquanto possuidor de um saber o qual o usuário não poderia acessar, o que se traduz em uma condução do cuidado como tutela. Certas vezes, ainda se notava que o trabalhador responsabilizava isoladamente o usuário pelos seus cuidados (ou descuidos) em relação à sua saúde.

O grupo de tabagismo é um exemplo potente dessa questão apresentada. Em um grupo que acompanhei por um período de seis meses, durante a graduação, os usuários precisavam seguir à risca uma cartilha padronizada enviada pelo Ministério da Saúde, que orientava o abandono do uso do cigarro por etapas. No grupo, os usuários também recebiam a medicação que auxilia na dependência da nicotina e o seu recebimento era condicionado a essa participação. Não há a pretensão de me alongar nessa prática em específico, mas ela ilustra certa dependência dos usuários em relação ao trabalhador: há regras de participação, de prescrição e de condução do seu cuidado em saúde. Em nenhum momento foi considerada a posição dos usuários sobre o lugar do uso da substância em sua história ou a forma como ele acreditava ser mais possível o abandono (desde que para ele isto fosse uma decisão). A política da redução de danos traz contribuições importantes para o uso de substâncias, como no caso específico desse exemplo, mas isso não era considerado na realização dos grupos, trazendo o questionamento da forma como trabalhadores e usuários agiam nesse espaço.

O questionamento que orienta a construção desse projeto, portanto, parte da indagação, construída nessa vivência e em outras posteriores, enquanto trabalhadora do SUS: as práticas de saúde realizadas no âmbito da APS, se pautam na construção de autonomia entre usuários e trabalhadores? A ausência de autonomia na condução do cuidado em saúde parece ser um reforçador na reprodução desse modelo biomédico, que é centrado em uma clínica médico-prescritiva. Portanto, há um impasse para sustentação de uma APS que cumpra as elaborações propostas pelo movimento da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva e que trabalhe de acordo com diretrizes como a autonomia.

A partir desse breve relato, esse estudo parte do pressuposto de que a possibilidade de coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários (Onocko-Campos & Campos, 2006) é um elemento fundamental para que a APS opere para além do binômio saúde-doença. Por isso, é objeto dessa pesquisa a reflexão se a maneira como as práticas são ofertadas pelos trabalhadores é promotora de um cuidado que considere a autonomia.

A concepção de autonomia que guiará esse estudo é baseada na Saúde Coletiva e compreende a autonomia como a capacidade de os sujeitos compreenderem e agirem sobre si

mesmos, além de lidarem com as suas redes de dependência (Onocko-Campos & Campos, 2006). Como tecnologia em saúde, essa pesquisa compreende a autonomia como um dispositivo relacional no cuidado em saúde, ou seja, ela opera na relação entre trabalhador e usuário, podendo ser considerada uma coprodução entre ambos (Onocko-Campos & Campos, 2006).

A construção da autonomia ocorre na medida em que ambos [refere-se a trabalhadores e usuários] conseguem lidar com suas próprias redes de dependências, coprodução de si mesmo e do contexto. Nesse caso, a formação da atitude corresponsabilizada requisita o compromisso e o contrato mútuo, evitando dissonâncias cotidianas na possibilidade de se conviver e de se trabalhar em prol de algum propósito” (Jorge et al, 2011, p.3)

Nesse sentido, cabe destacar a autonomia como fundamento e diretriz da política nacional que orienta as práticas da APS, a Política Nacional da Atenção Básica (2017), onde se apresenta atrelada a pilares importantes que fundam a APS como a integralidade, a resolutividade, a participação social e a equidade, de forma a garantir uma ampliação dos coeficientes de autonomia dos usuários e dos grupos sociais sobre a sua saúde (Brasil, 2017). A autonomia é um princípio fundamental na construção da proposta política da PNAB, sendo também um princípio e diretriz importante na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).⁴

Frente ao exposto, essa pesquisa tem como objeto a investigação da possibilidade de coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários, que são sujeitos das práticas e intervenções de cuidado baseados na PNAB e na PNPS. Perguntamos se a APS é promotora de sujeitos autônomos com condições de raciocinar e intervir em termos de sua saúde (Onocko-Campos & Campos, 2006) a partir do encontro advindo da relação de cuidado estabelecida entre ambos. Desse modo, é a partir do processo relacional que se pretende investigar se essa interação possibilita mudanças na forma de cuidar por parte do trabalhador e na relação do usuário com a sua saúde.

Foi no encontro da pesquisadora com os usuários, em rodas de promoção da saúde, que o desejo dessa discussão surgiu. É por lembrar das poucas conversas com Dona Izabel, que participava, apenas com o olhar, do grupo intitulado “Roda de Conversa” em um Centro de Saúde (CS); é pelo encontro com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que conheciam não

⁴ A promoção da saúde no SUS está pautada por uma política nacional, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. A partir da criação desta portaria, as ações de promoção da saúde se ampliaram, ratificando o compromisso do sistema de saúde brasileiro com essa política.

só as práticas de saúde dos trabalhadores, mas diziam da forma de cada usuário cuidar de sua saúde, em um grupo sobre direitos humanos na APS; que parte o entendimento-guia de escrita desse projeto: construir saúde e produzir conhecimento sobre saúde é também uma reflexão sobre os encontros e laços que construímos com tantos sujeitos.

Esse projeto foi atravessado pela pandemia da Covid-19 e pelas orientações de distanciamento social dos órgãos de saúde competentes (OPAS, 2020). Os impactos e desafios da pandemia perpassaram esta pesquisa, na medida que as disciplinas do mestrado foram cursadas remotamente e houve necessidade de mudanças na metodologia, no objeto e no processo de produção de dados. Para além das mudanças da estrutura do projeto, a pandemia se impôs na escrita, na escuta das entrevistas, nas relações estabelecidas com as entrevistadas, com a equipe de pesquisa e com os locais de produção de dados.

Pelo contexto imposto, que impactou os atendimentos e práticas da APS (Weiler, Camargo & Burg, 2022), foi necessária uma adaptação da questão inicial do projeto devido às normas técnicas de saúde vigentes emitidas pela Secretária Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte. O recorte inicial do estudo se detinha na investigação das práticas grupais de promoção da saúde e planejava observações sistemáticas em campo. As observações dos grupos foram suprimidas do projeto, visto que essas práticas foram suspensas por quase todo o tempo do mestrado, seguindo a orientação geral de distanciamento social e impossibilidade de atividades coletivas nos equipamentos de saúde da APS (Belo Horizonte, 2020). Em função disso, a análise sobre a coprodução de autonomia na promoção da saúde, por meio das práticas grupais, foi ampliada para a análise da coprodução de autonomia nas práticas na APS de forma geral, partindo do princípio de que ela ocorre nas relações, nos encontros e não se reduz a dispositivos como os grupos de promoção da saúde, apesar da importância atribuída a esses últimos para essa finalidade. Ou seja, para efeito dessa pesquisa, considera-se que a coprodução de autonomia na APS pode ter lugar no atendimento individual, nas visitas domiciliares ou em outras estratégias (Onocko-Campos & Campos, 2006).

A partir do exposto, na sequência, apresenta-se uma discussão sobre a APS em sua relação com a coprodução de autonomia.

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Esse estudo visa analisar possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na APS de Belo Horizonte. Desse modo, pretende-se:

- a) Analisar elementos que os trabalhadores e usuários associem a uma prática de cuidado na APS que amplie as condições dos usuários pensarem e intervirem sobre sua saúde;
- b) Analisar os limites e as potencialidades para a coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários na APS.

3 A AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para a construção do referencial desse projeto é primeiramente importante localizarmos os aspectos históricos e conceituais que fundam a APS como uma importante estratégia de cuidado. Desse modo, por meio da sua contextualização e da dimensão política da estratégia no Brasil, pretende-se construir uma relação entre esse nível de atenção e a problemática circunscrita na noção de autonomia.

Giovanella (2018) apresenta um debate sobre a distinção e as aproximações entre a nomeação de Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica a Saúde. Compreende-se a Atenção Básica como uma nomenclatura ratificada no Brasil e que também dá título à política nacional que orienta essa estratégia. A título dessa pesquisa, compreendemos a nomenclatura de Atenção Primária à Saúde como mais ampla nas divulgações e produções acadêmicas, utilizando dessa forma a APS nos títulos desse capítulo. Todavia, no decorrer do projeto, assim como o faz Gil (2006) utilizamos ambas como sinônimo tanto na escrita quanto nos descritores usados para a revisão bibliográfica.

3.1 Atenção Primária à Saúde: alguns balizadores

O modelo de Atenção Primária compreende uma construção histórica e internacional sobre a saúde, sendo utilizado pela primeira vez no Relatório de Dawson (1920) pelo governo inglês. Esse relatório “organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e

secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino” (Matta & Morsini, 2008, p.23).

Dentre os marcos históricos importantes para consolidação da APS como modelo e estratégia de cuidado em saúde, destaca-se a declaração da I Conferência Internacional sobre Cuidado Primários de Saúde (Alma-Ata), em 1978, que visava uma política internacional para saúde que ficou conhecida como “Saúde para todos no ano 2000”. As metas da declaração influenciaram implementações baseadas na APS ao redor do mundo (Matta, 2005).

Nessa construção histórica há, segundo Merhy e Queiroz (1993), um campo de disputa. Os autores identificam duas correntes datadas do início da década de 70, com posições políticas e ideológicas distintas, polarizando-se em uma corrente mais conservadora e outra reformadora no âmbito da APS. A primeira está atrelada a uma lógica de mercado e das organizações privatistas da saúde, deixando o Estado com as demandas que não seriam lucrativas, considera-se este modelo como tecno-assistencial. Já a corrente reformadora, propõe uma rede de serviços públicos de saúde, regionalizados e hierarquizados.

As conferências internacionais e suas declarações influenciaram os movimentos de saúde no Brasil, que vivenciavam uma efervescência do debate sobre a construção de um sistema público de saúde no país. A Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na criação do SUS, em 1988, contribuiu ativamente para se pensar um modelo de saúde orientado pela ampliação do acesso e pelo exercício da cidadania. A APS é, segundo Campos et al (2007), “um arranjo assistencial importante aos países que almejem um sistema de saúde com atenção à saúde qualificada e em que seja um direito de cidadania” (p. 122).

A Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Da sua implementação até o presente momento, a PNAB passou por várias modificações em seu documento, que visavam ora ampliar seu escopo de atuação e de organização dos programas a ela pertencentes, ora propor políticas de restrição e cortes em seu funcionamento. Atualmente, é a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que regulamenta a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família no SUS.

Orientada pela Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para sua implantação, a APS no país é organizada por meio das equipes de saúde da família. Nesse

sentido, a atenção é direcionada para a unidade familiar, que constitui a esfera comunitária (Andrade & Barreto, 2004). É com a atuação da equipe de profissionais generalistas que esse nível de atenção se consolida como uma estratégia que se propõe a ser porta de entrada do SUS.

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (Brasil, 2017, p.25).

Os princípios que orientam a atuação da APS nos estados e municípios, são os princípios norteadores da implantação do SUS: universalidade, integralidade e equidade. É expresso na política um conjunto de diretrizes que direcionam o trabalho no território, sendo elas: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (Brasil, 2017).

Massuda (2007) propõe que a APS se constitua como um campo de produção de ações em saúde com grande potencialidade para lidar com as demandas de saúde contemporâneas. Ele parte do entendimento de que, se associado a políticas indutoras e formas de organização do trabalho que acolham as necessidades encontradas no território, a proximidade com o cotidiano das pessoas e seu cuidado em saúde é um fator importante para as necessidades contemporâneas. Nesse sentido, as ações de prevenção, promoção, reabilitação e o entendimento da APS como local de criação de novos modos de produção de saúde podem ser potencializados.

3.1.1 A noção de autonomia na APS

Na PNAB (Brasil, 2017) a noção de autonomia pode ser encontrada de forma articulada aos princípios do SUS como a equidade e a integralidade.

O princípio da equidade visa a oferta de cuidados com base no reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde do sujeito. Nesse sentido, é apontado que o cuidado em saúde na APS deve minimizar a desigualdade e, dessa forma, proibir qualquer ação que

colabore com a discriminação e que impacte na autonomia e na situação de saúde do sujeito ou coletivo (Brasil, 2017, p.6).

No caso da integralidade⁵, a PNAB (Brasil, 2017) indica que ela contribui para “o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde” (Brasil, 2017, p.27).

Também é possível apontar, na literatura, algumas tecnologias, ferramentas e estratégias da APS que fortalecem a perspectiva autonomista presente nas suas diretrizes políticas. Dentre elas, podemos pensar no acolhimento, na clínica ampliada e compartilhada, na participação na cogestão, no apoio matricial e no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Campos et al (2007) apontam que para a APS atingir sua capacidade de resolver problemas de saúde, ela deve se ordenar segundo algumas diretrizes. Apresentamos algumas delas, na perspectiva de compreendê-las em relação à produção de autonomia na APS.

- 1) Trabalho em equipe interdisciplinar: onde o compartilhamento do cuidado seja orientador das ações, através principalmente da ferramenta do apoio matricial, e não apenas uma fragmentação em especialidades;
- 2) Responsabilidade Sanitária por um território e construção de vínculo entre equipes e usuários: “A Equipe deve conhecer os condicionantes de saúde dessa região, bem como identificar risco e vulnerabilidade de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção. A construção de vínculo depende desse desenho organizacional e também da ligação longitudinal – horizontal ao longo do tempo – entre Equipe e usuários” (Campos et al, 2007, p. 159);
- 3) Abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, a busca da ampliação do cuidado na APS: a equipe precisa apoiar tanto a comunidade considerando os determinantes sociais de saúde, quanto operar no singular de cada caso;
- 4) Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde: se faz necessário uma ampliação das ferramentas da saúde coletiva para o dia a dia da gestão e do trabalho em rede.

⁵ A integralidade é considerada um “conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade” (Brasil, 2017, p.6).

“Para isso é fundamental formação Paidéia, a instituição de programas de educação permanente, com cursos e discussão de casos, de consensos clínicos, que tornem possível esse trajeto” (Campos et al, 2007, p.130).

A partir dessas perspectivas, ainda segundo os autores, a APS teria quatro características, sendo elas:

acessibilidade (daí a possibilidade de se constituir em importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade (característica que modula fortemente as possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população adscrita) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando compartilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema) (Campos et al, 2007, p. 131).

O manejo da APS precisa operar de forma a garantir essas características ao ofertar cuidado em saúde. Uma das diretrizes de humanização (Brasil, 2009) que relaciona essas características é a Clínica Ampliada, cuja finalidade maior é a produção de autonomia do usuário (Campos & Amaral, 2007). Para Campos, 2003, “este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário (p.158).”

Coelho (2007) cita pontos operativos e filosóficos sobre a clínica ampliada, sendo eles:

- a) o cuidado referenciado em equipes profissionais nas quais os sujeitos se vinculam com acompanhamento contínuo seja através do apoio matricial, da clínica ou da promoção da saúde;
- b) o apoio especializado do matriciamento, que objetiva assegurar com retaguarda especializada as equipes generalistas, por meio de suporte técnico-pedagógico;
- c) formação de vínculo;
- d) responsabilização clínica e sanitária;
- e) identificação de risco e vulnerabilidade;
- f) utilização de múltiplos paradigmas que reforcem a necessidade de romper com o modelo biomédico;
- g) trabalho em equipe;
- h) elaboração de projetos terapêuticos singulares e de projetos de intervenção na comunidade;
- i) construção de autonomias.

Nesses pontos apresentados, Coelho (2007) indica que ampliar a autonomia deve ser um dos principais objetivos do trabalho em saúde, concebendo a autonomia como possibilidade de o sujeito cuidar melhor de si e dos outros. À vista disso, “aumentar o poder de cada usuário, individual ou coletivamente, ampliando sua capacidade de interferir nos determinantes e nas consequências de seu processo de saúde e doença é tarefa de todos os trabalhadores e gestores do sistema de saúde” (Coelho, 2007, p. 110).

Neste sentido, Campos (2003), aponta que “a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e à dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde (p.158)”. A partir do exposto, é possível vislumbrar uma aposta da APS no aumento dos coeficientes de autonomia produzidos na relação clínica ampliada entre usuários e trabalhadores.

3.1.2 A centralidade da produção da autonomia na promoção da saúde

A literatura aponta que um componente importante da APS para se pensar a noção de autonomia é a promoção da saúde. Fleury-Teixeira (2008), em estudo de revisão bibliográfica, considera que a autonomia é a categoria central da promoção da saúde. Nesse sentido, se considerarmos a promoção da saúde como ponto importante de consolidação da APS no SUS, temos a promoção da saúde como uma estratégia importante para reflexão sobre a produção de autonomia.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lançou as bases da fundação do SUS, define a saúde como uma produção social, incorporando, portanto, o conceito ampliado de saúde na sua proposição. Entende-se que este conceito é central para o entendimento de uma promoção da saúde que considera os determinantes sociais, reafirmando assim a Carta de Ottawa (1986) nos documentos de referência para a construção da promoção da saúde no SUS. Para Campos, Barros, Castro (2004)

falar da promoção da saúde no Brasil é indissociável da reflexão sobre a criação e a luta contínua que travamos pela melhoria do Sistema Único de Saúde. Falar da promoção da saúde no Brasil é também indissociável do enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas de grandes proporções, que colocam desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas (Campos, Barros, Castro, 2004, p. 746).

Correia e Medeiros (2014) apontam que a Carta de Fortaleza, elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde em 1995, é um documento importante para a convergência da criação do SUS e das proposições internacionais de Promoção da Saúde.

Dois documentos, elaborados como política do Ministério da Saúde, são importantes como contribuição ao debate sobre a Promoção da Saúde no Brasil, sendo eles: a PNAB (já mencionada anteriormente) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A PNAB articula a atenção básica à ampliação de ações intersetoriais e de promoção da saúde (Brasil, 2012). Atribui principalmente a Agente Comunitária de Saúde (ACS)⁶ a necessidade de desenvolver e participar de atividades educativas e coletivas de promoção da saúde no território, sendo esta responsável pelo contato com as famílias no informe destas ações. A PNAB também atribui como uma das responsabilidades do NASF-AB a realização destas ações.

Em confluência com a PNAB, no mesmo ano, é publicada a PNPS, pautada em três valores: 1) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; 2) considera como valores fundantes no processo de sua concretização a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social; 3) adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. Esses valores são a base para o objetivo geral da política que é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Brasil, 2006, p.13). Dentre os objetivos específicos e diretrizes da política, é importante ressaltar, para a construção desse projeto, os princípios do empoderamento, da capacidade de tomada de decisão e da autonomia dos sujeitos, o que será melhor desenvolvido adiante.

A PNPS, em sua revisão de 2014, é dividida em temas transversais, que são referências para estratégias e ações de promoção da saúde. São eles: I. Determinantes Sociais da Saúde, equidade e respeito à diversidade; II. Desenvolvimento sustentável; III. Produção de saúde e cuidado; IV. Ambientes e territórios saudáveis; V. Vida no trabalho; VI. Cultura da paz e direitos humanos. São propostos nove eixos prioritários que indicam a forma e onde as ações de promoção da saúde devem ser implantadas, sendo: no território, na gestão, nos níveis de atenção, no controle popular, na educação em saúde, na vigilância, na produção de conhecimento, nas mídias e de maneira articulada intra e intersetorialmente com outras políticas e setores (Brasil, 2018).

⁶ Nesta pesquisa utilizaremos Agentes Comunitárias de Saúde, no feminino, pois a maioria de sujeitos desta categoria é composta por mulheres, principalmente mulheres negras (Junior, 2009; Lotta e colaboradores, 2021). Desde a criação da função de ACS no país, percebe-se o protagonismo das mulheres no exercício dessa função. Assim, dando ênfase a esse protagonismo, acreditamos ser pertinente utilizarmos a nomenclatura deste modo.

Em Belo Horizonte, o Plano Municipal de Saúde 2018- 2021 (2018) define a promoção da saúde como um conjunto de estratégias de nível individual e coletivo que são caracterizadas pela articulação intra e intersetorial, e busca articular suas ações com as demais redes de proteção com ampla participação e controle social. No nível municipal há um Grupo de Trabalho da Promoção da Saúde que “tem ajudado na articulação dos temas transversais mais relevantes como os determinantes sociais da saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, desenvolvimento sustentável, redes de produção social da saúde e do cuidado, ambientes e territórios saudáveis, vida no trabalho e cultura da paz e direitos humanos”(Belo Horizonte,2018,p.54).

É importante destacar que na estrutura da SMSA de Belo Horizonte o papel da promoção da saúde é

fomentar, através de ações nos diversos espaços, particularmente da atenção primária, práticas individuais e coletivas relativas a atividades físicas, cessação do tabagismo, Programa Saúde na Escola, saúde do trabalhador, saúde e vigilância ambiental, saúde bucal, saúde mental (uso prejudicial de álcool e outras drogas), envelhecimento saudável e ativo, infecções sexualmente transmissíveis (IST/HIV), práticas integrativas e complementares e as intersetorialidades com a PBH e 3º setor (Belo Horizonte, 2018,p.55).

Outro documento que orienta a atuação no município é *A gestão básica de saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local* (2006) da Secretária Municipal de Saúde, que organiza a promoção da saúde na atenção básica em três abordagens: a individual - que foca nas intervenções em modos de vidas saudáveis, considerando a dimensão da integralidade na intervenção; as práticas grupais - que atuam “sob novos eixos estruturantes” e retira o foco das doenças, propondo mudanças nos hábitos de vida; e por fim uma dimensão comunitária- que pressupõe parcerias intersetoriais que dialogam com as demandas e iniciativas do território (Ferreira Neto & Kind, 2011, p.85).

Entende-se que a PNPS articula o conceito de promoção da saúde com o conceito de autonomia e a compreende como o desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida. Como já indicado por Penido e Romagnoli (2018), a ênfase sobre a autonomia é perceptível na formação de políticas do SUS, dentre elas a de promoção da saúde (PNPS), da atenção básica (PNAB) e a de humanização (PNH/ Humaniza SUS).

A PNAB (Brasil, 2017) indica a relação entre a promoção da saúde e a autonomia:

A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença,

o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (Brasil, 2017, p.28).

A relação entre autonomia e promoção da saúde também aparece na PNAB (Brasil, 2017) na proposição sobre o desenvolvimento de ações educativas, que devem ser sistematizadas pelas equipes que atuam na atenção básica. Essas ações são formas de interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento da autonomia (que é citada como autonomia individual e coletiva) e na busca pela qualidade de vida na promoção do autocuidado.

Carvalho (2004, p. 177) aponta que os princípios organizativos e operacionais da saúde da família influenciaram as propostas apresentadas pelo movimento que discutia a promoção da saúde no país. Alguns pontos citados por ele são a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais, o fortalecimento de ações comunitárias, o empoderamento comunitário e a organização de ações intersetoriais. Cabe ressaltar que esse momento citado pelo autor é anterior a elaboração das políticas da atenção básica e de promoção da saúde, ambas ratificadas em 2006.

Correia e Medeiros (2014) apontam o desafio de uma promoção da saúde que não seja moralista e culpabilizante do sujeito, como se vê em campanhas na atualidade. É necessário entender que a construção dessa via representa um retrocesso capaz de impulsionar o desmoronamento de um sistema que é público e universal como o SUS, a partir da dificuldade que impõe ao entendimento de que a promoção da saúde é responsabilidade do Estado e não apenas responsabilidade do sujeito.

Em suma, aposta-se na Promoção da Saúde como uma ferramenta capaz de articular a concepção do conceito ampliado de saúde, compreendendo a determinação social e os desafios dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, principalmente na APS (Vasconcelos & Schmaller, 2014). Dessa forma, como aponta Ramos (2014), as ações de promoção à saúde são o caminho para modificarmos a história da saúde no Brasil, colaborando com o ideal de saúde proposto nos princípios do SUS.

4 AUTONOMIA: UM ARCABOUÇO TEÓRICO PARA SUA DISCUSSÃO NA SAÚDE COLETIVA

Este capítulo pretende apresentar, de forma sintética, um apanhado geral sobre a noção de autonomia na modernidade⁷ que colabore na construção da noção de autonomia que interessa a esse estudo, ou seja, a coprodução de autonomia entre usuários e trabalhadores a partir da elaboração teórica da saúde coletiva. Ao propor a definição de autonomia como capacidade de os sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos, além de lidarem com as suas redes de dependência, Onocko-Campos e Campos (2006) se baseiam em diversos autores que revisitamos para construção de um lastro conceitual mais robusto. Nesse sentido, retomamos as contribuições de Immanuel Kant, Cornelius Castoriadis, Michel Foucault e Paulo Freire. Por fim, consideramos relevante a apresentação dos pontos de aproximação e tensionamentos entre a autonomia e o empowerment, conceito que é usado nas políticas de saúde em consonância com a autonomia (Brasil, 2006, 2017).

4.1 A autonomia em Immanuel Kant

O conceito de autonomia, na modernidade, é apresentado por Kant na *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de 1785, importante obra dos escritos práticos kantianos, em que o autor vai se ater em encontrar o princípio da moralidade humana, propondo que esta é regida pela boa vontade, com base na intencionalidade presente nas ações humanas.

O livro, aqui utilizada a tradução de 1995 de Paulo Quintela, estrutura-se em uma divisão de três sessões, sendo a noção de autonomia debatida a partir da segunda sessão, após uma abordagem de conceitos também importantes na ética kantiana como a boa vontade e o imperativo categórico.

A autonomia é proposta em distinção da heteronomia e considerado autônomo o sujeito cuja vontade não depende de nenhum objeto externo. Na heteronomia, essa vontade é determinada por algo anteriormente dado. Para Zatti (2007), referindo-se a Kant, a vontade

⁷ Utilizaremos para construção do arcabouço teórico da autonomia o marco da modernidade. Garrafa e Selletti (2005) em retomada da construção do conceito atribuem uma certa raiz cristã nas suas primeiras proposições a partir de autores como Tomás de Aquino, Duns Scotus, Guilherme de Ockham, Martinho Lutero e João Calvino. Os autores assumem que o princípio da autonomia é fundamentado nas bases cristãs e é através de Kant que a noção de autonomia se executa na modernidade.

autônoma concebe para si a própria lei, por isso é distinta da vontade heterônoma onde a lei é dada pelo objeto.

Autonomia da vontade é aquela sua propriedade graças à qual ela é para si mesma a sua lei (independentemente da natureza dos objetos do querer). O princípio da autonomia é, portanto: não escolher senão de modo a que as máximas da escolha estejam incluídas, simultaneamente, no querer mesmo, como lei universal (Kant, 1995, p.77).

Kant propõe a liberdade como autonomia a partir do pressuposto de que a liberdade só é possível, de fato, quando regida por si e pelas vontades autônomas, de forma não determinada por algo precedente ou externo. Dessa forma, questiona: “que outra coisa pode ser, pois, a liberdade da vontade senão autonomia, a propriedade da vontade de ser lei pra si mesma?” (Kant, 1995, p.83). A liberdade consiste, então, em ser lei para si mesma, a partir da vontade autônoma.

Há uma relação entre a autonomia para Kant e a formulação da máxima que concebe o imperativo categórico “devo proceder sempre de maneira que eu possa querer também que a minha máxima se torne uma lei universal” (Kant, 1995, p.34). Kant considera que a autonomia é o princípio supremo da moralidade, ou seja, a autonomia é um imperativo categórico a ser vivido pelo homem através da razão. Segundo Kant (1785), a autonomia é fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.

É importante notar que o contexto histórico das ideias de Kant é marcado pela concepção de que Deus está no centro das vontades, o que indica uma raiz cristã na noção de autonomia (Selletti & Garrafa, 2005). Nesse sentido, seu pensamento faz um contraponto ao colocar a liberdade como apenas possível se o sujeito é autônomo e age segundo as suas próprias vontades, obedecendo às leis que dá a si próprio. Mas, Zatti (2007) aponta que esta concepção de autonomia é uma concepção absoluta na medida em que submete o homem ao formalismo da lei moral, não cabendo espaços para as vivências sensíveis.

Outra contribuição importante de Kant, que teremos a oportunidade de retomar quando apresentarmos a noção de autonomia em Paulo Freire, é apresentar a autonomia como objetivo principal da educação, para que se possa fazer uso da própria razão (Zatti, 2007).

A partir da contribuição de Kant, que funda o conceito de autonomia na modernidade, partiremos para as contribuições de Cornelius Castoriadis, considerado o filósofo da autonomia.

4.2 A autonomia em Cornelius Castoriadis

Cornelius Castoriadis é uma referência importante na construção da noção de autonomia que inspira as reflexões sobre esse tema na saúde coletiva. Ele é considerado o filósofo da autonomia pela relevância de seus escritos sobre a temática, dos quais utilizaremos como referência principal a obra *Instituição Imaginária da Sociedade*, publicada originalmente em 1982.

O autor apresenta, nessa publicação, uma crítica à forma como a teoria marxista concebe a noção de sujeito e de sociedade. Afirmar não ser possível uma construção que compreenda a sociedade como as proposições que o socialismo vislumbra: um movimento contínuo que se desenvolve para uma finalidade única. Esse caminho uno que é instaurado a partir de uma concepção de verdade, segundo o autor, não conduziram para uma consciência de rompimento com a alienação imposta pelo capitalismo, já que não é possível através da construção de uma verdade única produzir uma capacidade de transformação do sujeito de forma autônoma.

Ao longo do texto, o autor apresenta conceitos importantes construídos como proposta para compreensão do social para além do marxismo, através da ideia de imaginário e do debate sobre as instituições sociais, como é o caso do SUS, por exemplo. Para o autor, a instituição é composta por criações diversas, não sendo fixa ou imutável.

À luz de Castoriadis, ao elucidar acerca da instância instituinte que é o potencial inesgotável de transformação e de possibilidade de produção de sentido proveniente do imaginário, ele nos apresenta a instituição social como auto instituição e como potência de surgimento e produção de autonomia, do novo (Andrade, 2018, p. 45).

Consideramos que há dois pontos relevantes na obra de Castoriadis para se pensar possíveis práticas autonomistas na APS: a noção de práxis e a autonomia social.

A construção da práxis, modo específico do saber fazer político “é um fazer no qual o outro ou os outros são visados como seres autônomos e considerados como o agente essencial do desenvolvimento de sua própria autonomia” (Castoriadis, 1982, p.94). Portanto, a práxis visa a autonomia como um fim ao mesmo tempo que utiliza desse fim como um meio, não sendo finita, mas sim existindo através de uma relação interna que é o exercício da autonomia. Não podemos reduzir a práxis apenas a um esquema de fins e meios, mas é necessário considerar, segundo o autor, que há na práxis uma dimensão do por fazer.

Mas na práxis a autonomia dos outros não é um fim, ela é, sem jogo de palavras, um começo, tudo que quisermos, menos um fim; ela não é finita, não se deixa definir por um estado ou características quaisquer.

Existe relação interna entre o que é visado (o desenvolvimento da autonomia) e aquilo que por ele é visado (o exercício desta autonomia), são dois momentos de um processo; finalmente, desenvolvendo-se num contexto concreto que a condiciona e devendo levar em consideração a rede complexa de relações causais que percorrem seu domínio, a práxis jamais pode reduzir a escolha de sua maneira de operar a um simples cálculo; não que este fosse muito complicado, mas porque, por definição, deixaria escapar o fator principal- a autonomia (Castoriadis, 1982, p. 95).

A práxis seria uma atividade consciente apoiada sobre um saber que, para Castoriadis, é sempre considerado provisório e fragmentando, não podendo, por exemplo, se apresentar como no marxismo que se considera uma teoria total. É pela práxis que há uma constante emergência de novos modos de saber, pois esse emerge da própria atividade. Sendo assim, o próprio objeto da práxis é o novo, sendo o sujeito transformado constantemente pelas experiências nas quais está engajado e que, ao mesmo tempo, o transformam. A práxis é uma unidade aberta, é o fazer sobre si mesmo.

Um ponto importante é a relação da práxis com a política. Castoriadis considera que uma política de fato revolucionária (construindo aqui a sua crítica à revolução socialista), seria uma política orientada por uma práxis organizada a partir da proposição de uma sociedade que permitisse a autonomia de todos, dessa forma seria então possível uma transformação radical da sociedade, pois haveria atividade autônoma dos homens.

Entendendo a práxis como orientadora da política, podemos pensar, por outro lado, se as políticas de saúde de fato orientam ações que visem uma coprodução de cuidado autônoma. É por isso que, nesse projeto, refletimos sobre a relação imbricada entre práxis e autonomia.

Castoriadis (1982) dimensiona a autonomia em dois aspectos. O primeiro se refere a uma autonomia que passa pelo indivíduo e a segunda pela proposição de uma autonomia ligada à estrutura da revolução, à sociedade. Essa divisão, segundo Passos (2006) se sustenta na noção de imaginário radical do autor, na medida que “o imaginário desdobra-se num nível individual e singular – o imaginário psíquico radical – e num nível coletivo ou sócio-histórico, do social anônimo – o imaginário social, produzido na e pela cultura, através das instituições sociais” (Passos, 2006, p.8).

É citando Freud e as contribuições do pensamento psicanalítico que Castoriadis (1982) identifica a autonomia como um domínio do consciente sobre o inconsciente. Para o autor: “a autonomia é minha lei, oposta à regulação pelo inconsciente que é uma lei outra, a lei de outro que não eu.” E segue, “a autonomia torna-se então: meu discurso deve tomar o lugar do discurso do Outro, de um discurso estranho que está em mim e me domina: fala por mim” (Castoriadis, 1982, p. 124). Desse modo, para Castoriadis (1993)

Autônomo é aquele indivíduo que se dá suas próprias leis. Como há um número indefinido de indivíduos na sociedade, é evidente que cada um deles não pode dar a si mesmo sua própria lei. Então, em que sentido, posso afirmar que sou autônomo dentro de uma sociedade? Pois bem, pode-se dizer que sou um indivíduo autônomo em uma sociedade se eu tiver a possibilidade real, e não apenas formal, de participar, junto com todos os demais, em nível de igualdade efetiva, na formação das leis, nas decisões sobre ela, sua aplicação e no governo da coletividade. Aos meus olhos, esse é o verdadeiro significado da democracia. (Castoriadis, 1999, p.2, tradução nossa)⁸

Logo, o indivíduo autônomo significa, para o autor, um homem que é capaz de criticar seus pensamentos e ideias, de modo que a autonomia passe por controlar os desejos que se possui e de criticar os próprios pensamentos com capacidade reflexiva (Castoriadis, 1993, p.3). Em contraponto à autonomia, a heteronomia seria a alienação por parte de um domínio do outro, da sociedade, em definir para o sujeito tanto o que tange a sua realidade quanto os seus desejos. Na relação com outro, há também para Castoriadis (1982) o entendimento de que, enquanto relação, nunca o discurso do sujeito será inteiramente seu, mas sim permeado por esse encontro com o outro.

A autonomia, enquanto circunscrita nesse encontro, seria a manifestação do desejo do sujeito, o reconhecimento do que é seu nessa relação. Para Castoriadis (1982), “a autonomia não é, pois, elucidação sem resíduo e eliminação total do discurso do outro não reconhecido enquanto tal. Ela é a instauração de uma outra relação entre o discurso do Outro e o discurso do sujeito” (Castoriadis, 1982, p.126).

Portanto, a autonomia não pode ser entendida como individual por si só, pois não é simplesmente a eliminação do outro, e uma sustentação do desejo individual separado das imposições da sociedade e dos discursos. A noção de autonomia social proposta por Castoriadis, passa pela construção de uma sociedade autônoma que se estabelece sabendo o que faz, ou seja, significa que ela é constituída por indivíduos autônomos. Desse modo, Castoriadis (1998)

⁸ Autónomo es aquel individuo que se da a sí mismo sus propias leyes. Dado que hay en la sociedad un número indefinido de individuos, resulta evidente que cada uno de ellos no puede darse su propia ley. ¿En qué sentido, entonces, puedo afirmar que soy autónomo dentro de una sociedad? Pues bien se puede decir que soy un individuo autónomo en una sociedad si tengo la posibilidad real, y no sólo formal, de participar, junto con todos los demás, en un plano de igualdad efectiva, en la formación de la ley, las decisiones acerca de ella, su aplicación y el gobierno de la colectividad. A mis ojos ese es el verdadero sentido de la democracia. (Castoriadis, 1999, p.2)

estabelece que “o que define uma sociedade autônoma é sua atividade de autoinstituição, explícita e lúcida, o fato de que ela se dê sua lei sabendo que o faz” (p.4, tradução nossa).⁹

Assim, como o autor propõe, consideramos que no caso das práticas de saúde, a autonomia é uma abertura ontológica. Falar em autonomia do usuário não é ignorar o discurso de sua família, de seu grupo de amigos ou do trabalhador da saúde, por exemplo. É a sustentação de uma elaboração possível desses discursos “outros” que chegam, por meio de uma ação intersubjetiva.

Para Passos (2006), a autonomia seria, em Castoriadis, a capacidade de apropriação e de reflexão sobre as experiências, mas também a capacidade de as transformar por meio de projetos coletivos construídos com outros sujeitos. Desse modo, nos perguntamos se as relações na APS são possibilitadoras da coprodução da autonomia, que tem como base, essa capacidade reflexiva do sujeito.

4.3 A perspectiva autonomista do cuidado de si em Foucault

A obra de Michel Foucault é extensa e compreende dimensões importantes para elaborações sociais e contemporâneas. As contribuições do autor colaboram de distintas formas para a construção da saúde coletiva, se pensarmos, por exemplo, em seus escritos sobre a história da loucura e as suas contribuições para a reforma psiquiátrica e política de saúde mental (Amarante, 1998). Nesse tópico, apresentaremos de maneira sucinta uma noção evocada na literatura da saúde coletiva (Gomes 2013; Penido & Romagnoli, 2018; Junior, Grissotti, Manske, Moreti-Pires, 2021) para compreensão da produção da autonomia na saúde: o cuidado de si em Foucault.

Para Gomes (2018) os estudos sobre a temática de si surgem em um momento em que os estudos sobre a história greco-latina marcam uma passagem dos estudos arqueogenealógicos para os estudos de questões éticas na obra de Foucault. Sendo assim, em um primeiro momento, Gomes (2018) apresenta que Foucault refere-se ao cuidado de si como ligado às práticas de espiritualidade no mundo grego e, posteriormente, assume uma relação com a cultura de si, de

⁹ “Lo que define a una sociedad autónoma es su actividad de auto institución explícita y lúcida, el hecho de que ella misma se da su ley sabiendo que lo hace” (Castoriadis, 1998, p.4).

modo que era preciso atender a um conjunto de valores em que os “indivíduos deveriam realizar certas condutas, precisas e regradas” (Gomes, 2018, p.191).

Foucault visita a cultura antiga para pensar o cuidado de si, por meio de escritos literários e filosóficos, em ligação com o cuidado com a alma, com as práticas sexuais e institucionais como o matrimônio, a necessidade de renúncia de outras ocupações para o cuidado consigo, de uma atenção do olhar externo para o pensamento e de um labor de ocupar-se de si.

Considerando os elos do estudo sobre a moral e a ética em Foucault, Gomes (2018) apresenta que é através de uma relação entre liberdade, ética e cuidado de si, que se afirma uma inseparabilidade entre a ética do cuidado de si e o governo político dos outros. Compreende-se que o cuidado de si se apresenta pela necessidade do sujeito ocupar-se de si mesmo, de forma que fosse possível se conhecer para se controlar do que poderia se extasiar.

Para Foucault (2004)

Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si – este é o lado socrático-platônico – mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo da verdade (Foucault, 2004, p. 271).

Pode-se reconhecer que, além da dimensão ética, há uma dimensão política do cuidado de si e que a semelhança entre essas dimensões é a existência de uma postura ativa do indivíduo. Para Foucault (2020), o cuidado de si se situa na relação entre o eu e os outros, à medida que não se pode ser governado de determinada maneira ou métodos determinados. Sendo assim “acontece também de o jogo entre os cuidados de si e a ajuda do outro inserir-se em relações preexistentes às quais ele dá uma nova coloração e um calor maior. O cuidado de si – ou os cuidados que se tem com o cuidado que os outros devem ter consigo mesmos – aparece então como uma intensificação das relações sociais (Foucault, 2020, p.69).

Já a dimensão ética diz do sujeito para consigo próprio, que deve ao mesmo tempo reconhecer a e as possibilidades de contra condutas que os limitam.

Nesse sentido, é a partir desse trato ético despertado pelo cuidado de si nas relações dos sujeitos, para consigo e para com os outros, que Foucault apresenta um sujeito ético-político de postura ativa, cujas práticas não passam de esquemas que este mesmo sujeito encontra em sua cultura, e que lhe são propostos, sugeridos por sua sociedade e seu grupo social. Assim, um cuidado ético e político para consigo e os demais pode, e deve, se fazer presente e em possibilidades de traçar caminhos juntos, em prol de uma coletividade. Entretanto, incumbe a todo e qualquer sujeito a busca de uma postura ativa, assumindo o risco ao exigir respaldos éticos, pedagógicos, bem como ontológicos nas relações políticas contemporâneas (Gomes, 2018, p. 195).

Nas aproximações com o campo teórico-prático da saúde, o pensamento foucaultiano colabora com o pensar uma produção de cuidado que considere as práticas de liberdade, que colocam em jogo “a possibilidade de nos conduzirmos, de cuidarmos de si, e inventarmos outras políticas de existência a partir de práticas não assujeitadoras” (Andrade, 2018,p.76).

Nesse sentido, a presente pesquisa se debruça sobre a coprodução de autonomia possível nas práticas na APS, interrogando se elas dão passagem a essa produção do singular, que compreende os diferentes modos do sujeito em relação à sua saúde. Para Andrade (2018) é importante se pensar o cuidado em saúde como capaz de provocar, na relação com o outro, possibilidades de deslocamento e transformação, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores. Sendo assim, considera as elaborações de Foucault sobre o cuidado de si como aquilo que será menos da norma e do protocolo e mais sobre as possibilidades de se fazer saúde nas relações.

4.4 A Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire

Paulo Freire foi um educador brasileiro que refletiu sobre os processos pedagógicos e a forma que o sistema educacional brasileiro pensava o sujeito. Propôs que a educação precisa ser libertária e introduziu conceitos como a amorosidade e a boniteza para a forma como se conduz as relações na educação. De posicionamento localizado nas raízes marxistas, marca as determinações do povo brasileiro, dos oprimidos e das práticas possíveis de liberdade através da educação.

Pedagogia da Autonomia, publicado em 1996, é a obra de Paulo Freire com maior engajamento na temática da autonomia. É referenciada na relação entre docentes e discentes, com o propósito de que essa relação produza autonomia nos sujeitos. É importante pensar essa lógica de produção de autonomia entre educador e educando, para se pensar a matriz da relação da coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários nas práticas de saúde. Ou seja, de que forma, na especificidade do recorte desse projeto, essa produção no entre da relação aparece nas práticas de saúde, que muitas vezes se traduzem em práticas educativas. Albuquerque (2015) afirma que *Pedagogia da Autonomia* é um chamamento político, ético e crítico que pensa a educação como práxis social. Nesse sentido, Freire se aproxima de Castoriadis (1982) ao entender a noção de autonomia como uma práxis.

Freire (1996) relaciona a autonomia com a dignidade humana, consideradas imperativos éticos, e não um favor que pode se escolher conceder ou não ao outro. Percebe-se a relação com o imperativo kantiano que constrói a autonomia como princípio da sua ética. Na relação entre educador e educando, se faz necessário o respeito à autonomia e identidade do educando, mas esse respeito precisa ser coerente com uma prática de mundo que localiza esse sujeito em um contexto social, marcado por seus pertencimentos sociais e históricos.

Um outro ponto trabalhado por Freire sobre a autonomia, é de que ela “vai se constituindo em experiências várias” (Albuquerque, 2015, p. 205). A autonomia se constrói fundada na responsabilidade que o sujeito assume e é a partir dela que é possível se construir também a liberdade. É necessário, segundo o autor, que nas relações haja um aprendizado do sujeito sobre a sua autonomia (Freire, 1996).

Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém. Por outro lado, ninguém amadurece de repente, aos 25 anos. A gente vai amadurecendo todo dia, ou não. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitosas da liberdade. (Freire, 1996, p. 55)

É a partir das ações de ensinar, aprender, pesquisar que Freire (1996) coloca a prática educativa como uma ferramenta e um exercício constante para se produzir o desenvolvimento da autonomia tanto nos educadores quanto nos educandos. Portanto, para o autor a educação tem um papel que possibilita a construção da noção de autonomia. Segundo Zatti (2007), sobre *Pedagogia da Autonomia*,

As reflexões filosófico-educacionais realizadas ao longo da obra se voltam criticamente sobre os modelos sociais e educacionais promotores de heteronomia, para, a partir de Kant e Freire, refletir sobre caminhos para a autonomia, caminhos para uma educação que busca formar homens que não tenham sua individualidade e liberdade anuladas por mecanismos e sistemas massificadores, caminhos para superar a estetização do nosso tempo que leva ao individualismo e à indiferença ao humano, caminhos para superar a colonização que a razão instrumental promove nas diversas esferas do mundo da vida gerando uma sociedade em muitos aspectos desumanizante e irracional (Zatti, 2007, p.77).

A construção da autonomia em Paulo Freire contribui com esse projeto na medida em que atrela as possibilidades do sujeito ser autônomo com as possibilidades de superação das desigualdades, das opressões, dos aspectos históricos que o aprisionam em determinada posição. Uma noção de autonomia para as políticas de saúde brasileiras e para as práticas de trabalho dos profissionais da saúde só pode ser entendida a partir da construção social desta noção de autonomia, muito bem trabalhada por Freire na *Pedagogia da Autonomia* e na sua trajetória com a educação popular.

Por outro lado, Freire também aponta que é através da resiliência, da disposição para a briga, da capacidade de se indignar que é possível superar estas determinações que marcam o sujeito, e que são muitas vezes, marcas de heteronomia. Conceitos como felicidade, boniteza, delicadeza e respeito são apresentados como ferramentas de esperança na construção de uma prática educacional que é libertadora e que produz sujeitos autônomos. No prefácio do livro, o autor marca que este é um livro esperançoso, e de fato podemos tornar a noção de autonomia em Freire como possibilidade do sujeito se esperar frente aos determinantes sociais que são impostos.

4.5 *Empowerment*: aproximações e contribuições à autonomia

Na literatura sobre autonomia na saúde coletiva, o *empowerment*¹⁰ ganha espaço principalmente a partir de sua incorporação nas políticas nacionais e nos debates relacionados à participação e ao controle social. Sendo assim, torna-se importante discutir esse conceito atrelado à noção de autonomia. Não se pretende uma exposição extensa, mas é necessário compreender a origem de sua inclusão nas práticas de saúde e suas proximidades e distanciamentos com a noção de autonomia tomada como referência desse projeto. É importante ressaltar que o referencial teórico dessa pesquisa considera as dimensões sociais presentes na produção de subjetividades diversas. Dessa forma, consideraremos uma dimensão do *empowerment* que não se dá apenas no âmbito individual, mas que considera o lastro comunitário, a dimensão social.

Tomaremos como referência para discussão sobre a relação entre a autonomia e o conceito de *empowerment* a tese de Ribeiro (2017) apoiada nos referenciais utilizados também nessa pesquisa, como Freire, Castoriadis e Foucault. Para a autora

A autonomia se constrói numa práxis coletiva e envolve uma reflexividade que pode gerar uma postura decidida dos sujeitos em direção à transformação das relações de poder e ao empoderamento. Entendemos então, que sujeitos empoderados são sujeitos autônomos, que reassumem o poder sobre sua própria vida e sobre as decisões e escolhas inerentes a ela e necessárias a uma mudança social (

¹⁰ Ribeiro (2017), com base em distintos autores, apresenta que há uma dificuldade de tradução do termo *empowerment*, por não haver a palavra empoderamento no português. Não há um consenso entre os autores sobre a tradução ou não do termo e de uma palavra única que o traduza literalmente. Para essa pesquisa usaremos *empowerment*, mantendo a grafia em inglês devido à sua raiz conceitual. Em nota sobre a tradução do termo, Shor e Freire (1986) optam pela manutenção do termo em inglês pela riqueza da palavra, que pode significar “a) dar poder; b) ativar a potencialidade criativa; c) desenvolver a potencialidade criativa do sujeito e d) dinamizar a potencialidade do sujeito (Freire e Shor, p.10). Em alguns momentos usaremos a tradução empoderamento quando o autor citado assim a utilizar.

, 2017, p.50).

Para que seja possível essa elaboração, é importante retomarmos alguns pontos da obra de Paulo Freire. Como tratado anteriormente, Paulo Freire relaciona a noção de autonomia a um exercício do vir a ser, sendo esta um processo de dimensão política. Partindo da dimensão política contida na noção de *empowerment* Freire, conjuntamente com Shor, em *Medo e Ousadia* (1986) defendem que o conceito precisa abordar uma dimensão social que colabore com a mudança da posição de oprimido do sujeito.

Para Freire e Shor (1986) há uma preocupação central de que o conceito de *empowerment* não se reduza à nomeação de uma prática individual. Esta preocupação está atrelada a uma retomada histórica da noção de *empowerment* na sociedade norte-americana. Para os autores há, nessa noção, uma cooptação do conceito pelo individualismo e por uma ideia de progresso individual (p.71). Segundo os autores, “temos uma devoção utópica por nos realizar sozinhos, por nos aperfeiçoar sozinhos, por subir na vida, subir através de nosso próprio esforço, ficar ricos através do esforço pessoal. Esta é uma cultura que adora os homens e as mulheres que se fazem por si mesmos (Freire & Shor, 1986, p.71).

Por considerar que existe uma construção individual no debate do *empowerment* onde há um reforço pela autopromoção e pelo autoaperfeiçoamento que distanciam o sujeito de uma reflexão crítica social, considera-se que não há nesta prática um nível de autonomia suficiente para que os sujeitos estejam “aptos a efetuar as transformações políticas radicais necessárias à sociedade brasileira” (Freire & Shor, 1986, p. 70). Berth (2019) também criticará essa noção individual apontando que o empoderamento só se dá em uma simbiose do processo individual com o coletivo.

Pontuamos que, nesse sentido, há uma aproximação de Berth com a obra de Paulo Freire (1986). Para Freire, (1986), um processo de *empowerment* que seja atrelado a uma potencialidade individual do sujeito sem que esse seja, por exemplo, avaliado ou supervisionado, é apenas uma autonomia à relação de dependência da autoridade. Desse modo, não seria possível uma autolibertação, por si só ou de forma individual, sendo essa possível apenas como um ato social.

Mesmo quando você se sente, individualmente, *mais* livre, se esse sentimento não é um sentimento *social*, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da

transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade (Freire & Shor, 1986, p.70).

Um ponto importante a se destacar em Freire é a ideia de *empowerment* de classe social, não sendo meramente social, mas sim de como “a classe trabalhadora através de suas próprias experiências, sua própria construção de cultura, se empenha na obtenção do poder político” (Freire & Shor, 1986, p.72). Desse modo, há uma dimensão contextualizada com a realidade brasileira e da América Latina, onde um processo de *empowerment* passa necessariamente por compreender a dimensão política como possibilitadora de uma busca pela liberdade da dominação e pela transformação social.

É preciso destacar, entretanto, certa apropriação do conceito *empowerment*, por acadêmicos e pela esfera política, que se afasta da matriz social do termo. Anteriormente apontamos essa mesma característica quanto à Promoção da Saúde¹¹, lembrando o viés de responsabilização individual que essa dimensão pode impor sobre o sujeito (Carvalho, 2002).

Em leitura feminista e racial do empoderamento, Berth (2019) contextualiza que, na definição inglesa do conceito, o *empowerment* foi associado à possibilidade de instrumentalizar certos grupos oprimidos para que esses pudessem ter autonomia (p.23). Desse modo, a relação entre empoderamento e autonomia aparece na medida em que o empoderamento possibilitaria a autonomia.

No campo da Saúde Mental, o termo *empowerment* foi amplamente debatido por Eduardo Mourão Vasconcelos (1985, 1988, 1992, 1995, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2013). O autor define *empowerment* como “Aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social (Vasconcelos, 2003, p 20.)”. Para o autor, esse conceito é um termo polissêmico e seu uso pode ser apropriado tanto para um debate conservador quanto emancipatório (Vasconcelos, 2013).

Segundo Vasconcelos (2013), consoante às provocações já levantadas por Freire e Shor (1986), é preciso identificar e avaliar de forma crítica as apropriações da noção de *empowerment* por forças sociais e políticas hegemônicas, principalmente em países como o Brasil. Berth (2019) reforça esse esvaziamento do termo quando afirma que há hoje um debate acrítico sobre o tema que foge das raízes propostas. Desse modo, o que se busca é não apenas

¹¹ Conferir capítulo 3.3.

diferenciar, mas superar os limites que as dimensões hegemônicas colocam para o conceito (p.2827). Nesse ponto, se relacionam as interpelações autonomistas e de empoderamento como podendo estar submetidas e condicionadas por essa visão.

Portanto, ao ser incorporado em políticas como a de promoção da saúde, o *empowerment* apresenta nuances conceituais distintas das contribuições relacionadas à autonomia. Ambos tratam de produção de subjetividades, mas são diversos em suas origens e no uso que têm na atualidade.

4.6 A noção de autonomia na Saúde Coletiva

As contribuições dos autores acima apresentados são importantes referências teóricas para a discussão da autonomia na Saúde Coletiva brasileira. O movimento da Reforma Sanitária assumiu o compromisso, no âmbito do SUS, de ampliar a autonomia dos usuários em seu cuidado em saúde. Usaremos as contribuições dos autores elencados em conexão com as proposições de Rosana Onocko Campos e Gastão Wagner de Sousa Campos sobre a construção da autonomia na saúde coletiva como o arcabouço teórico-metodológico que referencia essa pesquisa. Desse modo, nesse subitem pretendemos abordar a coprodução de autonomia no SUS, entendendo que caberia aos sistemas de saúde contribuir para ampliar o grau de autonomia das pessoas (Onocko-Campos & Campos, 2006).

Para Onocko-Campos e Campos (2006), a coconstrução de capacidade de reflexão e de ação autônoma de usuários e trabalhadores seria um objetivo essencial do trabalho em saúde, além da própria produção de saúde. Com base em Castoriadis, os autores trabalham com a perspectiva de que a autonomia é coconstruída e coconstituída em uma capacidade dos sujeitos agirem sobre si mesmos e sobre o contexto no qual estão inseridos.

A coconstituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por este motivo nos referimos sempre à coprodução de autonomia, coconstituição de capacidades ou coprodução do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre corresponsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias (Onocko-Campos & Campos, 2006, p.2).

Onocko-Campos e Campos (2006) também apontam que a autonomia é dependente da forma pela qual o sujeito é capaz de agir sobre o mundo e de interferir sobre sua rede de dependências, chamando-o de sujeito da ação e reflexão. Essa capacidade de agir sobre o campo do outro depende também de contextos democráticos em que haja a possibilidade de um sujeito

autônomo emergir. É, de certa forma, uma questão política resultante tanto da forma como as sociedades organizaram as relações de poder quanto de quem detém o poder em relação a um maior ou menor grau de autonomia em cada construção sócio-histórica.

Para os autores, não é possível uma separação entre a clínica e o sistema de saúde enraizado na dinâmica social. Desse modo, propõem-se entender essas dimensões a partir do olhar de uma clínica ampliada que considera o sujeito como sujeito barrado do inconsciente, com seus desejos e em sua inserção no território. Chamam a atenção para a possibilidade e responsabilidade dos profissionais se posicionarem nesse entre, lugar em que cabe o olhar, a escuta e a construção de uma ampliação da autonomia no caso a caso.

Segundo a Teoria Paideia (método da Roda) proposta por Campos (2012), há sempre uma assimetria que orienta as relações na sociedade, ou seja, garantir autonomia não seria garantir uma igualdade nesses processos, mas garantir as possibilidades desse sujeito emergir mesmo na assimetria estabelecida. Dessa forma, considera que na relação entre profissionais e usuários haverá sempre uma assimetria.

Considerando essa condição, Campos (2012) afirma que operar com essa assimetria do encontro, é operar em conjunto com a coconstrução e cogestão do cuidado, pensar arranjos e formas em que essa assimetria diminua e opere em menor coeficiente na relação. Nesse sentido, uma outra ferramenta proposta para a coprodução de autonomia é o apoio matricial. O apoio matricial seria, segundo o autor, uma metodologia interativa, um cogoverno do trabalho em equipe.

Sobre a Promoção da Saúde, Onocko-Campos e Campos (2006) afirmam que muitas vezes as intervenções que visam ser educativas e preventivas e estabelecem uma mudança no estilo de vida do usuário operam como se a técnica fosse apenas a aplicação de estratégias promotoras de saúde, sem a preocupação de como essas estratégias chegam à comunidade e aos usuários. É preciso haver uma negociação entre usuários e comunidades para que não se incorra no reducionismo dos procedimentos pautados em queixa-conduta, tal como a lógica que opera nas emergências de saúde.

O discurso capitalista e neoliberal presente na sociedade contemporânea pode fazer questionar se, de fato, a promoção da saúde praticada na APS reforça esse compromisso de coconstrução de autonomia ou reitera a dupla responsabilização do usuário, na contramão da proposta política que orienta a prática.

É por entender a autonomia como possibilidade criativa de produção de subjetividades múltiplas tal como proposto por Castoriadis (1982), na práxis, que partimos do pressuposto, no que se refere a esse projeto, de que a autonomia como coprodução se estabelece na relação com o outro pela elaboração de desejos a partir desse encontro. Sendo assim, é uma construção que produz subjetividades e que é libertária.

A Saúde Coletiva, que inicialmente se baseou na tradição marxista para incorporar a dimensão social ao pensamento sanitário, posteriormente incluiu a noção de subjetividade nesse campo, como na questão da dimensão da produção de autonomia em sua dimensão individual e coletiva (Ferreira Neto, Kind, Pereira, Rezende & Fernandes, 2011).

A noção de autonomia que orienta essa pesquisa é calcada nessa construção da subjetividade no campo da saúde coletiva e nas suas incorporações pelas políticas nacionais. Uma dimensão que entende a autonomia não apenas como matriz neoliberal da responsabilização do indivíduo, mas sobretudo como possibilidade do indivíduo “raciocinar e intervir em termos de sua saúde” (Onocko-Campos & Campos, 2006).

A seguir, apresentamos uma revisão bibliográfica que pretende aproximar o debate conceitual das produções da literatura científica, que trazem importantes reflexões sobre as práticas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A proposta norteadora desta revisão é identificar de que forma a noção de autonomia aparece atrelada à APS. Devido à centralidade da autonomia na Promoção da Saúde na APS, exploramos essa correlação em uma combinação de busca posterior, como detalharemos.

Para a revisão bibliográfica foi realizada uma consulta à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A coleta de dados foi realizada em abril de 2020. Utilizou-se o termo “autonomia” como primeiro descritor em quatro estratégias de busca. Na primeira, os descritores “autonomia” AND “atenção básica” foram recuperados no título, resumo e assunto. Foram incluídos apenas os que se enquadravam no formato artigo e estavam publicados em português. Foram encontrados 22 artigos e excluídos 2 por repetição.

Na segunda estratégia, buscou-se o descritor “autonomia” no título e “atenção básica” em título, resumo e assunto. Foram encontrados 34 artigos e excluídos 7 por repetição.

Posteriormente, uma terceira busca foi realizada com ambos os descritores apenas em título, sendo encontrados 8 artigos e retirado 1 por repetição. Também, foram incluídas apenas as publicações que se enquadravam no formato artigo e estavam publicadas em português.

Por fim, uma quarta busca foi realizada como forma de especificar o recorte na promoção da saúde e utilizou-se o descritor “autonomia” AND “promoção da saúde”, ambos recuperados apenas em título. Foram encontrados 8 artigos em português e retirados 3 artigos por repetição.

As quatro buscas, na base de dados, recuperaram 72 artigos, todos em português, dos quais 13 foram excluídos por repetição e outros 9 por se repetirem entre as quatro buscas, sendo comum nos resultados entre elas. Outros 4 artigos foram também retirados por não haver texto completo disponível. Essas quatro buscas foram realizadas como estratégias de delimitar a autonomia em sua relação com a APS, especialmente com a Promoção da Saúde.

O termo autonomia, explorado nesta revisão, tangencia uma noção de autonomia coproduzida na relação entre sujeitos, usuários e profissionais da saúde (Onocko-Campos & Campos, 2006). Desta forma, foram excluídos 25 artigos em que o descritor autonomia se relacionava a autonomia de gestão dos serviços de saúde, a autonomia profissional, ou a autonomia funcional. Sendo assim, após as exclusões por repetições e objetivo do artigo, foram utilizados 21 artigos como referência bibliográfica para esta revisão.

A tabela a seguir indica o título dos artigos incluídos nesta revisão, assim como autores, ano de publicação e revista publicada. Os artigos estão ordenados por ordem crescente do ano de publicação.

Tabela 1

Artigos utilizados na revisão bibliográfica da BVS

Nº	Título	Autor	Revista	Ano
1	Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade	Wimmer, Gert Ferreira; Figueiredo, Gustavo de Oliveira	Ciênc. saúde coletiva; 11(1):145-154, jan.-mar. 2006	2006
2	Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva	Barros, Débora Gomes; Chiesa, Anna Maria	Rev. Esc. Enferm. USP; 41(n. esp): 793-798, dez. 2007. ilus	2007

3	Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde	Fleury-Teixeira, Paulo; Vaz, Fernando Antônio Camargo; Campos, Francisco Carlos Cardoso de; Álvares, Juliana; Aguiar, Raphael Augusto Teixeira; Oliveira, Vinícius de Araújo.	Ciênc. saúde coletiva; 13(supl.2): 2115-2122, dez. 2008.	2008
4	Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde	Camargo-Borges, Celiane; Mishima, Silvana; McNamee, Sheila	Gerais; 1(1): [8-19], jun. 2008	2008
5	Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família	Santos, Adriano Maia dos; Assis, Marluce Maria Araújo; Nascimento, Maria Angela Alves do; Jorge, Maria Salete Bessa.	Rev. saúde pública; 42(3): 464-470, jun. 2008.	2008
6	Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitoado?	Albuquerque, Renata Alves; Jorge, Maria Salete Bessa	Rev. baiana saúde pública; 34(2) abr.-jun. 2010.	2010
7	A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero	Guedes, Rebeca Nunes; Fonseca, Rosa Maria Godoy Serpa da.	Rev. Esc. Enferm. USP; 45(spe2): 1731-1735, dez. 2011.	2011
8	A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo	Pimentel, Adriana de Freitas; Barbosa, Ruth Machado; Chagas, Marly	Interface comun. saúde educ; 15(38): 741-754, jul.-set. 2011	2011
9	Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia	Jorge, Maria Salete Bessa; Pinto, Diego Muniz; Quinderé, Paulo Henrique Dias; Pinto, Antonio Germane Alves; Sousa, Fernando Sérgio Pereira de; Cavalcante, Cinthia Mendonça	Cien Saúde Colet ; 16(7): 3051-60, 2011 Jul.	2011

10	Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde	Oliveira, Carla Luiza; Rodrigues, Elisane Adriana Santos; Souza, Gislaíne Alves de; Silva, Jacqueline dos Santos; Dias, Josiane Aparecida Silva; Gonçalves, Leticia; Kind, Luciana	Rev. bras. med. fam. comunidade; 6(21): 283-287, ago. 2011. ilus	2011
11	Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde	Haeser, Laura de Macedo; Büchele, Fátima; Brzozowski, Fabíola Stolf	Physis (Rio J.); 22(2): 605-620, abr.-jun. 2012.	2012
12	Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família	Durand, Michelle Kuntz; Heidemann, Ivonete Teresinha Schülter Buss	Rev. Esc. Enferm. USP; 47(2): 288-295, abr. 2013.	2013
13	A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia	Reis, Andréia Resendos; Kind, Luciana	Psicol. rev. (Belo Horizonte); 20(2): 212-231, 2014	2014
14	Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos	Lima, Thaís Jaqueline Vieira de; Arcieri, Renato Moreira; Garbin, Cléa Adas Saliba; Moimaz, Suzely Adas Saliba; Saliba, Orlando.	Saúde Soc; 23(1): 265-276, Jan-Mar/2014. tab, graf	2014
15	Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade	Firmo, Andréa Acioly Maia; Jorge, Maria Salette Bessa.	Saúde Soc; 24(1): 217-231, Jan-Mar/2015.	2015
16	O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família	Silva, Maria Rocineide Ferreira da; Silveira, Lia Carneiro; Pontes, Ricardo José Soares; Vieira, Alcivan Nunes	REME rev. min. enferm; 19(1): 249-254, jan. -mar. 2015	2015
17	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer	Tesser, Charles Dalcanale; Knobel, Roxana; Andrezzo, Halana Faria de Aguiar; Diniz, Simone Grilo.	Rev. bras. med. fam. comunidade; 10(35): 1-12, abr.-jun. 2015. ilus, graf	2015

18	Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará	Santos, Rayanne Brancos; Barreto, Raíssa Mont'alverne; Bezerra, Ana Caroline Lira; Vasconcelos, Maristela Inês Osawa	RECIIS (Online); 10(3): 1-10, jul. -set. 2016. tab	2016
19	Cuidado de enfermagem no climatério: perspectiva desmedicalizadora na atenção primária de saúde	Oliveira, Zulmerinda Meira; Vargens, Octavio Muniz da Costa; Acioli, Sonia; Santos, Rosangela da Silva.	Rev. enferm. UFPE on line; 11(supl.2): 1032-1043, fev.2017. ilus,	2017
20	Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde	Penido, Claudia Maria Filgueiras; Romagnoli, Roberta Carvalho	Psicol. soc. (Online); 30: e173615, 2018	2018
21	Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus	Silva, José Adailton da; Amorim, Karla Patrícia Cardoso; Valença, Cecília Nogueira; Souza, Elizabethe Cristina Fagundes de.	Rev. bioét. (Impr.); 26(1): 95-101, jan. - abr. 2018.	2018

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

Os 21 artigos incluídos na revisão foram publicados entre 2006 e 2018. O início das publicações corresponde ao ano de publicação das políticas nacionais, tanto de promoção da saúde quanto da APS, em que o conceito de autonomia aparece como central na elaboração e na consolidação dessas políticas no país. Os artigos são distribuídos em áreas diversas da saúde, como saúde bucal, saúde mental e saúde da mulher. Também se relacionam a diferentes áreas, como enfermagem, odontologia, psicologia, medicina.

No conjunto de artigos incluídos na revisão, a autonomia aparece como conceito polissêmico, a depender da abordagem e construção teórica que os autores se referenciam. Nesse sentido, não é possível falar de uma única noção de autonomia. Há, também, uma amplitude de temáticas nas quais a autonomia se relaciona nos estudos revisados: coletividade, promoção da saúde, estudos de gênero e educação, sobre os quais trataremos ao longo desta revisão.

5.1 Concepções sobre a autonomia

Nos artigos incluídos nessa revisão, foi amplamente utilizada a noção de autonomia em sua relação com a liberdade e a heteronomia. Nesse sentido, o sujeito autônomo é aquele que

tem a possibilidade de fazer escolhas, de se responsabilizar pelas suas próprias leis, e pela sua saúde (Haeser et al, 2012). Entende-se que é necessário considerar as crenças e valores do sujeito nas ações de promoção da saúde, e que dessa forma, sustentada e estimulada pela autonomia, a condução e adesão ao tratamento são conseqüentemente mais efetivas (Silva et al 2018).

Barros e Chiesa (2007) relacionam a autonomia como habilidade de autodeterminação, afirmando que autônomo é o indivíduo que tem poder de agir sobre si próprio e ser independente. Essa noção tem em sua base uma noção comportamentalista, que se reporta ao conceito de autocuidado. Firmo e Bessa (2015) afirmam que essa construção remete a uma responsabilização do sujeito pela sua saúde, tirando de cena as características sócio-históricas e a responsabilização do Estado pela saúde. Em contraponto a essa construção, Penido e Romagnoli (2018) apresentam a noção de autonomia sustentada na discussão sobre o cuidado de si em Foucault. Como se vê, a ideia de autonomia relacionada ao autocuidado, de um lado, e a autonomia relacionada ao cuidado de si, por outro lado, apresentam raízes conceituais distintas.

O conceito de *empowerment* é amplamente citado nos artigos como relacionado à autonomia. Há nesse conceito uma relação mais estreita com uma perspectiva política, onde a construção da autonomia supõe uma construção coletiva. Haeser et al (2012) apontam que é necessária uma aquisição de poder técnico e também político na atuação do sujeito e da sua comunidade em prol da sua saúde. Para as autoras, a ideia de *empowerment* possibilita uma ampliação da autonomia dos sujeitos. Através de seu *empowerment*, o sujeito é capaz de ter autonomia para fazer as suas escolhas de saúde.

Já Firmo e Bessa (2015) apresentam como a ideia de empoderamento¹² e autonomia precisam estar atreladas com a rede e com as instituições políticas que cuidam da saúde, afirmando que o cuidado não seja apenas de responsabilização do paciente, mas também da comunidade na qual se insere. Assim, o empoderamento seria uma noção política de construção coletiva dos processos de saúde. Fleury-Teixeira et al (2008) apostam que

o desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através da comunidade. Parece claro, portanto, que aqueles mecanismos e instrumentos que ampliem capacidades de intervenção

¹² Alguns artigos da revisão utilizam empoderamento como tradução do conceito *empowerment*. Já outros preservam a utilização do conceito em inglês, mantemos a nomenclatura utilizada em cada produção, por localizar uma diferença conceitual na tradução.

coletiva terão mais sucesso na ampliação da autonomia do que aqueles que apenas sejam focalizados no indivíduo (Fleury- Teixeira et al, 2008, p.2120).

É importante notar que em dois artigos em que a noção de autonomia aparece relacionada ao empoderamento (Barros & Chiesa, 2007; Firmo & Jorge, 2015) aparece a ideia de autodeterminação. Barros e Chiesa (2007) consideram que a partir do fortalecimento do *empowerment* há um favorecimento da independência do usuário em aspectos como prevenção, promoção e recuperação de sua saúde.

Cabe ressaltar que, na revisão realizada, foram encontrados seis artigos (9,10,16,17,21) que têm um recorte de gênero na concepção de autonomia como empoderamento. Para Guedes e Fonseca (2011) o conceito de autonomia é usado para determinar a liberdade das mulheres em relação às decisões de suas vidas que possibilitam o seu cuidado em saúde. Esses artigos tratam de grupos de promoção da saúde e estratégias da equipe de saúde da família para lidarem com a violência contra a mulher e com especificidades do cuidado, como climatério e pré-natal.

É interessante observar o crescimento da proposição do *empowerment* apresentado como possibilidade política da autonomia, dialogando com uma noção da autonomia que compreende a comunidade, a coletividade e o fomento de decisão do sujeito tanto sobre sua vida pessoal e cuidado à sua saúde, quanto sobre o lugar em que vive e as decisões de saúde que são coletivas. Essa noção reforça e se sustenta no debate do conceito ampliado de saúde.

No artigo de Wimmer e Oliveira (2006) a concepção de autonomia proposta por Paulo Freire é apresentada em relação com a liberdade das forças individual e coletiva para intervenção na realidade e nas possibilidades de escolhas. Isto posto, aponta que somente ações coletivas podem enfrentar os problemas de saúde que a população vivencia e desenvolver a autonomia nos sujeitos. Essas ações precisam ser também intersetoriais e transdisciplinares.

Para tanto, faz-se necessário que, além da capacidade científica, do domínio técnico e da ação política, tenhamos ainda compromisso com o desenvolvimento de autonomia da comunidade fundamentado em certas atitudes como amor, escuta, afetividade, respeito, tolerância, humildade, alegria, gosto pela vida, abertura ao novo, disponibilidade à mudança, esperança, abertura à justiça. É necessário, então, auxiliar na descolonização vivida pelas pessoas da comunidade em seu corpo, trabalhando com arte, cultura e subjetividade, ou seja, seus sentimentos, emoções, e verdadeiros desejos no intuito de fortalecer os processos de tomada de consciência e conquista da autonomia (Wimmer & Oliveira, 2006, p. 153).

Camargo-Borges et al (2008), em revisão sobre autonomia na saúde, apontam sua associação ao consentimento do paciente para a autorização de algum procedimento específico no seu tratamento. Para esses autores, na construção histórica, a autonomia vai tomando grandes dimensões na saúde e se inserindo em âmbitos como no movimento internacional de promoção

da saúde e na reforma sanitária brasileira, ganhando espaço no SUS principalmente pela participação popular. Porém, os autores apresentam a proposta da Responsabilidade Relacional enquanto recurso inventivo para corresponsabilização de saúde, a partir do entendimento da necessidade de uma autonomia responsável.

A partir da busca realizada na BVS, conclui-se que há uma polissemia que envolve a noção de autonomia na saúde. Esta se apresenta como escolha, como autodeterminação, como autocuidado, como liberdade e como *empowerment*, quando se relaciona com uma dimensão mais política. Entende-se que o conceito apresenta uma relação com uma matriz filosófica apoiada em concepções apresentadas no referencial desse projeto, com contribuições de Kant, Foucault, Paulo Freire e Campos. Identificamos também discussões mais comportamentalistas tanto da autonomia quanto da promoção da saúde.

5.2 Autonomia na Atenção Primária à Saúde

Alguns artigos se inserem em práticas de políticas como a Humaniza SUS (2003) (Pimentel et al, 2007), em que autonomia foi observada no acolhimento de usuários; e na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) em que Fleury-Teixeira et al (2008) apontam, como citamos anteriormente, que a autonomia é o conceito central da Promoção da Saúde, que objetiva ampliá-la por meio da corresponsabilização de usuários e coletivos a fim de reduzir a desigualdade do cuidado em saúde.

Penido e Romagnoli (2018) propõem uma clínica da autonomia na Promoção da Saúde com base na necessidade de um fazer clínico ético-estético.

A clínica da autonomia se constituiria como uma clínica em composição com a dimensão do cuidado, e não em oposição ao mesmo. Disparar processos de apropriação dos saberes estruturados que favoreçam aos usuários tocar a vida e, ao mesmo tempo, favorecer que outros saberes se produzam nesses encontros. Clinicar e, ao mesmo tempo, cuidar (Penido & Romagnoli, 2018, p.6).

Em revisão bibliográfica, Haeser et al (2012) examinam a Promoção da Saúde em relação às autonomies individual e coletiva. Segundo elas, se a promoção da saúde incentiva uma maior autonomia dos sujeitos e das comunidades no que se refere à possibilidade de independência sobre a saúde, isso se faz possível graças ao seu entendimento do conceito ampliado de saúde. Silva et al (2018) apresentam como resultado de seus estudos sobre diabetes, que as ações de promoção da saúde quando sustentadas na autonomia asseguram não só uma maior adesão ao tratamento, mas conseqüentemente um controle mais efetivo da doença,

principalmente quando este fortalecimento conta com a participação dos profissionais no processo.

Um ponto de interseção com a autonomia na APS é a noção de vínculo. Silva et al (2015) apostam no vínculo e na autonomia como conceitos incluídos na integralidade que possibilitam a produção subjetiva. Dessa forma, precisam ser ressignificados na sua prática para gerar novos arranjos e formas de cuidado, não sendo restritivos às diretrizes organizativas e às prescrições dos profissionais da saúde. Santos et al (2008) afirmam que há um cruzamento entre vínculo e autonomia, que se constroem e se agenciam em uma relação que é recíproca e que se processa na presença das práticas sociais.

É importante salientar que em artigos dessa revisão a noção de autonomia na saúde foi relacionada a um processo de coprodução entre usuários e trabalhadores, fazendo referência ao trabalho de Onocko-Campos e Campos (2006). Albuquerque e Jorge (2010) afirmam que a integralidade no cuidado passa pela coprodução de autonomia. Apostam em uma autonomia que será sempre coconstruída e que necessita de um papel apoiador dos profissionais na reflexão dos usuários sobre a coprodução do cuidado. Jorge et al (2011) afirmam que na coprodução da autonomia os sujeitos conseguem lidar com suas redes de dependência em atitudes de corresponsabilização mútua.

A centralidade da autonomia na promoção da saúde é marcante em muitos artigos, em que práticas grupais e outras estratégias da saúde da família dialogam e criam a possibilidade de produção da autonomia no cuidado. Podemos pensar o quanto é importante o estabelecimento de uma política nacional que oriente práticas autonomistas na saúde, como a PNPS. Em suma, a revisão orienta que a autonomia possui forte presença nas produções sobre as práticas de promoção da saúde na APS. Portanto, pretende-se que as reflexões apresentadas por esses estudos colaborem na análise dos dados produzidos nessa pesquisa.

6 METODOLOGIA

Neste capítulo serão abordados os aspectos metodológicos desta pesquisa. Cabe destacar que a produção de dados foi atravessada pela pandemia da Covid-19 e, por isso, a metodologia precisou ser adequada ao contexto sanitário vigente.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 52933121.2.0000.5149) e pelo órgão responsável pela aprovação de pesquisas vinculados à SMSA de Belo Horizonte (CAAE: 52933121.2.3001.5140).

6.1 Tipo de pesquisa: pesquisa qualitativa em saúde

Entende-se a pesquisa qualitativa como aquela que se aplica ao estudo da história, das crenças, percepções, representações e relações, considerando as interpretações e construções que os sujeitos dão a si, ao outro e ao seu contexto (Minayo, 2014). Para Minayo (2014) o método qualitativo permite desvelar processos sociais e propicia a construção, revisão e a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação através da sistematização progressiva do conhecimento e a compreensão do processo em estudo.

Esta pesquisa qualitativa tem caráter de investigação exploratória, devido ao seu tema de interesse ser pouco explorado na literatura da APS. Segundo Gil (2022), a pesquisa exploratória reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais e da saúde por meio da teoria e da crítica aos conhecimentos do tema, de maneira contextualizada. Desta forma, “os métodos e as técnicas de preparação do objeto de estudo, de coleta e de tratamento dos dados ajudam o pesquisador de um lado, a ter uma visão crítica de seu trabalho e, de outro, a agir com instrumentos que lhe indicam elaborações mais objetivadas” (Minayo, 2014, p.62).

Além disso, esta pesquisa toma em análise a construção e a prática de sujeitos inseridos em uma política pública- SUS, no campo da saúde, que compreende o envolvimento de trocas e produções conjuntas entre estes sujeitos e uma dimensão sócio-histórica da pesquisa nesse campo (Minayo, 2007). Portanto, adequa-se a uma investigação qualitativa, por considerar os valores, as classes e os grupos sociais nos quais os sujeitos se inserem, bem como a complexidade do objeto – inacabado e em permanente transformação (Borges, Luzio, 2010).

É no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa. A compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam é radicalmente diferente do agrupamento dos fenômenos sob conceitos e/ou categorias genéricas dadas pelas observações e experimentações e pela descoberta de leis que ordenariam o social. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (Minayo, 1993, p. 244)

Considerando a vasta produção social no campo da saúde, denomina-se Pesquisa Social em Saúde “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários (Minayo, 2014, p.47), como no caso da presente pesquisa. Como pesquisa qualitativa em saúde, ela foca nos sujeitos, naquilo que os faz “recorrer aos cuidados e às vivências pessoais com impacto na sua condição de saúde” (Ribeiro, Souza, Costa, 2016, p.1). Nesse sentido, a investigação qualitativa em saúde pressupõe que no processo saúde-doença, os fatos, os eventos e os sentimentos são partilhados e construídos culturalmente nos grupos, instituições, e espaços de cuidado.

Por fim, consideramos que a pesquisa qualitativa em saúde permite uma observação e análise ampliada do cuidado em saúde, o que corrobora os objetivos dessa pesquisa e os pressupostos das políticas de saúde nas quais este projeto se referencia.

6.2 Produção de dados

6.2.1 Local

Essa pesquisa foi realizada na APS de Belo Horizonte. A cidade de Belo Horizonte possui nove diretorias regionais de saúde, sendo elas: Venda Nova, Norte, Pampulha, Nordeste, Noroeste, Leste, Centro-Sul e Barreiro. Essa divisão baseia-se em um território geográfico, populacional e administrativo. No município, há um total de 152 CS e 588 eSF. Cada uma dessas diretorias regionais possui entre quinze e vinte CS (Belo Horizonte, 2019).

A escolha das diretorias regionais contempladas por essa pesquisa – Pampulha, Oeste e Barreiro foi feita com base na facilidade de acesso, uma vez que coincidem com os campos de estágio, extensão e pesquisa do Laboratório de Grupos, Instituições e Redes Sociais (Lagir)/UFMG, do qual a autora e a orientadora deste projeto fazem parte. Os CS de cada regional, por sua vez, foram indicados por informantes-chave da pesquisa colaboradores do Lagir. No total foram indicados seis distintos centros de saúde, sendo três CS do distrito regional sanitário da Pampulha, um do Oeste e dois no Barreiro.

6.2.2 Sujeitos da pesquisa

Para Onocko-Campos e Campos (2006), os processos de autonomia na saúde são construídos/coproduzidos entre trabalhadoras da saúde e usuárias: “A coconstituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por este motivo nos referimos sempre a coprodução de autonomia, coconstituição de capacidades ou coprodução do processo de saúde/doença” (p 3). Sendo assim, as entrevistas consideram esse caráter duplo – ouvir as trabalhadoras que orientam e ofertam as práticas de cuidado e as usuárias que dela participam.

São sujeitos dessa pesquisa: 10 trabalhadoras¹³ da equipe de Saúde da Família (médica, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem) e apoiadoras (psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) e 7 usuárias. Da mesma forma que os CS, as trabalhadoras foram indicadas pelos informantes-chave que participam como colaboradores do Lagir/UFMG, as usuárias entrevistadas foram indicadas pelas trabalhadoras e o critério utilizado foi o maior tempo e frequência possíveis de acompanhamento do usuário na APS, levando-se em consideração a relação existente entre vínculo e produção de autonomia (Silva et al, 2015). Não se supõe, com esse critério, que o tempo e a frequência de acompanhamento garantam a produção de vínculo, mas que sejam fatores facilitadores. Foram entrevistados, ainda, 2 especialistas na temática da APS, reconhecidos pelas vivências e contribuições à área de estudo, particularmente aos estudos sobre produção de autonomia. Esses também foram indicados pelos informantes-chave colaboradores do grupo de pesquisa.

Foram entrevistadas trabalhadoras vinculadas tanto à equipe de saúde da família quanto ao NASF-AB. As usuárias, por sua vez, foram indicadas pelas trabalhadoras entrevistadas. Ao final das entrevistas com as trabalhadoras, era solicitado que elas indicassem uma ou duas usuárias que estivessem vinculadas ao CS e fossem acompanhadas pelo maior tempo e frequência possíveis pela equipe, com base na expectativa do que poderiam contribuir com os objetivos da pesquisa.

Houve algumas dificuldades na realização do contato com os sujeitos da pesquisa em geral, pois a sobrecarga gerada pela pandemia da COVID-19 limitou muito a disponibilidade, principalmente dos trabalhadores. Foi necessário esperar um arrefecimento da pandemia para que fosse possível realizar a marcação das entrevistas, tanto de forma presencial como remota.

¹³ Falaremos aqui em trabalhadoras e usuárias entrevistadas, pois das 18 entrevistas realizadas, apenas duas foram realizadas com homens. Desse modo, julgamos mais pertinente dar ênfase às mulheres que participaram em maior número.

Essas dificuldades aumentaram em muito o período previsto para produção de dados com os trabalhadores e, conseqüentemente, a indicação dos usuários.

6.2.3 Técnica de produção de dados: Entrevista Aberta

A entrevista é uma técnica de produção de dados amplamente utilizada na pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2014), a entrevista é acima de tudo uma conversa entre interlocutores, com o objetivo de abarcar temas e construir informações para um objeto de pesquisa. Elas dependem da contribuição do entrevistado no sentido de compartilhar suas ideias, crenças e opiniões e sentimentos. Nessa pesquisa, por meio de entrevistas, buscamos: identificar possíveis elementos que trabalhadores e usuários associem a uma prática de cuidado na APS que amplie as condições dos usuários de pensar e intervir sobre sua saúde; investigar possíveis mudanças na concepção da própria saúde que os usuários relacionem ao seu acompanhamento em saúde pelos trabalhadores na APS; e conhecer os limites e potencialidades para a coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários na APS.

Foram utilizadas entrevistas abertas,¹⁴ em que a participante é convidada a falar livremente, a partir de uma questão disparadora, e as perguntas do entrevistador, quando feitas, são orientadas para aprofundar os temas tangentes aos objetivos da pesquisa. Desse modo, é considerada como uma conversa com finalidade, onde não há um direcionamento da fala das entrevistadas (Minayo, 2014).

Nas entrevistas abertas, a ordem dos assuntos tratados não obedece a uma sequência rígida e sim, é determinada frequentemente pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfase que o entrevistado dá ao assunto em pauta. A quantidade de material produzido nesses encontros tende a ser maior, mais denso e ter um grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis a simples pergunta e resposta (Minayo, 2014, p. 265).

A escolha da entrevista aberta, nessa pesquisa, possibilitou que aspectos afetivos e socioculturais aparecessem, na medida em que a fala sem direcionamento prévio permitiu que as entrevistadas refletissem mais livremente sobre o assunto proposto através de sua vivência. Como consideramos a autonomia na dimensão da reflexividade do sujeito, tanto em sua relação com o outro quanto na perspectiva individual (Castoriadis, 1982; Onocko-Campos & Campos, 2006), a utilização da entrevista aberta foi a melhor opção, pois a análise de elementos

¹⁴ Na literatura, esse formato de entrevista também é nomeado *entrevista em profundidade* ou *entrevista não estruturada* (Minayo, 2008).

autonomistas só é possível por meio de um processo reflexivo do próprio sujeito em relação à sua saúde ou ao cuidado que oferta em saúde, no caso dos trabalhadores.

Foram realizadas 18 entrevistas, sendo 10 com trabalhadoras, 7 com usuárias (uma das entrevistas foi realizada em conjunto, no caso duas usuárias, por preferência das próprias entrevistadas) e 2 entrevistas com especialistas. O número de entrevistas foi estabelecido no processo de pesquisa de acordo com o critério de saturação, entendido como “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”. (Minayo, 2014, p. 197). Portanto, foram realizadas as seguintes entrevistas:

Tabela 2

Entrevistas realizadas na pesquisa

Entrevista	Entrevistada	UBS/ Diretoria Regional	Formato
1	TRABALHADORA 1- Enfermeira	CS 1/Pampulha	Online
2	TRABALHADORA 2- ACS	CS 2/ Pampulha	Presencial
3	TRABALHADORA 3- Médica	CS 1/Pampulha	Presencial
4	TRABALHADORA 4- Terapeuta Ocupacional	CS 3/ Barreiro	Presencial
5	TRABALHADORA 5- Nutricionista	CS 3/ Barreiro	Presencial
6	TRABALHADORA 6- Fisioterapeuta	CS 3/ Barreiro	Presencial
7	TRABALHADORA 7- Técnica de Enfermagem	CS 3/ Barreiro	Presencial
8	TRABALHADORA 8- ACS	CS 3/ Barreiro	Presencial
9	TRABALHADORA 9- Psicóloga	CS 3/ Barreiro	Presencial
10	TRABALHADORA 10- Psicóloga	CS 4/ Pampulha	Online
13	USUÁRIA 1	CS 1/ Pampulha	Presencial
14	USUÁRIA 2	CS 2/Pampulha	Presencial
14	USUÁRIA 3	CS 2/Pampulha	Presencial
15	USUÁRIA 4	CS 5/Oeste	Presencial
16	USUÁRIA 5	CS 5/Oeste	Presencial
17	USUÁRIA 6	CS 3/ Barreiro	Presencial
18	USUÁRIA 7	CS 3/ Barreiro	Presencial
11	ESPECIALISTA 1- Professor/Psicólogo	-	Online
12	ESPECIALISTA 2- Professora/Psicóloga	-	Online

Fonte: elaborado pela autora

As entrevistas aconteceram entre março e julho de 2022. Utilizou-se preferencialmente o formato presencial devido à valorização do encontro entre pesquisadora e entrevistada, na pesquisa qualitativa, e seguiu as orientações sanitárias vigentes para sua realização. Foram realizadas quatro entrevistas no formato online, utilizando a plataforma Microsoft Teams, devido a escolha das próprias entrevistadas. Estas entrevistadas alegaram que se sentiriam mais seguras em relação à transmissão da COVID-19 se fossem entrevistadas de forma remota. A utilização de recursos de vídeo nas entrevistas minimizou as perdas quanto à interação com as entrevistadas no formato online. Apesar desse recurso, armazenamos exclusivamente o áudio das entrevistas, para posterior transcrição.

Todas as entrevistas com as trabalhadoras aconteceram no CS, em sala privada de atendimento, em horário de trabalho agendado de acordo com a disponibilidade da entrevistada. No caso das usuárias, foi perguntado a cada uma delas, em que local seria possível a realização das entrevistas. De acordo com suas respostas, realizamos entrevistas no CS, em um centro cultural e na casa das usuárias. A maioria das entrevistadas, quatro, preferiram a realização da entrevista em casa e apenas duas usuárias preferiram ir ao CS. Notamos que nas entrevistas realizadas em casa as usuárias ficaram mais à vontade para falar sobre a relação com as trabalhadoras e com o próprio CS.

As entrevistas foram orientadas por uma pergunta disparadora (apêndice) referente aos objetivos da pesquisa e cada uma das entrevistas individuais teve a duração aproximada de uma hora. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora mestrande e mais um pesquisador do grupo de pesquisa (aluno de pós-graduação ou graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais).

6.2.3.1 Impactos da COVID-19 para produção de dados da pesquisa

A produção de dados desse projeto foi atravessada pela pandemia da COVID-19 e consequentemente foi afetada pelos momentos de restrição e de distanciamento social orientados pelas normas técnicas da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. O projeto, que anteriormente visava a dimensão coletiva dos grupos de promoção da saúde, precisou se adequar, já que as atividades coletivas estavam suspensas por tempo indeterminado na APS. Essas práticas coletivas só voltaram a acontecer pouco tempo antes da fase de conclusão deste projeto.

Esperava-se realizar observações participantes em paralelo à realização das entrevistas. As observações agregariam um dado para além da palavra e do discurso dos profissionais e dos usuários. Com as restrições sanitárias e a ausência das práticas coletivas, a observação participante ficou inviável como técnica de produção de dados. Entende-se que a não realização da observação participante foi um limite, imposto pelo contexto, a essa pesquisa.

Foi preciso entender o tempo da pandemia e a nova forma como a gestão, as trabalhadoras e as próprias usuárias se organizavam em relação ao CS para que a produção de dados pudesse acontecer. O tempo de espera em relação ao Comitê de Ética da SMSA foi alargado, pois os esforços da gestão se concentravam na contenção e enfrentamento da pandemia. Após aprovado, no comitê de ética da SMSA, foi preciso lidar com o tempo das trabalhadoras, inicialmente muito afetadas pelo trabalho intenso que foi exigido nesse período. Em um primeiro momento, para a marcação das entrevistas, tivemos algumas negativas e uma sinalização dos informantes chave e das próprias trabalhadoras de que o CS vivia um momento de alta demanda da pandemia e que não era possível a realização das entrevistas naquele momento.

É importante ressaltar que pelo menos um CS de cada regional de Belo Horizonte foi “transformado” em UPA, com alteração de horários e de funcionamento para atendimento da COVID. Embora os CS em que realizamos as entrevistas não tenham sido incluídos nesse conjunto, percebemos que a lógica de atendimento foi “transformada” de um modo geral na APS através, por exemplo, da redução de consultas, a interrupção das atividades coletivas, e os atendimentos mobilizados para casos agudos. Portanto, dificultou-se a entrada em campo e a produção de dados da pesquisa.

6.3 Aspectos éticos

Todas as entrevistas foram realizadas mediante consentimento prévio expresso pelas participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os termos foram assinados e armazenados com a pesquisadora. Nas entrevistas online, o termo foi enviado em formato PDF, assinado pelas participantes e devolvido à pesquisadora em PDF, por e-mail. O TCLE em ambas as modalidades contempla a aprovação de utilização do material para o projeto de mestrado e publicações decorrentes. Conjuntamente com a entrega do termo, foi informado as participantes a possibilidade de desistência a qualquer momento sem nenhum prejuízo para as mesmas e a possibilidade de recusa de fala sobre qualquer ponto em caso de constrangimento.

As entrevistas, quando realizadas de maneira presencial, foram gravadas em formato de áudio por meio de equipamento gravador e as entrevistas realizadas online foram gravadas via aplicativo OBS e armazenadas apenas em formato de áudio. Posteriormente, foram transcritas pela pesquisadora e alunos de iniciação científica do grupo de pesquisa, mediante consentimento expresso das participantes e assinaturas do TCLE.

6.4 Análise de dados

As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo método da análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Braun e Clarke (2006). Esta análise envolveu uma busca em um conjunto de dados para encontrar padrões repetidos de significado, dividido em seis etapas. A primeira etapa foi de familiarização com os dados, então exclusivamente armazenados em áudio, na busca por significados e padrões. Após as transcrições das entrevistas foram realizadas novas leituras com intuito de sublinhar trechos que se relacionavam com os objetivos propostos.

Na segunda etapa foram produzidos códigos iniciais que pareceram interessantes para o objeto da pesquisa (Braun & Clarke, 2006). Uma primeira lista de códigos foi realizada pela mestranda, que por sua vez foram “estranhados” pelos alunos de graduação de iniciação científica integrantes da equipe do laboratório e, na sequência, pela orientadora da pesquisa, em reunião com o grupo. Após o estranhamento coletivo, os códigos foram reescritos em uma versão final.

A terceira fase foi de busca por temas, na tentativa de combinar códigos distintos para a formação de temas mais abrangentes. Na quarta fase foi realizada a revisão de temas, refinando-os a partir de critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa através de discussões nas reuniões do grupo de pesquisa com a presença da orientadora da pesquisa e uma professora convidada. Na quinta etapa, os temas foram definidos e nomeados, sendo realizada uma análise detalhada de cada tema, incluindo subtemas a partir de uma hierarquia de significado entre os dados. Finalmente, na sexta os temas foram transcritos e elaborados.

Em todos os processos de transcrição e análise contou-se com a participação e apoio dos alunos de iniciação científica bolsistas e voluntários, e alunos da pós-graduação (mestrandos e doutorandos) do Núcleo de Pesquisa de Subjetividade e Saúde Coletiva vinculado ao L@gir. As discussões provenientes foram integradas à escrita, o que conferiu maior qualidade à pesquisa, que contou com a triangulação de pesquisadores.

A seguir serão apresentados os resultados das discussões e análise de dados em temas. As reflexões desta pesquisa partem das entrevistas realizadas com as trabalhadoras e usuárias vinculadas aos CS e regionais descritos anteriormente. Faremos um esforço, nesta apresentação, para que os relatos e o debate não sejam polarizados entre usuárias e trabalhadoras. Tentaremos focar, portanto, na relação entre esses sujeitos, com seus afastamentos e aproximações, mais especificamente na dimensão do “entre”.

Cabe ressaltar que as entrevistas com especialistas foram realizadas pelo reconhecimento dos seus estudos, contribuições e vivências sobre o tema da autonomia relacionado à saúde coletiva. Elas colaboraram para elucidação de pontos referentes ao tema e arcabouço teórico desta pesquisa pois, como mencionado, há escassez de trabalhos sobre o assunto.

Nos próximos capítulos, as entrevistadas serão identificadas do seguinte modo: T (trabalhadoras), U (usuárias) e E (especialistas) acompanhados de um número, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas.

7 ELEMENTOS ASSOCIADOS À COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA, SEGUNDO TRABALHADORAS E USUÁRIAS.

A escolha pela entrevista aberta como técnica de produção de dados permitiu identificar diferentes ideias que os sujeitos relacionam a práticas de cunho autonomista. De forma geral pode-se afirmar que as trabalhadoras e usuárias apontam o autocuidado, a responsabilização e o vínculo como elementos associados a práticas autonomistas na APS. Para essa discussão, abordaremos as aproximações e os distanciamentos das narrativas de trabalhadoras e usuárias sobre o tema.

Portanto, neste capítulo serão discutidos autocuidado, responsabilização/culpabilização e vínculo, tencionando-os em relação à expectativa de coprodução de autonomia. Reforça-se que, na revisão bibliográfica apresentada anteriormente, a noção de responsabilização, conjuntamente com o autocuidado, também foi identificada nas interpretações dos profissionais sobre a autonomia. (Haeser et al, 2012; Barros & Chiesa, 2007; Firmo & Bessa, 2015). Não é objetivo dessa pesquisa aprofundar sobre essas noções, mas assinalar esses elementos que as

trabalhadoras e as usuárias destacam como sendo importantes no cuidado em saúde de base autonomista, ainda que não sejam nomeados dessa forma. Começemos pelo autocuidado.

7.1 Autocuidado

A literatura do autocuidado é muito elaborada no domínio da enfermagem, tendo uma teoria consolidada chamada Teoria do Autocuidado de Orem (Orem, 1980). Encontramos na literatura (Lages, Castilhos, Callegare, Castro & Santos, 2009; Diógenes & Pagliuca, 2003; Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006), artigos que discutem essa teoria em práticas e conceitos específicos da enfermagem e em condições que exigem manejo específico das profissionais enfermeiras como: diabetes, hipertensão, saúde do adolescente, saúde do idoso, entre outras.

Para Galvão e Janeiro (2013) o autocuidado é “uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar” (p.2). Para Bud et al (2006) o autocuidado é um dos aspectos do viver saudável e tem também função reguladora. Corroborando com as autoras, Diógenes e Pagliuca (2003) afirmam que o autocuidado é uma atividade praticada em benefício da saúde, bem-estar e manutenção da vida. Nesse sentido, as ações de autocuidado são práticas de atividades desempenhadas pelo indivíduo de forma deliberada em seu próprio benefício. Entretanto, essas ações podem ser afetadas por: idade, sexo, orientação sociocultural, fatores do atendimento em saúde, estado de saúde, aspectos familiares, ambientais, entre outros (p. 155). Ou seja, as intervenções para o autocuidado devem levar em conta o contexto social e da vida do sujeito, bem como suas crenças, para que sejam ancoradas nas especificidades de cada um.

As trabalhadoras apontam nas entrevistas que o autocuidado depende de uma conscientização dos usuários sobre o seu agir em saúde e pode ser identificado pela forma como eles lidam com os seus agravos, com a manutenção da saúde e se responsabilizam pelo cuidado consigo. Para T1, nem todos os usuários têm “consciência do autocuidado”. Deste modo, defende que é preciso que o profissional exerça um convencimento de alguns usuários quanto a cuidar da própria saúde. É interessante notarmos os verbos usados e os lugares ocupados pela trabalhadora, isto é, aquela que convence.

A mesma trabalhadora (T1) relata que, em conversa com uma usuária, pontuou sobre a necessidade de prescrever uma determinada medicação, o que não foi aceito pela usuária, que demandou em contrapartida à medicação o atendimento com o psicólogo de referência do CS. A trabalhadora considera que, mesmo a usuária não tendo aceitado a sua orientação da medicação, foi possível, por meio da conversa, disparar uma reflexão sobre a necessidade do atendimento psicológico. Desse modo, a trabalhadora considera que levou a usuária a repensar e buscar novos hábitos, sendo isso um grande passo no cuidado. Observa-se, também, a forma singular que a usuária responde a algo que a trabalhadora tentou convencê-la.

É importante esclarecer que, diferentemente de uma lógica de convencimento, na mencionada teoria do autocuidado (Orem, 1980), há métodos de ajuda em que a pessoa pode compensar e superar a dependência de ações alheias, ou seja, sua dependência de autocuidado. É interessante observarmos que no caso da teoria a ideia do autocuidado passa, então, por um movimento de independência no cuidado. No caso específico, esses métodos de ajuda são aplicados pela profissional da enfermagem, que reflete conjuntamente com o cliente sobre o seu papel no processo de autocuidado, levando em conta sua capacidade criativa e reflexiva do que é melhor para si (Diógenes & Pagliuca, 2003, p. 292).

A conscientização para o autocuidado também aparece no discurso da trabalhadora (T9) que considera que a coprodução da autonomia passa por construir conjuntamente com o paciente, por meio da demanda que é dele, uma apropriação do seu autocuidado. No caso específico, a profissional considera que para a psicologia o autocuidado seria a forma de “passar a autonomia” para os usuários de modo que saibam lidar com a própria vida. Este apontamento sobre a “transmissão da autonomia” será mais explorado adiante. Para a trabalhadora, o autocuidado é

o paciente se apropriar mesmo do que que ele precisa fazer, do que que ele precisa para cuidar da saúde. Então, as mudanças que ele precisa fazer, que é muito difícil, muito difícil, né? Mudança comportamental, assim, de alimentação, por exemplo, o paciente diabético, né? Então assim, existe uma dificuldade mesmo do paciente aderir. Então assim, a gente sempre trabalha nesse sentido assim, de orientar, de conversar com as equipes para propor uma rede de apoio ali praquele... As ACSs ajudam também, né? Acho que assim, a gente tenta, né? Nem sempre... a gente não consegue com todos, infelizmente, né? Pior que é difícil. (T9)

Sendo a APS essencial para o cuidado de condições crônicas em saúde (Diógenes & Pagliuca 2003), os relatos das profissionais abordaram, com frequência, especificidades do cuidado em algumas dessas condições, como por exemplo, a diabetes. Uma trabalhadora (T7) identifica que é necessário trabalhar a autonomia no autocuidado de forma que haja uma

conscientização do usuário sobre seu tratamento, que é a longo prazo. Nesses casos, é atribuído aos profissionais o papel de quem conscientiza sobre o cuidado e cabe ao usuário seguir as orientações ofertadas de forma autônoma como: cuidado na manutenção de curativos de feridas, dietas, atividades físicas, aplicação da insulina, entre outros. É, inclusive, ofertado um grupo de autocuidado de diabetes neste CS.

Segundo a literatura que discute o autocuidado na perspectiva de Orem (Galvão & Janeiro, 2013; Diógenes & Pagliluca, 2003; Bud et al, 2006), ele é um componente importante na gestão de doenças crônicas e de preservação de certa funcionalidade do sujeito.

Todavia, existem barreiras à realização do autocuidado nas pessoas portadoras de doença crônica tais como as limitações físicas, o desconhecimento da situação, os constrangimentos financeiros, as dificuldades logísticas, as necessidades sociais e emocionais, os múltiplos problemas com a terapêutica e as complicações das comorbidades. No entanto, a literatura revela que o autocuidado promove efeitos nas pessoas que o realizam, que se revelam na aquisição de resultados esperados; na minimização de complicações; na utilização; no desenvolvimento de novas estratégias para lidar com as condições de saúde; no controle da doença; no bem-estar; e no controle sintomático. (Galvão & Janeiro, 2003, p.3)

Bud et al (2006) discutem o autocuidado e o cuidado de si na enfermagem. Para a autora, diferentemente do autocuidado, a noção foucaultiana de cuidado de si, que abordamos anteriormente nesta dissertação, é uma atitude ligada ao exercício da política, do estar no mundo e se relacionar consigo e com o outro. É também um modo de agir para consigo, de se transformar e se transfigurar. É importante para essa pesquisa, assim como apontamos no referencial teórico, que o cuidar-se “remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência” (Bud et al 2006, p.156). As autoras comparam essa noção com o autocuidado que, por outro lado,

é vinculado à saúde humana, embora esteja referido ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Esse fato também confere ao autocuidado uma dimensão ética, mesmo que vinculado fortemente a um dos aspectos do viver saudável. O autocuidado é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. (Bud et al, 2006, p.156)

As usuárias entrevistadas, assim como as profissionais, abordam o autocuidado como um exercício próprio do cuidado em saúde, ou seja, identificado como um cuidado em saúde que envolve apenas o seu esforço, controle, alimentação, prática de exercícios físicos (U1, U2). Para as usuárias, há um entendimento de que o seu cuidado em saúde se baseia sobretudo em

práticas individuais, sendo o contato com o profissional necessário apenas na resolução de uma doença/agravo, o que revela uma compreensão restrita sobre a saúde. Nesses casos as usuárias atribuem aos profissionais um poder sustentado pelo saber respectivo, o que se desdobra em expectativas de receber uma orientação do tipo prescritiva para sanar o problema.

Algumas usuárias compreendem o seu cuidado em saúde de forma mais contextualizada com a cultura, como nas práticas holísticas, que abrangem diversos aspectos da vida/cuidado; saberes tradicionais oriundos da sua história, vivência e transmissão oral.

Percebemos que algumas usuárias se apropriam e refletem sobre a sua saúde de forma mais ampliada e não restrita ao autocuidado, coproduzindo autonomia em processos. U5, por exemplo, conta que faz uso de “remédios de mato” aliados à medicação orientada pelo profissional. Ela não deixa de tomar a medicação que é prescrita e é atenta às interações medicamentosas: queria tomar limão para tosse, mas não pode tomar limão com a medicação da diabetes, por isso, fez um chá de alho. Mas, afirma que o que considera que melhora mesmo, além do exercício do autocuidado de tomar corretamente a medicação, está nos remédios da terra, nos banhos de folha, que aprendeu na sua cidade do interior e que foi passado por sua mãe e avó.

Eu colho no mato. Eu lavei minha cabeça porque tava tossindo demais, tava gripada. Eu só pus o remédio que eu tomo direitinho. Só que teve uma hora que eu vi que não ia melhorar mesmo, aí falei: "vou fazer chá de alho". Aí foi chá de alho, folha de algodão, a gente pode beber também. (U5)

U2 e sua irmã, que também é sua cuidadora, contam que levaram um saber ao CS, o que parece ter dado um giro na lógica instituída. Ensinaram uma técnica de enfermagem a fazer curativos especializados, para escara, que aprenderam com o EMAD (Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar), serviço de atendimento domiciliar da rede hospitalar. Quando havia a oferta dos insumos para o curativo no CS e as profissionais não sabiam como fazer um curativo, a usuária/cuidadora ensinou à técnica de enfermagem do CS. Entendemos, então, que sendo a autonomia a capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, a usuária e sua cuidadora lidaram com a impossibilidade de oferta do cuidado do CS de maneira autônoma e compartilhada, para além de um cuidado que poderia estar restrito ao autocuidado, consigo e no particular. Desse modo, a autonomia seria “um processo de coconstituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (Campos & Onoko-Campos, 2006, p.2).

Se partimos do conceito ampliado de saúde, pensar a saúde na APS significa pensarmos em condições ampliadas de se fazer/promover saúde, ou seja, não há dissociação entre cuidado individual e coletivo. A APS é o lugar que o território incide para a construção de uma saúde plural e menos curativista, onde circulam vários tipos de práticas de cuidado. Por exemplo, formas de alimentação consideradas importantes para saúde, práticas regionais, práticas de saberes tradicionais, entre outras.

Pensar na autonomia em saúde como autocuidado é considerar que cabe quase que exclusivamente a cada um o cuidado da sua saúde, desconsiderando o que pode ser produzido no encontro entre profissionais e usuários, apesar do papel de disparador da conscientização para o autocuidado ser atribuído ao profissional, como vimos anteriormente na fala de algumas entrevistadas. Apesar da importância que a produção do autocuidado tem na saúde coletiva, a produção de autonomia amplia, em muito, essa perspectiva.

7.2 Responsabilização

O destaque à responsabilidade individual na compreensão da autonomia, aparece tanto nas entrevistas das trabalhadoras quanto nas das usuárias. Para as primeiras, o profissional pode colaborar orientando o usuário no seu cuidado em saúde, mas a forma como o usuário conduzirá esse cuidado é de sua responsabilidade, ou seja, o profissional se responsabiliza pelo cuidado até um certo ponto, seja por meio da oferta de escolhas pertinentes ou da educação em saúde de forma geral.

Em pesquisa sobre manejo da responsabilização com sujeitos com diabetes, Carrijo e Raserá (2013) analisaram que muitos profissionais buscam engajar os usuários em um processo de responsabilizar-se pela sua própria saúde através de um compromisso de autocuidado e de busca de informações sobre a sua doença. Entretanto, Castiel e Diaz (2007) apresentam limites da responsabilidade no cuidado em saúde. Segundo os autores, no discurso em saúde é considerado sadio quem é responsável pelo cuidado idealizado, e doente o irresponsável. Nesse sentido, identificam que a responsabilidade é frequentemente atrelada à capacidade de responder socialmente pelo próprio cuidado. Carrijo e Raserá (2003) consideram a responsabilização como uma tradução do conceito de *accountability* de Edwards e Potter (1992). Desse modo,

a responsabilização (*accountability*) é um processo linguístico por meio do qual as pessoas respondem, prestam contas e/ou justificam-se para outras pessoas por ações que elas realizaram ou não realizaram, por falas proferidas e situações ocorridas. Assim, ao engajar-se nesse processo, elas podem desculpar-se, buscar alcançar aceitação social, defender-se de possíveis acusações, atribuir responsabilidades, minimizar culpas e assim por diante (p. 654).

Para as trabalhadoras entrevistadas, a responsabilidade do cuidado em saúde é compartilhada entre elas e os usuários até certo ponto, já que só conseguem atuar até um determinado limite, sendo do usuário a responsabilidade pela efetivação da prescrição, e conseqüentemente do cuidado. Na medida em que há uma ausência desta responsabilização por parte dos usuários, percebemos que as profissionais atribuem a eles uma culpa. Se o cuidado não foi satisfatório, é porque o usuário se furtou a executá-lo conforme prescrição (não realizou curativos corretamente, não teve hábitos saudáveis, não se alimentou de determinada forma, entre outros apontados nas entrevistas). É importante ressaltar que, neste processo, o profissional considera que fez o seu papel.

Eu entendo que eu tenho que levar o usuário a ter a responsabilidade de cuidar dele sozinho. Ele querer ser responsável de estar todo ano fazendo a sua prevenção, a sua mamografia, levar seu filho para vacinar, isso tudo a gente faz. Mas é muito difícil, eles não têm essa autonomia. E por mais que a gente tente, por mais que a gente fale, tudo é: "Eu não tenho tempo". (T10)

No sentido da reponsabilidade, Carrijo e Rasera (2003) consideram que as discussões sobre responsabilização se tornam importantes para que se problematize a responsabilização como uma via para culpabilizar o paciente. Castiel e Diaz (2007) afirmam que essa culpabilização está vinculada ao debate contemporâneo sobre como o corpo e a saúde passaram a ser vistos por meio de discurso idealizado do corpo bonito, saudável, disposto e do bem-estar. Desse modo, atribui-se aos sujeitos uma responsabilidade e uma culpa pela ausência e diminuição da sua saúde, na medida de sua não adesão a tais discursos e práticas. Consideramos que a autonomia atrelada à ideia de responsabilidade e escolha é individualizante na medida em que ela não diz sobre o que é produzido do cuidado em saúde na relação entre usuário e profissional.

Em geral, as trabalhadoras consideram que elas fazem o que é possível, "tudo que pode", mas que o cuidado em si vai depender da escolha que o usuário fará a partir do que é prescritivo por elas. Por exemplo, o entrevistado T8 diz que ele orienta, passa os exercícios, mas que não sabe se o usuário irá realizar, pois eles podem "fazer ou mentir". T2 considera que o trabalhador atua cumprindo sua função na relação de cuidado, mas que a partir de um certo ponto essa relação pode se assemelhar à tutela, sendo necessário "passar a bola" para o paciente.

A equipe, quando a gente reúne, a gente passa os casos, mas o que que a gente vai fazer? Pegar igual criança? Não adianta, não adianta. Por mais que você fale. "Ah, mas eu trabalho, eu chego cansado, eu tenho que descansar". Eu falo: "Mas e final de semana? Você não faz uma caminhada?". "Ah, eu dou uma volta nesse quarteirão aqui". Então é assim, sabe, sempre tem desculpa para tudo. Mas, se eu marco, por exemplo, às vezes, igual eu falei, parece que eu fico até cuidando igual a gente cuida de bebê. Você marca a consulta, leva para ele, para ver se eles aprendem a ser mais fiel com a sua própria saúde. Eles faltam as consultas, aí dá o cano na enfermeira: "Esse aqui não veio, esse aqui não veio". (T10)

Nesse sentido, esta lógica coloca em discussão as fronteiras da coprodução do cuidado: até onde é possível responsabilizar o usuário ou a partir de que ponto a responsabilização pela prescrição é dele. Podemos pensar este debate em relação à adesão ou não do usuário ao tratamento, considerando que, segundo os profissionais, serão os usuários que irão se adaptar e os que não irão se adaptar ao recomendado, ou seja, os “bons” usuários se responsabilizam pelo que o profissional prescreve, os usuários "difíceis" não.

A responsabilização é apresentada pelos profissionais como um elemento autonomista na relação, a partir do entendimento de que o “passar a bola ao paciente” é considerado positivo para a efetivação do cuidado em saúde. Assim como entender que há um certo limite para a corresponsabilização do profissional, para que não se configure uma relação marcada pelo paternalismo. O que faz interrogar se a exclusiva responsabilização do usuário pelo cumprimento do prescrito – recurso do modelo biomédico dominante na saúde – acaba por promover desistência ou desassistência do usuário. Carrijo e Rasesa (2003) irão criticar a visão tradicional de adesão ao tratamento e este processo de que o profissional responsabiliza individualmente o usuário pela própria saúde.

Segundo Santos, Carvalho, Santos, Anjos e Andrade (2018), o cuidado em saúde ancora-se corriqueiramente nas bases prescritivas e instrumentalizadas de cada profissão. No contexto da APS, que considera os diferentes modos de vida e produção nas suas bases conceituais, ainda se nota a predominância do cuidado prescritivo que não considera a singularidade do sujeito e a pluralidade da população.

Como apresentado na introdução, a escrita desta pesquisa parte de uma inquietação (enquanto estagiária do NASF-AB no acompanhamento dos grupos de promoção da saúde) a partir do modo pelo qual os espaços na APS pareciam muito orientados pela prescrição e pelo paternalismo do profissional para com o usuário. Identificamos, nas análises da pesquisa, a partir das entrevistas, que o caráter prescritivo orienta e domina, realmente, as práticas na APS. Essa identificação corrobora os estudos de Santos, Acioli, Machado, Souza, Rodrigues e Couto (2018) na APS da Bahia.

No tocante aos trabalhadores de saúde que protagonizam o trabalho prescritivo, estes respondem a diferentes influências ideológicas: capitalística, que opera no processo de trabalho como linhas de organização dos interesses corporativos profissionais; de ordem moral, que atua para regulação da vida segundo preceitos hegemônicos de conduta na sociedade e que estabelece uma valoração sobre a vida de acordo com a obediência da pessoa a esses preceitos; e o saber da ciência, que procura exercer o controle dos corpos, como um regime disciplinar, e ditando formas de viver, operando na lógica do biopoder. Nesse sentido, o encontro do profissional com o usuário na APS sofre diferentes influências, sejam estas produzidas pelas indústrias de equipamentos e medicamentos ou mesmo pela produção de necessidades em suas interfaces com as políticas, ressaltando ainda a existências de disputas e tensões no trabalho em saúde (Santos et al, 2018, p.3)

Apesar da importância e da especificidade do saber de cada uma das profissões no cuidado integral e multiprofissional da APS, quando esse saber distancia os profissionais e os usuários e é operado de maneira hierarquizada através do poder e da superioridade da posição do profissional, há dificuldades ao processo de coprodução de autonomia. Para Campos e Onocko-Campos (2006) autônomo é o sujeito com capacidade de lidar com o sistema de poder, e criar através de compromissos e contratos com os outros um contexto mais democrático e de bem-estar (p.3). Nesse sentido, na relação de poder estabelecida entre usuários e trabalhadores, em que sujeitos partem e operam a partir de lugares diferentes, é preciso incluir o contexto, os lugares, e a heteronomia presente, por exemplo, nas posições dos sujeitos nas instituições. Para Santos et al (2018) a “atuação na ESF não menospreza nem invalida os conhecimentos advindos das teorias biológicas e biomédicas, mas aponta que esses fatores quando vistos de forma isolada são insuficientes para organizar o cuidado integral à saúde” (p. 37).

As profissionais entrevistadas consideram, em alguns momentos, serem promotoras da autonomia do usuário. Nesse sentido, T4 acrescenta que é preciso romper com uma certa ideia de que é o profissional o único detentor saber do cuidado em saúde, para que não se reproduza uma lógica paternalista das práticas de saúde.

Eu acho que ainda tem o profissional que se reveste desta coisa do suposto saber. Então, ele sabe e ele diz pro usuário, assim, “é isso que você tem que fazer e esse é o meu tratamento”. Acho que isso ainda acontece muito sim, essa coisa centrada no profissional. Eu não acho que isso é uma questão que já é difundida, que todos os profissionais fazem isso não, mas acho que a atenção primária te permite isso sim, sabe? (T4)

As usuárias entrevistadas também reconhecem os profissionais como autoridades na condução do cuidado. Nas entrevistas com usuárias destaca-se que algumas tomam medicação sem mesmo saberem o motivo da prescrição. Outras, alegam que não cogitam questionar o profissional sobre a medicação, mesmo não vendo efeito ou sentido na sua prescrição. As

usuárias entrevistadas consideram que não há espaço para questionamentos, sendo atribuídos ao trabalhador a responsabilidade e o sentido do cuidado em saúde. Em uma entrevista, a usuária U1 diz que toma uma medicação prescrita que não tem o efeito esperado para a sua necessidade de saúde. Em contrapartida, outra usuária U5 conta ter feito um “remédio de mato”, com base nos saberes tradicionais da sua família, mas com a limitação de não haver espaços com o profissional para dizer da importância para si desta prática no seu cuidado. Segundo as usuárias, um dos pontos que dificultam a escuta dos profissionais é o tempo exíguo da consulta pela alta demanda de atendimentos no CS. Não se questiona a lógica prescritiva porque entende-se que, nesse tempo reduzido só cabe “falar o essencial”. E, nesse caso, o essencial é geralmente atribuído ao profissional. Quando perguntamos à usuária U2 sobre possíveis questionamentos da conduta dos trabalhadores, ela disse nunca ter pensado na possibilidade de que eles pudessem ocorrer, dado o tempo exíguo dos profissionais e a conseqüente necessidade de agilidade do atendimento.

Porque antes, quando eles vinham uma vez por mês [refere-se à visita domiciliar], o atendimento era espetacular. Não tinha por que questionar. Eles nem entravam em nada para aconselhar: "faz isso, faz aquilo". Nada disso. Eles vinham [e] me tratavam. Naquela época tratavam com a enfermeira. (...) Então, eu [usuária] já ficava pronta, sem fralda, só para afastar o lençol. A minha mãe ficava lá fora já esperando pra ela entrar rápido. A porta aqui até ficava aberta. Aí ela [refere-se à enfermeira] falou assim: "Acabou! Mas continua usando a Diprogenta[medicação] até o fim." (U2)

A relação assimétrica entre trabalhadores e usuários sobre a responsabilização, tem como base a lógica da prescrição. Segundo Santos et al (2018) não há uma relação de troca, que chamamos de corresponsabilização, entre profissionais e usuários. Os autores consideram que a “interação se apresenta centrada na dimensão biológica-curativista, apontando para a necessidade de ser ressignificada a partir de práticas de cuidado que ampliem a escuta e reconsiderem a perspectiva humana, produzindo mudanças nesse contexto” (p. 41).

De certo modo, as usuárias alegam que os profissionais ajudam a pensar sobre os seus problemas de saúde, mas apenas quando há algum problema/intercorrência. Isso sugere que elementos relacionados ao estilo de vida, por exemplo, importantes para perspectiva da promoção da saúde, não sejam discutidos conjuntamente. Percebemos que o que as usuárias atribuem como ajuda no cuidado em saúde, pelos profissionais, se reduz muito ao saber do profissional, principalmente traduzido nas prescrições. Ou seja, assim como Santos et al (2018), também não identificamos relação de troca nesse contexto relacional. Por mais que alguns profissionais invistam na produção de vínculo e na educação em saúde, há uma dificuldade de

coprodução de autonomia, uma vez que o cuidado é muitas vezes reduzido à responsabilização do usuário a partir da lógica prescritiva como produção unilateral do profissional.

Em contrapartida, nas entrevistas com as trabalhadoras, a escuta apareceu como uma condição para coprodução de autonomia, pois, para as profissionais a possibilidade de escuta dá espaço para que se construa práticas autônomas. Para as usuárias, a escuta exercida pelos profissionais também foi apresentada como um elemento importante. Entendemos, assim como relatado na entrevista com a especialista E2, que o encontro, a prática clínica ou coletiva de saúde, é uma mesa de negociações, mesmo que seja mais difícil para algumas profissões em que o modelo biomédico se faz mais enrijecido e as práticas seguem de forma mais normativa. Desse modo, a negociação parece começar pela escuta.

Na valorização da escuta, a usuária U7 aponta uma reflexão e uma mudança importantes na sua saúde, construídas a partir do encontro com uma profissional do CS (a gerente). Conta que ao descobrir que precisaria usar um marca-passo em decorrência de um problema cardíaco, pensou em quebrar o CS e ameaçou as profissionais, porque estava revoltada. Segundo a usuária, anteriormente ela já havia demandado uma consulta com o cardiologista, que nunca se viabilizou, e acredita que se tivesse conseguido tratar antes, poderia ter evitado o uso do marca-passo como complicação da doença. A usuária então decidiu escrever uma carta para a gerente do CS e organizar toda a revolta que vinha sentindo em relação à unidade. A gerente chamou a usuária para uma conversa, e ela se sentiu ouvida, na medida em que conseguiu atendimento médico. Foi pela conversa com a profissional que a usuária acredita que mais do que brigar é preciso reunir os usuários e colocarem as demandas para os profissionais, pois com certeza ela ouviria e tentaria melhorar o que está ruim.

Sim e melhorei. Eu escrevi a carta, ela me chamou, conversou comigo, me escutou e logo em seguida marcaram um cardiologista para mim e estou fazendo o controle. E se eu não brigo? Tenho um controle de três em três meses, no máximo demora 5 meses. Então eu acho assim, a pessoa em vez de ficar brigando, vamos reunir, vamos conversar com a diretora e tentar marcar uma reunião com ela no salão da igreja ou lá no centro social, seria bem melhor. Com certeza ela ia tentar, eu acho que ela ia tentar melhorar o que está ruim e ouvir. Mas eu pensei várias vezes, em ir no posto e conversar com o pessoal, "vamos gente, vamos marcar, vamos expor o que não está agradando aqui e o que pode ser mudado", mas o pessoal gosta muito de gritar, como aquele ditado, cachorro que late não morde. Então não vamos latir, vamos agir, entendeu? (U7)

O agir em questão também evoca um sentido coletivo de organização das demandas dos usuários para os profissionais, para a gerência, de modo que consigam se sentir ouvidos e, a partir daí, os profissionais mudarem o que é possível de ser mudado. Há um entendimento, para a usuária U7, de que essa responsabilidade é compartilhada.

Se esse individualismo e essa fragmentação são a marca de nossa época, parece-nos importante fazermos uma ressalva em relação ao conceito de autonomia. Se entendermos o homem autônomo, com Castoriadis, como o homem crítico, reflexivo, democrático, deveríamos, então, diferenciá-lo desse pseudo-individualismo. A condição da crítica e da reflexão democrática é a do reconhecimento de pertença a certa sociedade. É a ancoragem simbólica a um “nós” fortemente investido, no qual certo resgate de alguma tradição se faça possível. (Campos & Onocko-Campos, 2006, p.9).

Outra usuária (U1) conta que procurou o CS três vezes em decorrência de uma mesma demanda. Segundo ela, a medicação receitada não estava fazendo bem, motivo pelo qual interrogava o médico do CS. O médico já havia lhe recomendado que não lesse a bula do remédio, porque se lesse não tomaria. A usuária leu e decidiu parar de tomar a medicação, tendo se sentido melhor por isso. Para um outro médico, disse que parou de tomar o remédio e ele afirmou que ela havia feito bem em parar de tomar. A usuária agiu no sentido de interromper uma medicação que não lhe fazia bem, mas, ao mesmo tempo, procurou o médico para que a construção do cuidado fosse feita de maneira corresponsável. Castoriadis (1993) afirma que o sujeito autônomo não é aquele que apenas exerce as suas próprias leis, mas aquele que a partir da heteronomia, reflete e age de modo correspondente ao seu desejo.

A mesma usuária, U1, achava que não estava com refluxo, apesar do diagnóstico médico. Ela diz então: “o médico mandou por a cabeça mais alta, eu não ficava botando, eu não ficava queimando, não tinha nada disso. Mas, ele falou que era, fazer o quê?” Desse modo, ela continuou o tratamento tomando todos os antibióticos. Mas em dado momento achou que era bobagem fazer o tratamento e passou a não fazer, conforme expressa nos trechos abaixo:

-Então achei que era bobagem e não fiz. Se eu estivesse sentindo, eu ia fazer mesmo, mas eu não tava.

-Quando eu sinto eu faço, mas eu não sinto.

-Pesquisadora: E você chegou a falar para o médico que você não ia fazer? Que não achava que estava te incomodando, ou não? Entrevistada: Ah, para quê? Larga para lá, vida que segue. Não precisa saber disso não. Vida que segue. Meu coração tá pedindo para não fazer, eu não tô sentindo nada disso. Se te manda tomar um remédio para dor de cabeça, mas se não tá sentindo, para quê vai tomar? É mais ou menos assim, por aí!

A usuária age de forma reflexiva sobre o prescrito, a partir daquilo que ela sente como necessidade ou não do corpo/cuidado. Se por um lado ela indaga, “já que ele falou, fazer o quê?”, por outro ela indica uma outra saída: “pra quê? Ele não precisa saber disso não”. Em entrevista com especialistas, E1, pontua que as pessoas têm racionalidade próprias, e agem reflexivamente, às vezes o trabalhador vai conseguir acessar isso, outras não, mas quando há uma medida prescritiva, a chance de o usuário omitir é bem maior.

Diante do apontado por U7 e U1 podemos perceber que há uma distinção no agir em saúde a partir daquilo que vivenciam na relação com os profissionais. Se para U7 foi possível construir de maneira conjunta uma saída para sua demanda de saúde, para U1 o encontro com o profissional se distancia de uma negociação possível entre o prescrito e aquilo que faz sentido para o usuário. Podemos pensar com Castoriadis (1982) que a autonomia é uma possibilidade criativa de produção de subjetividades múltiplas e que pela práxis, estabelece relação a partir do encontro com a construção de desejos diversos. Desse modo, nós perguntamos se há uma coprodução de autonomia na relação de U1 com os profissionais que procura, pois entendemos a coprodução de autonomia como um processo no cuidado em saúde, mas que pode acontecer através do encontro.

Campos (2003) afirma que é preciso disposição da equipe para a construção de processos corresponsáveis:

Esse processo não é simples, depende de disposição, mas também de conhecimentos sobre a inter-relação entre pessoas que necessitam de ajuda e a equipe com recursos para intervir. É importante discutir as dificuldades em responsabilizar-se pela saúde dos outros, bem como a de encarregar-se da construção de projetos terapêuticos e do acompanhamento sistemático de casos singulares. Encarregar-se do seguimento de pessoas concretas, com nome, sobrenome, não é tarefa simples. Nesse sentido, o papel do profissional da saúde é agir sobre o outro que se põe sobre nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida. (Campos, 2003, p.70)

U6 aponta que o primeiro movimento de cuidar da sua saúde veio com a percepção de que estava precisando se cuidar e ter mais hábitos em relação à saúde como, por exemplo, ir ao médico. A partir do acompanhamento com a nutricionista, começou a fazer dietas e disse que foi difícil no início, mas que atualmente já está mais habituado pelo fato da nutricionista nunca impor uma prescrição e ir construindo e adaptando de acordo com o que acha ser importante e possível para a alimentação. Então, o entrevistado U6 exerce um cuidado que é próprio, e ele pode ser compartilhado com o trabalhador ou não, como neste relato, onde a construção conjunta da dieta, a partir de um entendimento do próprio usuário, de uma mudança no cuidado em saúde pela relação com a nutricionista, é importante para que se construa o próprio movimento de forma integral e longitudinal. Se não há uma produção de autonomia a partir da relação entre profissionais e usuários, há uma produção de tutela e de ausência de responsabilização dos sujeitos.

T7 relata que os trabalhadores ainda pecam quanto ao que se apresenta como lógica prescritiva,

"Nossa, a gente ainda peca", porque não sei se é o profissional que tá acostumado com essa prática de assim: "Eu falo, você escuta e você obedece", ou se também a população gosta disso por questões culturais. Eu vi muito isso no consultório, porque como a gente ficou sem grupo [refere-se ao período da pandemia em que os grupos foram suspensos], eu trouxe todo mundo para dentro. E aí qual que era a forma de eu ensinar para eles a autonomia? Eu fazia dieta, combinava com eles, eu sempre fiz, eu nunca falei assim: "Olha, vou fazer sua dietinha aqui e você vai seguir", não. Nunca fiz isso. Quando eu detectava alguma coisa que eu precisava melhorar na rotina, eu falava assim: "Olha, isso aqui não tá legal, a gente precisa melhorar um pouco isso daqui. Como você quer combinar comigo?". Eu dava as opções para ele, talvez para clarear um pouquinho o pensamento e tal, mas eu nunca jogava uma coisa pronta, sempre fui assim. E aí eu falava: "Olha, esse plano alimentar aqui é mais para você se guiar e tal, mas não precisa se prender a isso não, você tem autonomia para poder mudar e no retorno você me conta o que que você conseguiu fazer, o que que você não conseguiu fazer, para a gente ir construindo junto". Sempre fiz isso, porque eu acho que o paciente ele precisa se empoderar do cuidado dele, porque senão não dá certo. (T7)

A profissional entrevistada aproxima a autonomia do empoderamento, de modo que para T7 autonomia é o usuário se empoderar e participar ativamente do seu cuidado. Percebe-se que há uma aproximação do sentido a partir do empoderamento, a partir do qual é possível se falar que o sujeito tem autonomia. Ribeiro (2017), afirma que os sujeitos empoderados são sujeitos autônomos, que tomam decisões e escolhas inerentes a sua própria vida e a uma mudança social. Desse modo, T7 afirma que o sujeito "se conhecer" é importante para o empoderamento, assim, aproxima-se da noção de reflexividade como essencial para tomada de decisão e empoderamento no cuidado em saúde, como no exemplo anterior (U1) no uso da medicação.

Destaca-se que essa mesma profissional que identifica a supervalorização da obediência como um atravessamento à possibilidade de reflexão e ação do usuário sobre seu cuidado em saúde, aponta que a autonomia é passível de ensinamento,

Autonomia é o paciente se empoderar, ele conhecer. A partir do momento que ele conhece o que ele tem e ele participa do seu cuidado ativamente, ele vai ter autonomia. O que que é isso? O que que é essa autonomia? Quis dizer, ""Olha, esse medicamento eu já tomei, eu não consigo, eu passo mal, preciso de outro. Eu não estou dando conta desse medicamento. Olha, eu não quero usar esse medicamento. Eu não quero fazer esse tratamento"". Essa é autonomia. Ou, ""Eu quero fazer, mas eu não consigo fazer tudo agora"". É ele participar ativamente. Bom, isso que eu acho que é de fato, autonomia. No centro de saúde... Eu não sei nem te dizer. Porque para mim, continua eu, individualmente, continuo fazendo isso que eu falei que eu acredito eu faço com eles, com os meus pacientes. Mas eu não acredito que seja uma prática, que seja uma crença de todos os funcionários aqui da unidade. Por que eu acredito que não é isso? Porque a gente vê, por exemplo, nas reuniões de matriciamento. Tem uns postos muito dependentes, a gente vê os próprios pacientes. Eles não conseguem gerir sozinhos as coisas, sabe? Porque ninguém ensinou, alguém tem que ensinar para eles. Eles são muito dependentes, assim, com tudo. Então as pessoas aqui não praticam a autonomia, eles fazem...aquele paternalismo, né, vem que eu te atendo, vem cá, te prescrevo, tudo certo. (T7)

Pergunta-se: de que tipo de pedagogia estamos falando? De transmissão ou de coprodução (de autonomia)? Como podemos falar de coprodução de autonomia se um sujeito

acredita produzir a autonomia do outro? Essas perguntas nortearam as análises das entrevistas das profissionais, pois para muitas, a autonomia é algo que se transmite, reforçando um lugar que diferencia hierarquicamente trabalhador de usuário. Há quem sabe sobre o cuidado, e mesmo que algumas trabalhadoras tenham disposição para construir coletivamente, conjuntamente, através da escuta, do diálogo e do que o usuário apresenta como demanda, a autonomia entra neste lugar da transmissão, de algo que na maioria dos casos pode apenas ser prescrito.

É preciso reconhecer quando o saber profissional é legítimo e necessário, mesmo porque não há coprodução isenta dos atravessamentos de poder, de saber e das relações sociais. Mas acreditamos que a produção de autonomia como um processo coletivo no cuidado em saúde é uma aposta para que esses atravessamentos sejam tensionados para uma produção de saúde em que caiba a produção de diferentes sujeitos.

Por fim, recortamos um trecho paradigmático de uma entrevista com uma trabalhadora (T7) que reforça a complexidade da discussão sobre a responsabilização na coprodução de autonomia:

Tem um paciente nosso, o J., ele tem uma ferida no calcanhar. Aí ele vai pra roça, fica na roça mais de 15 dias. Quando ele volta, a gente abre aquela ferida, mas tá fedendo e cheia de bichinho, mas cheio, muito. Os bichinhos saiam assim ó. Aí não adianta, parece que ele não quer ser curado, não quer fechar aquela ferida, sabe?! Aí a gente conversa, conversa, conversa, "nossa, seu J, mas por que que você não faz o tratamento direito? Você tá tomando os remédios?". Às vezes nem remédio toma para ajudar a fechar. A gente ajuda, mas eles também têm que se ajudar, eles têm que ter essa consciência também que se eles não se ajudarem, não virem, não trocar direito o curativo e não fizer direitinho, não vai sarar, porque eles são diabéticos, e diabético é mais difícil. Às vezes a gente faz, coloca placa, aí a gente fala "então você leva essa faixa, mas você não tira a placa, você deixa a placa e eu vou te dar 'gazinha' e faixa se caso você molhar ou alguma coisa", porque não pode ficar molhado, né?! Eles não trocam, eles não têm esse interesse. Parece que tem uns que estão desistindo da vida. (T7)

Esse relato ilustra a forma como a profissional considera que há uma forma certa, a prescrita, a do saber profissional, que o usuário precisa seguir para conseguir cuidar de sua saúde/condição/doença. O ponto é que não desconsideramos a importância do saber profissional na orientação, mas é preciso um manejo que entenda que, como no caso ilustrado, há algo que o sujeito pode apresentar como importante para ele (como estar na roça) que precisa ser negociado. Pensar a autonomia nesse caso passa por pensar com o usuário de que forma ele poderia manter o que lhe parece importante sem deixar de cuidar de sua saúde. A profissional considera que o usuário parece estar desistindo da vida, mas não há uma compreensão do que é importante para ele se sentir vivo, o que é cuidado, o que é prioridade. Um limitador desta

pesquisa é não ter conseguido entrevistar os usuários citados como exemplos pelos profissionais. Seria interessante ouvir o senhor J. para uma melhor compreensão sobre a dificuldade que apresenta para esse cuidado em saúde e de que forma se poderia construir um sentido a partir de sua história, vivências e valores para intervir de forma favorável à sua saúde nessa situação.

7.3 Vínculo como condição de coprodução de autonomia

Um ponto marcante nas entrevistas com usuárias e trabalhadoras diz sobre o encontro e a relação construída no cuidado em saúde na APS. As usuárias entrevistadas atribuíam o vínculo com as profissionais e equipe como o principal fator de mudança na sua concepção e agir sobre a própria saúde. As análises das entrevistas permitiram compreender que mesmo que quando o vínculo é considerado pelas trabalhadoras como antagônico à coprodução de autonomia, pela relação de dependência estabelecida com os usuários, há uma aposta delas de que o vínculo auxilia na promoção da autonomia na APS. Em resumo, o vínculo é considerado como uma condição para a coprodução de autonomia, pois ele é fundamental para produção na relação, sendo ele mesmo um elemento autonomista.

Sabe-se que o vínculo é uma noção importante para os objetivos e diretrizes da APS (PNAB, 2017) e percebemos que também é uma noção importante quando pensamos na construção de autonomia neste nível de atenção. No SUS a ideia de vínculo é utilizada na PNAB (Brasil, 2017) e também é categoria importante na concepção das redes de saúde (Mendes, 2011), principalmente após a política de Humanização (Brasil, 2003).

Observa-se que o vínculo é um conceito amplamente usado quando se descrevem relações na saúde, sejam entre usuários e trabalhadores, entre sujeitos e instituições.

Segundo Campos (2003)

Vínculo é um vocábulo de origem latina, é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa. A construção de vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Do lado do paciente, somente se construirá vínculo quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo, para a defesa de sua saúde. Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que procuram ou são por ela procurados. O vínculo começa quando esses dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando desses pedidos de socorro. (...) A construção de vínculo depende, portanto, do modo como as Equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma microrregião. Depende também do modo como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular. Um duplo movimento, nem sempre fácil

de ser realizado: um compromisso bilateral, no caso dos profissionais um envolvimento com a saúde coletiva de uma comunidade e com a saúde individual, particularmente dos mais vulneráveis. (p.68-69)

Na análise das entrevistas, é nítida a aposta das trabalhadoras na efetivação do cuidado em saúde por meio da relação que se estabelece com o usuário: de escuta, de diálogo, de conversa. Para Campos (2003), a construção de vínculo é um recurso terapêutico e seu fortalecimento é um dos meios mais adequados para uma prática de saúde/clínica com qualidade. Trata-se de uma necessidade/potência para o cuidado. Nesse sentido, a produção da autonomia está associada à possibilidade de estabelecer conversas.

Lima, Moreira e Jorge (2013) identificam que a construção do vínculo é centrada na formação de laços afetivos entre trabalhadores e usuários no que circunscrevem uma boa recepção do usuário no serviço, a confiança e a facilidade de comunicação entre profissionais e usuários. Porém, Campos (2003) aponta que vínculo não é apenas uma boa relação, uma conversa amistosa, o que seria um reducionismo, tal como indicam Barbosa e Bosi (2017)

o vínculo é confundido ou reduzido a um simples contato, qualquer que seja, por meio de consultas, grupos, visitas domiciliares, momento em que acontece algum encontro – entendido no sentido igualmente reduzido do termo – entre profissionais de saúde e as pessoas que usam os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Vale ressaltar que esse contato é sempre referido como algo que favorece, ou o momento em que se “cria” o vínculo. (p.1006)

Para as trabalhadoras entrevistadas, a noção de vínculo é apresentada como ideia de proximidade, mas não apenas física, por meio do contato nas consultas, mas como uma proximidade afetiva. A partir dela, torna-se possível conversar e construir possibilidades de cuidado com os usuários, de maneira conjunta, o que auxilia no modo de conhecer seus desejos e limites, bem como a vislumbrar uma coprodução de autonomia.

Ah, a relação comigo com os pacientes é de puro vínculo. É a questão do vínculo mesmo, eles têm muita confiança na gente, é claro que não são todos, né? Mas acho que eles encontram a questão do acolhimento em saúde mesmo, sabe? Acho que por mais que quando você vai numa casa e às vezes não tem uma demanda de saúde, alguma coisa de doença, mas às vezes você está ali pra fazer uma escuta, então é muito bacana. (T3)

As usuárias entrevistadas também reforçam a importância da relação com os profissionais para o cuidado em saúde e destacam que ela começa no primeiro momento do acolhimento. Quando perguntados acerca das relações de cuidado em saúde na APS, as usuárias entrevistadas sempre se referiam inicialmente a como se sentiam com o profissional, com o acolhimento, se eram bem tratadas, se eram bem recebidas, se a cara do profissional estava boa no dia e se o profissional as conhecia com proximidade. A depender dessas condições desse

encontro, pode-se estabelecer um tipo de vínculo que facilita e opera em sentido favorável à construção do cuidado.

Tem espaço para conversa, sou ouvida, explicam tudo direitinho. São muito delicados, muito carinhosos com a gente. Eu não posso reclamar de ninguém! (U1)

Aí é o que eu falo com vocês, que eu não posso queixar dos médicos, do SUS também. Eles me tratam muito bem, não reclamou, nunca cheguei aqui com eles com cara fechada e eles atendem a gente tudo direitinho, tudo educado. Não pode queixar deles. (U5)

Nos perguntamos, a partir das entrevistas, sobre a concepção de vínculo para as trabalhadoras e usuárias: se seria algo como uma construção próxima, afetiva e corresponsável, capaz de produzir processos autônomos ou se seria apenas sinônimo da relação entre usuários e profissionais. De forma geral, para profissionais e usuárias, analisamos que o vínculo é um dispositivo potente e agenciador da possibilidade de mudança nas concepções dos sujeitos sobre a sua saúde, mudanças estas que ampliam um cuidado autônomo.

Por exemplo, a usuária U1, entende o seu cuidado em saúde como algo que lhe foi passado desde a sua infância, como o hábito de se alimentar bem. Desse modo, identifica que o CS não colabora com o seu cuidado em saúde, apesar de procurar o médico da sua equipe em qualquer demanda que tenha. A mesma usuária relata que ao participar com o médico da equipe de um grupo de pais de crianças com deficiências passou a refletir mais sobre a saúde e cuidado do seu filho, na medida que através dos relatos dos outros usuários, localizava pontos de reflexão sobre as dificuldades dela.

Conseguia ser ouvida e foi bom para mim. Foi bom que quando tinha que falar alguma coisa, pensava três vezes, dez vezes, né? Contar até dez para não falar qualquer coisa. Porque seguia o exemplo dos outros pais que tinha aqui, né? Na verdade, o meu não era nada que não devia ser de outros, que não devia falar. Era muito triste [refere-se a escuta dos relatos dos outros usuários sobre seus filhos]. (U1)

Já U4 aponta que através do CS foi possível chegar em um diagnóstico e em uma medicação psiquiátrica que gerou uma melhora no sintoma e na qualidade de vida. É possível reconhecer uma mudança no cuidado com a própria saúde a partir da relação com o profissional, mas pontua que esta mudança é muito restrita à medicação, e que poderia ser mais efetiva com práticas educacionais e preventivas. É importante retomarmos o caso citado de U6, que na relação com a nutricionista constrói de maneira corresponsável a sua dieta, tendo modificado não apenas sua alimentação, mas a forma de conceber a sua saúde e entender a importância do CS para o seu cuidado. O vínculo com a profissional foi um agenciador de reflexividade e ação sobre a própria saúde.

Já no caso de U5 foi possível avançar no seu cuidado em saúde pelo vínculo construído com a equipe do CS. A usuária, que é analfabeta, estabeleceu uma maneira de lidar com a prescrição da medicação, na medida em que procura o CS quando não consegue compreender a receita, pedindo que a equipe ajude na leitura e na explicação sobre os remédios. Também, utiliza seus remédios de mato na produção do seu cuidado, mas conjugando-os com os remédios prescritos pelo médico, refletindo até mesmo sobre as reações entre eles. Desse modo, coproduz saúde e autonomia. Porém, não há espaço para falar sobre suas crenças e cuidados pautados em saberes tradicionais –que considera importantes – pois acha que não haveria escuta do médico neste sentido.

Segundo T6 é preciso vínculo e relação de confiança do usuário para que ele possa se abrir com o profissional, mas segundo ela esse vínculo não pode ser dependência, sendo necessário que este seja usado para começar a se trabalhar a autonomia. No trecho abaixo, em que T7 identifica que o vínculo precisa ser usado justamente para começar a se trabalhar a autonomia do usuário, (no controle e manejo da glicose, no caso) ilustra bem essa relação

Tem coisas ocultas aí. E a gente só vai saber disso com o vínculo. Quanto mais confiança, mais você se abre. É assim com todo mundo, e não é diferente entre o profissional de saúde e o usuário, aquela relação de proximidade. E isso é vínculo, mas não pode ser dependência. A gente tem que usar esse vínculo para começar a trabalhar a autonomia. (T7)

Outro ponto importante nas entrevistas, é que os profissionais apontam que o vínculo é o responsável pela possibilidade de se fazer acordos sobre o cuidado em saúde, como dito anteriormente, como por exemplo, sobre o manejo das medicações. Santos et al (2008) apontam que

o estabelecimento do vínculo permite que a negociação caminhe para um consenso de necessidades e responsabilidades, impedindo que o ato terapêutico esteja centrado no trabalhador, mas que, ainda assim, não seja realizado puramente pela manifestação de desejo do usuário. O vínculo precisará, portanto, interagir com ambas as possibilidades na busca da melhor conduta cuidadora. (p.467)

Nesse entendimento, de que é preciso conversa e escuta para que seja possível construir autonomia com os usuários, as trabalhadoras apontam que a alta demanda no CS e o atendimento de agudos na APS, acentuados pelo contexto da pandemia da COVID-19, são dificultadores para essa coprodução. Esses atravessamentos referentes à organização do CS e à sobredemanda serão abordados adiante, mas já vale adiantar que eles incidem diretamente na possibilidade de uma prática que considera a escuta do usuário e o diálogo para coprodução de autonomia.

Dentre os profissionais entrevistados, as entrevistas com as ACS são as que o vínculo aparece com maior destaque, deslocando a responsabilização e a prescrição para uma lógica outra, permeada pelo território. T9 identificou que é a presença no território que garante a singularidade do trabalho da ACS com base na produção de vínculo, pois torna-se possível uma visão diferente daquela circunscrita ao espaço do CS. O trabalho no território agrega na relação da equipe com o usuário na medida em que ACS, pela proximidade que o território oferta, pode conhecer o “jeito do paciente”.

Pelo fato de eu ter um pouco mais de intimidade com ela (usuária) me permitiu, ou seja, me deu autonomia, que é o que você tá trabalhando, de conversar com ela de uma forma diferente do que a gente ia conversar aqui dentro da unidade. Então eu fui bem clara em alguns pontos com ela, tentando levar ela a pensar: "Será que vale a pena ficar assim? Você tem pessoas que dependem de você. A gente tem que tá bem para cuidar dos nossos. Então se você não está bem, tudo ao redor passa a ficar ruim". Então por mais que, por exemplo, eu tentei falar para ela que a medicação é pra isso, para liberar coisa boa no nosso corpo, que o sono ele é reparador. "Ah, mas eu durmo demais", eu falo "Mas o sono é necessário, o sono vai descansar sua mente, cê pode reparar, você vai acordar de outra forma. É um sono que ele é necessário, sua mente precisa parar. Você tá com excesso de pensamentos." Ela: "Não, é verdade, eu tô com tudo isso que você tá falando e tudo". E realmente é uma paciente que não tá bem, que tá pedindo socorro, você vê que a pessoa tá pedindo ajuda. Você vê que ela tinha uma opressão. Eu acho que mesmo ela não sendo da minha equipe a gente tem que pensar nisso, a gente tá lá no território que é dividido e tudo, tem essas coisas que a gente tem que seguir, mas a gente antes de tudo é ser humano, né? (T9)

T9 destaca que a relação dos usuários com a ACS é de puro vínculo porque os usuários possuem confiança nas ACS na medida que encontram nelas um acolhimento e uma escuta, mesmo quando não há uma demanda de saúde. Outro ponto levantado pela profissional é que a proximidade e o vínculo com os usuários possibilitam que a ACS saiba “até onde ir” no respeito aos usuários, principalmente aqueles que são considerados pelas ACS como “usuários que têm a cabeça mais fechada”. Esse ponto de uma certa categorização de perfil dos usuários pelas profissionais será abordado na sequência. As usuárias também dão um destaque ao lugar que a ACS ocupa na relação delas tanto com o cuidado em saúde quanto na relação com o CS. Desse modo, para as usuárias entrevistadas, o ACS é aquele que, muitas vezes pela proximidade, escuta sobre a saúde, sobre a demanda e direciona também o cuidado do CS para o usuário (marcações e remarcações de consultas, etc.).

Algumas trabalhadoras indicam a possibilidade de coproduzir autonomia pela educação em saúde., e o vínculo é a base dessa possibilidade:

Porque vai bombardeando ali com educação, passa por um profissional, passa por outro, vai falando a mesma coisa, vai colocando aquilo na cabeça dele. Então assim, eu tenho pouco tempo de experiência para poder te afirmar isso, mas eu sei que funciona. Quando bem aplicado [refere-se a educação em saúde], depende muito da pessoa também, que tá sendo atendido. (T8)

Informação e responsabilizar a pessoa. São duas coisas fortes. Porque uma coisa é você responsabilizar uma pessoa que não sabe. Não adianta se ela não sabe. “Obesidade faz mal!” Mas que mal? Então, assim, é educar. Dar informação e responsabilizar. Não no sentido de acusação, mas dela realmente saber que é responsável pela sua própria saúde. (U4)

Entendemos que as usuárias em alguma medida também apresentam a educação e a promoção da saúde como estratégias interessantes porque informam sobre os cuidados em saúde, mas que principalmente, a forma como o profissional se coloca à disposição da escuta e o tempo dedicado ao cuidado são os diferenciais dessa construção, como no caso da relação com o ACS. Para Campos, 2003, “a eficácia desses métodos de educação em saúde depende do vínculo entre equipe e famílias: somente quando alguém se sente apoiado é que se mostra seguro para arriscar alguns passos por conta própria. Quanto mais impessoal e burocrático o sistema, mais aumenta a dependência das pessoas (p.72).”

Por fim, compreendemos o vínculo como um dispositivo potente para a construção de mudanças na concepção de saúde das usuárias e como ferramenta de trabalho que opera no sentido da coprodução de autonomia para as profissionais. É claro que esta relação estabelecida entre os sujeitos é permeada pela cultura, pela sociedade e pela forma como as relações se organizam e se hierarquizam. No próximo capítulo, discutiremos alguns desafios para coprodução de autonomia.

8 POTENCIALIDADES E DIFICULDADES PARA COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA ENTRE TRABALHADORES E USUÁRIOS NA APS.

Neste capítulo serão apresentadas as dificuldades e potencialidades para coprodução de autonomia na APS identificadas a partir das entrevistas com usuárias e trabalhadoras. De início, em desdobramento da discussão anterior sobre vínculo, serão apresentadas condições específicas que as profissionais indicam como facilitadoras ou dificultadoras da coprodução de autonomia. Posteriormente, serão discutidas as interferências da estrutura e dos processos organizacionais do CS para a coprodução de autonomia.

8.1 Condições dos usuários que habilitam ou inviabilizam a coprodução de autonomia.

As reflexões que compõem esse capítulo têm a noção de vínculo como orientadora para pensarmos a coprodução de autonomia, na medida em que a relação que se estabelece entre

profissionais e usuários é importante para a possibilidade ou não de se produzir autonomia no entre, através do encontro. Queremos começar esta discussão por meio das seguintes perguntas: Com quem é possível coproduzir autonomia? Quem tem o poder da escolha no cuidado em saúde?

Nas entrevistas com profissionais identificamos que as possibilidades de escolha, escuta, diálogo, promoção do autocuidado estavam muitas vezes condicionadas a algumas características dos usuários relacionadas a suas condições de saúde (hipertensos, diabéticos e usuários da saúde mental). Outra condição que também fazia diferença era o usuário pertencer ao conjunto de “usuários bons” (em contraposição aos “usuários difíceis”). Neste capítulo abordaremos de que modo essas condições dos usuários, segundo os trabalhadores, são construídas com base em preconceitos que afastam a possibilidade de coprodução de autonomia nas práticas de saúde.

Sobre as condições de saúde influenciarem na relação usuário e profissional, entendemos que a APS é referência para o cuidado dos usuários com problemas crônicos de saúde, que se beneficiam de um cuidado mais longitudinal, como nos casos de diabetes e hipertensão. Isto posto, nas entrevistas com as trabalhadoras, quando pedíamos exemplos sobre autonomia na relação com os usuários, os exemplos geralmente eram de usuários diabéticos, hipertensos, acamados ou da saúde mental. Pelo acompanhamento contínuo, esses usuários acabam sendo mais conhecidos da Eqsf e participam com maior frequência de grupos e atividades de promoção da saúde que muitas vezes são voltadas para esse público.

Problemas relacionados à saúde mental são apresentados por algumas trabalhadoras como de difícil manejo no cuidado em saúde. Nas entrevistas em que se mencionava o cuidado em saúde mental, ele era evocado para indicar a dificuldade de manutenção do vínculo. Mas, em algumas entrevistas, a relação com usuários “da saúde mental” também era exemplo para reforçar a importância de se manejar a escuta, a conversa, o diálogo, a medicação e as visitas.

Eu estou falando mais dos pacientes psicóticos, né? Porque a gente tem muita responsabilidade com os pacientes que são mais desorganizados, que tem mais dificuldade de acesso, não só de medicamento, de acesso também. Tem paciente que quando ele está muito sumido, a gente tem que fazer uma busca ativa, sabe? A gente funciona mais ou menos como uma mãe é ótima assim. A mãe está em casa, os filhos brincando, a mãe está fazendo atividade. Mas mais ou menos ela sabe o que está acontecendo. Se ficou quieto demais, se tem barulho demais, você tem que ir lá ver o que está acontecendo. (T6)

Em alguns momentos eles (EqSF) falam assim: “- ah não! Mas nós estamos sendo invasivos demais, paternalista demais!” Então, tem horas que a gente tem que se policiar porque a nossa tendência é fazer com que o paciente volte a ter autonomia o mais rápido possível. (T6)

Então, assim, como os pacientes da saúde mental às vezes entra como exceção da autonomia. Então essa questão da autonomia é uma questão que sempre está sendo interrogada na condição dos casos. Entendeu? Se o paciente é capaz ou não é de dar conta de se responsabilizar pelo ... (sua saúde) né? Então a gente tem paciente por exemplo que a gente manda a ACS lembrar que tem que tomar o remédio no outro dia porque senão ele esquece. Entendeu? Então, assim, a gente tem todo o manejo acerca dessa falta de autonomia. Mas a gente sempre tenta promover essa autonomia. (T6)

Ela tem esquizofrenia. Então ela vem aqui todos os dias e ela demanda muito da equipe, né? Então, assim. E o pessoal tenta se livrar de qualquer forma, mandando ela pra cá e pra lá. É o tipo de paciente que não tem acesso a sua autonomia completa, justamente pelo problema que ela tem. Ela tem um problema psiquiátrico que não permite ela fazer isso. (T3)

Observa-se, nestes trechos, que as profissionais consideram problemas relacionados à saúde mental como um atravessamento na possibilidade de coprodução de autonomia. T6 considera que determinados problemas de saúde mental são exceção quando se trata de apostar na ampliação da capacidade do sujeito refletir e agir sobre sua própria saúde, pois interroga-se se o usuário tem capacidade de se responsabilizar. Entretanto, entendemos que essa fala da profissional pode se sustentar na ideia de que para alcançar a autonomia o sujeito deveria ser independente no cuidado à sua saúde. Ora, ter alguém que lembre ao usuário sobre o medicamento em uso não é impeditivo de processos autonomistas.

Para Lima e Agrela (2018) a “autonomia acontece quando os indivíduos portadores de sofrimento mental conseguem lidar com suas dependências. A partir disso ressalta-se a importância de aumentar a autonomia dos usuários, ampliando a capacidade de compreenderem e atuarem sobre si mesmos (p.351)”.

O segundo ponto é que para além de uma “característica” relacionada à condição de saúde, na análise das entrevistas, pudemos perceber que as trabalhadoras citavam com frequência alguns adjetivos para os usuários: “difíceis”, “briguentos,” “cabeça fechada”, “com menor condição”, “que parecem ter desistido da vida”. Estes adjetivos e expressões foram usados para identificar usuários cuja possibilidade de coproduzir autonomia é mais árdua ou ausente devido a uma certa característica ou condição de saúde que se admite que o usuário possua ou não possua e que limita a possibilidade de autonomia.

No sentido oposto, adjetivos como “usuários com cabeça aberta”, “com maior condição”, “bons”, “que estão com disposição”, “coração aberto”, “mais tranquilos” são

mencionados para nomear aqueles com quem se é possível construir uma relação de vínculo, de cuidado e que, para as trabalhadoras, é um importante operador para se produzir autonomia.

Esses pontos suscitaram inquietações relacionadas às nomeações e à categorização desses usuários pelas trabalhadoras entrevistadas, que definem à priori, com base em preconceitos, a relação que se pode estabelecer com esses usuários. Mas, para além da inquietação, indaga-se como essa categorização interfere na produção de vínculo e, conseqüentemente, de autonomia. Afinal, a qualidade do vínculo contribui para o cuidado em saúde de modo ampliado e, logo, a produção de autonomia.

T4 acredita que é mais possível produzir autonomia com usuários que chegam mais tranquilos e com coração aberto, pois se tem mais espaço para conversa, para o diálogo e para processos de educação em saúde para além da lógica prescritiva.

Isso, assim, eu acho que tem alguns pacientes que são mais tranquilos de você conversar, né. Tem alguns pacientes que são muito... Que demandam muito, são muito exigentes (...). Tem gente que vai chegar aqui e vim falar uma coisa que é urgente, é para o outro dia. Tem gente que não. E tem paciente que entende isso muito bem, tem paciente que não, que quer peitar, que quer discutir, que quer brigar. E aí então fica mais difícil produzir autonomia com esses pacientes assim. Principalmente os pacientes que são agressivos que já brigam lá da recepção até o último nível, já chega brigando (...) chega na recepção e grita, agride, briga com o pessoal. Tem também, né, nós todos somos humanos. (T4)

Diante disso, as trabalhadoras consideram que é difícil coproduzir autonomia, que passa pelo estabelecimento de uma escuta e diálogo pela relação, quando o usuário não está disponível para o estabelecimento dessa relação.

Olha, alguns a gente pode até conseguir fazer isso (que entendam de uma maneira melhor), mas uns são bem cabeças-duras né? Bem cabeça dura. Eu acho assim, eu acho assim a equipe tão legal sabe, eu acho que a gente trata bem tanto os pacientes, sabe?! Mas tem uns pacientes que a gente... Que eles já, já são tão chatos, na verdade, que, às vezes eles se afastam da gente, assim, por eles mesmos, pelo jeito deles mesmo. E não deixam a gente chegar perto deles, tratar deles, cuidar deles, sabe? Eles se afastam, eles parecem que tem uma armadura, não sei. Pesquisadora: Então você acha que quando a relação é mais próxima é mais fácil? Entrevistada: É, mais fácil! Tudo flui maravilhosamente. A gente consegue resolver, a gente corre atrás, agora, quando o paciente é assim, a gente meio que fica de pés e mãos atados, porque é muito difícil. (T12)

Percebe-se que, para a profissional, o vínculo opera no estabelecimento de processos dialógicos e autônomos. Quando não, é atribuído ao usuário a dificuldade da relação: “são mais chatos, têm uma armadura” o que resultaria em considerável dificuldade para o cuidado em saúde. O adjetivo “briguento” também foi muito usado para se referir a tais usuários. Nesse caso, é importante levar em conta a forma com que, em contextos de alta demanda e

consequentes limites na assistência, os usuários reivindicam o acesso, muitas vezes pelo confronto direto e não pelos mecanismos de controle social, por exemplo.

Para além de se pensar a dicotomia bom e mau usuário, ressalta-se a importância de se pensar a negociação do sentido do cuidado em saúde para trabalhadores e usuários. T12 aponta que um dos usuários parece desistir da vida, pois não cuida de uma ferida aberta causada pela diabetes e frequentemente em suas idas para a roça essa ferida fica cheia de bichinhos, o que julga ser uma falta de cuidado do usuário. Nesse caso, poderíamos pensar que sentido a ida para a roça, a diabetes, a ferida e o próprio curativo têm para o usuário e que sentido a adesão a um tratamento “correto” tem para a trabalhadora. Para se operar o cuidado, é preciso que a coprodução inclua a negociação dos sentidos no encontro, possibilitando que o usuário atribua sentido a esse curativo. Trata-se de ir além da adesão cega ao que o profissional mandou ou não fazer e de recolocar em questão a corresponsabilização pelo cuidado em saúde e, como desdobramento, a coprodução de autonomia.

A categoria profissional ou situação ocupacional do usuário também podem facilitar a produção de vínculo e interferir na possibilidade de coprodução de autonomia. Uma usuária entrevistada (U4), que também é profissional da saúde (não na APS), disse que a partir do momento que se identifica como profissional de saúde a condução de quem está lhe atendendo muda. Ela associa que sua identificação é o que possibilita que ela seja ouvida, opine sobre seu cuidado e tenha autonomia na condução de sua saúde.

Da mesma forma, indicativos de classe social podem atuar como facilitadores:

Não! Que também depende né? Quando vocês chegam um pouco mais bem vestida aí às vezes você consegue uma segunda opinião, “ó, tem esse aqui no posto, mas o outro é comprado, qual que cê quer?” Então, assim, vai depender do paciente. (U4)

Essa mesma entrevistada diz que os profissionais tendem a partir do pressuposto de que, no SUS, o usuário não tem renda e condição de escolher, por exemplo, qual a melhor opção de medicação para seu problema. U5, mulher, idosa, analfabeta, relata situações em que não teve escolha sobre seu tratamento, inclusive o de questionar a ineficácia atribuída a uma medicação. Em consonância, Campos e Onocko-Campos (2006), consideram que

As formas pelas quais as pessoas se relacionam com outros e com o contexto, os valores nos quais acreditam, o que é aceito ou tolerado por um dado sujeito, em uma dada comunidade, são fundamentais para pensarmos esse nosso papel de agenciadores e de potencializadores de processos de mudança, de novas leituras sobre si mesmos e sobre o mundo nas comunidades. Em inúmeros relatos de casos, temos tido a oportunidade de refletir sobre como certa fixação nos significantes “pobres”, “coitados”, “carentes” opera

uma desvitalização das intervenções clínicas, da clínica ampliada, tal como viemos discutindo. É como se uma representação congelada a respeito de quem são esses outros aos quais assistimos não nos deixasse jamais ver a quantidade de força vital que portam e da qual sua própria sobrevivência em condições tão adversas é a prova mais cabal. Assim, quando enxergados e (não)-escutados apenas como pobres-carentes-que-nada-possuem, transformam-se, por obra e graça de nossas percepções cristalizadas, em objetos de intervenção. Ou serão até chamados de sujeitos, porém serão sujeitos passivos que devem mudar em função de parâmetros estranhos, que têm que incorporar novos estilos de vida, mais civilizados e mais de acordo com o cientificamente correto. Mas quais estilos de vida? Os nossos? Se tivessem feito isso, já teriam sido exterminados. (p. 17).

É preciso melhor compreender como aspectos relacionados à escolaridade, à renda, à condição de beneficiário de programas de assistência social do governo (Bolsa Família), ao uso abusivo de álcool e outras drogas, atravessam a relação de cuidado em saúde e podem reproduzir formas de marginalização ou exclusão social desse sujeito.

Especificamente no cuidado em saúde mental – além do que pontuamos anteriormente – os profissionais também tendem a reproduzir o estigma de “perigosos” e “imprevisíveis” relacionados às pessoas que apresentam sofrimento psíquico (Chiaverini, 2011; Nascimento & Leão, 2019). Isto posto, as profissionais entrevistadas muitas vezes consideram os usuários em sofrimento psíquico como difíceis, reforçando esta concepção construída socialmente.

Portanto, compreende-se que há um preconceito das trabalhadoras em relação aos usuários, classificando-os através de uma dicotomia, resvalada em um debate moral, do que é certo e errado no campo da saúde. Quem é bom é quem é capaz de ser responsável pelo cuidado em saúde e quem em alguma medida é considerado apto para ser ouvido porque se apresenta em condições para um cuidado responsável. Se pensarmos, a autonomia como capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências de modo a pensar e agir sobre a sua saúde (Campos & Onoko-Campos, 2006), as profissionais identificam aqueles quem julgam ter essa condição de pensar e agir sobre a sua saúde de determinada maneira condizente com o que consideram correto. Há uma concepção que determinados sujeitos, por sua condição de saúde, socioeconômica ou cultural, não conseguirão exercer essa prática de maneira reflexiva, logo de maneira autônoma. A esses caberia apenas uma intervenção prescritiva por parte do profissional, a qual espera-se que eles obedeçam. Nesse sentido, o encontro entre profissional de saúde e usuário é despotencializado.

A título de contraponto, cabe retomar o princípio da universalização do cuidado em saúde, que visa garantir o acesso a todos pela e para a autonomia (Brasil, 2017). Para isso, faz-se importante revisitar a articulação entre autonomia e cidadania, que são indissociáveis.

Há uma dimensão da responsabilização do cuidado em saúde atribuída, inclusive pelas trabalhadoras e usuárias entrevistadas, ao estado e à política pública de saúde. Para além de convocar o governo para o que é possível ou não de se coproduzir nas práticas em saúde, entende-se que esse cuidado ativa uma dimensão inscrita no social, ou seja, tem algo da cultura, da organização social que atravessa o cuidado e da relação entre profissionais e usuários.

Um desafio elencado pelas trabalhadoras para ampliar as condições do usuário pensar e intervir sobre a própria saúde é que há um aspecto cultural que se traduz em uma posição passiva dos usuários que, em alguma medida, esperam uma prescrição e uma orientação que resolvam seu problema ou sua demanda relacionada à saúde. Essa posição passiva como modo de funcionar, para alguns usuários e trabalhadores, despontualiza as coproduções de cidadania e autonomia.

Quando você falou de autonomia, eu falei assim: "Nossa, a gente ainda peca", porque não sei se é o profissional que tá acostumado com essa prática de assim: "Eu falo, você escuta e você obedece", ou se também a população gosta disso por questões culturais. Eu vi muito isso no consultório, porque como a gente ficou sem grupo, eu trouxe todo mundo para dentro. E aí qual que era a forma de eu ensinar para eles a autonomia? Eu fazia dieta, combinava com eles, eu sempre fiz, eu nunca falei assim: "Olha, vou fazer sua dietinha aqui e você vai seguir", não. Nunca fiz isso. Quando eu detectava alguma coisa que eu precisava melhorar na rotina, eu falava assim: "Olha, isso aqui não tá legal, a gente precisa melhorar um pouco isso daqui. Como você quer combinar comigo?". Eu dava as opções para ele, talvez para clarear um pouquinho o pensamento e tal, mas eu nunca jogava uma coisa pronta, sempre fui assim. E aí eu falava: "Olha, esse plano alimentar aqui é mais para você se guiar e tal, mas não precisa se prender a isso não, você tem autonomia para poder mudar e no retorno você me conta o que que você conseguiu fazer, o que que você não conseguiu fazer, para a gente ir construindo junto". Sempre fiz isso, porque eu acho que o paciente ele precisa se empoderar do cuidado dele, porque senão não dá certo. (T7)

Do ponto das usuárias, tanto a incidência da cultura quanto do social refletem na possibilidade de exercerem a cidadania. Segundo Castoriadis (1993) não podemos pensar a autonomia desvinculada da ideia de cidadania, (Dagnino, 1994) quando pensamos que não há uma sem a outra. Retomamos o caso da usuária U7, que estava com uma demanda de marcação de uma consulta com cardiologista que não foi resolvida pelo CS. Com o passar do tempo, a demanda que era de uma consulta resultou, segundo a usuária, na necessidade de colocação de marca-passo após passar mal e ser atendida no CS. Desse modo, a usuária sentiu que não foi ouvida e não teve o atendimento que desejava, procurando a gerente do CS e enviando uma carta sobre como não se sentiu considerada.

Na minha cabeça, eu tive que por esse aparelho porque eles não marcaram o cardiologista para mim, que de repente se tivesse marcado, quem sabe eu nem teria esse marca-passo hoje, né? Mas Deus sabe de todas as coisas. E eu tive um probleminha lá porque eles não marcavam, aí eu escrevi uma carta para a diretora do posto, falando para ela que eu sou uma humana. Sou pobre, mas eu sou humana também, e que eu também como qualquer outra pessoa, nós pobres. Como rico, nós também temos um direito de

viver e de ter uma vida saudável. E que eu tava me sentindo, desculpa a expressão, foi o que eu pus na carta, eu tava me sentindo como uma bosta. Você pega a vassoura, joga num canto e deixa lá. E que eu achava que eu tinha o direito de me tratar também. E essa carta realmente entregaram, eu pedi e entregou. Ela me chamou três dias depois, conversou comigo, eu expliquei. Perguntou por quê que eu tava tão revoltada e eu falei. E aí de lá para cá, graças a deus, não tô tendo problema não (U7).

A gerente chamou a usuária para uma conversa de modo que ela sentiu que foi ouvida e considerada nesse segundo momento. Para a usuária, o efeito de sua mobilização, pautada em reivindicação como cidadã, abre possibilidades de coprodução de autonomia no CS.

É, o pessoal acha que é só chegar lá, falar, reclamar, falar que vai quebrar... eu também já ameacei, quando eu coloquei o marca-passo, estava revoltada e não conseguia nada, falei que eu ia meter gasolina naquele negócio tudo lá dentro e meter fogo em todos eles lá dentro. Ai a mulher falou "A gente chama o Galba Veloso para você" e eu respondi "Vai ser bom, quem sabe eles me aposentam?". Porque na hora da raiva você fala algumas coisas que num... Mas eu tomei minha atitude, eu escrevi a carta para a diretora, é isso que tem que fazer (...) Eu escrevi a carta, ela me chamou, conversou comigo, me escutou e logo em seguida marcaram um cardiologista para mim e estou fazendo o controle. E se eu não brigo? Tenho um controle de três em três meses, no máximo demora 5 meses. (U7)

Já para U3 o exercício da cidadania está em identificar que há um limite no que o CS pode ofertar, pois há uma dimensão da política pública de governo nos atendimentos.

Eu acho que cuidar da saúde deveria ser do governo, por quê? Muitas pessoas não têm condições. Eu vejo pela gente mesmo, é uma coisa assim difícil, você abre mão de muita coisa pra poder ter o conforto que ela (irmã) tem [refere-se ao sacrifício feito pela família para arcar com as necessidades da irmã]. O conforto que eu digo, assim, ela tem o material para curativo. (U3)

Mesmo que as usuárias não identifiquem espontaneamente os Conselhos de Saúde como espaço para reivindicação e organização das demandas, o fato de identificarem que algo relacionado com a política e organização vigente precisa ser mudado já indica um processo reflexivo no agir em saúde. Em consonância, os profissionais também identificam na gestão e na organização dos distritos alguns impasses para efetivação do cuidado. Porém, T6 considera que há uma primeira responsabilidade do cuidado que é do indivíduo.

Eu já faço uma crítica à lei que fala que é dever do estado a questão da saúde. O texto deveria ser assim: "É dever de cada cidadão e do Estado a promoção da sua própria saúde". Porque, em primeiro lugar, a promoção da minha saúde diz respeito a mim mesma, eu sou responsável pela minha saúde. (T6)

Outro ponto indica que, para os usuários, o acesso à informação e ao conhecimento são mecanismos que colaboram com o exercício da reflexividade e da autonomia, na medida que munidos com mais informações se torna mais possível questionar. Assim, ter acesso à informação é um elemento importante para o exercício da cidadania. T4 identifica que atualmente os usuários chegam munidos de muita informação, principalmente com o advento do Google e da internet. Considera que é um desafio pois, ao mesmo tempo que informações importantes podem ser acessadas, há um filtro a se fazer quanto à veracidade e legitimidade

dessas mesmas informações, o que muitas vezes confunde os usuários e dificulta a vida do profissional.

U4 considera que informação é fundamental para que o usuário seja ouvido pelo profissional, já que isso garante um outro tratamento do profissional ao usuário. A usuária acredita que ações de educação em saúde seriam dispositivos potentes para o exercício da autonomia, pois através de conhecimento o usuário teria mais condições de se fazer ouvido pelo profissional, o que remete à discussão anterior sobre algumas características dos usuários que são valorizadas na relação de cuidado pelos profissionais.

Por fim, uma discussão importante é que, para os profissionais, o conhecimento e a informação podem ser encontrados nas próprias políticas de saúde que regem a APS, como por exemplo, PNAB, PNH, PNPS. Segundo T7

O 1º ponto educação permanente, tá? 2º ponto é o conhecimento do próprio profissional, individualmente, sobre o seu papel no processo de trabalho da atenção primária e no que ele pode contribuir para a capacitação dos colegas. Então uma é uma questão política, educação permanente. Outra, individual. É o profissional. E o outro ponto é a questão cultural, que eu não sei de fato como tratar isso. Porque a gente tá cheio de política para trabalhar. Só que às vezes os profissionais nem conhecem essas políticas. Eu conheço porque eu fiz doutorado em saúde coletiva, estudei, lá lá lá Mas não é uma realidade para todos. (T7)

Entretanto, há algo da formação do trabalhador que é de dimensão da política para além da letra escrita em cartilhas e orientações técnicas. Trata-se da política como possibilidade de cidadania e autonomia, e esse ponto precisa ser discutido: Em que medida a formação do profissional e sua forma de conduzir as práticas de saúde consideram a reflexividade e a possibilidade de produção conjunta de formas de se lidar com os problemas apresentados pelo usuário? Nesse sentido, cabe lembrar Castoriadis (1982), que considera uma dimensão social da autonomia, a qual passa por uma construção de uma sociedade autônoma, pela transformação da sociedade. Em consonância, Passos (2006) defende que a autonomia é também a capacidade de transformar as experiências por meio de projetos coletivos construídos com outros sujeitos. Ou seja, para se pensar a coprodução de autonomia na saúde deve-se considerar os usuários como capazes não apenas de refletir e agir sobre a sua saúde, mas de transformar a sua rede de dependências, incidir sobre a sociedade e transformá-la.

Ainda na perspectiva da articulação entre cidadania e autonomia, lembramos que Dagnino (1994) afirma que a cidadania é o exercício dessa possibilidade de transformação, e de criação a partir da ação reflexiva. Para a autora, não é possível dizer da cidadania sem a

construção da autonomia de todos os sujeitos, na igualdade e na diferença, que corrobore para uma ampliação da democracia, que se dá, principalmente, através da luta política.

Portanto, é preciso furar a bolha do preconceito e estigma ancorados nas desigualdades relacionadas aos determinantes sociais de saúde que as trabalhadoras reproduzem em certa medida na prática na APS. Entender a saúde como reflexão cidadã e participativa é entender que um conceito ampliado de saúde só é possível através da coprodução de autonomia atenta às singularidades e, por isso, acessível a todas e todos.

8.2 Estrutura e processos organizacionais do CS.

Nas entrevistas de usuárias e profissionais, a estrutura e os processos organizacionais do CS aparecem como desafiadores e limitadores na qualidade do atendimento e na possibilidade de se construir práticas de saúde que produzam processos autônomos nos sujeitos. Achamos que expor esse ponto seria importante para melhor situar que, para além da relação entre profissionais e usuários, a autonomia é também construída e atravessada por esses fatores que constituem a APS.

Consideramos desafios estruturais e organizacionais da APS aqueles que dizem sobre a maneira como a APS opera no território a partir da sua equipe, dos insumos, atividades, vínculos trabalhistas e recursos (Turci, Lima-Costa & Macinko, 2015). No que tange à possibilidade de coprodução de autonomia, dois pontos foram elencados pelas entrevistadas como maior limitador para efetividade do cuidado. São eles a rotatividade dos profissionais, principalmente médico e a grande demanda dirigida ao CS. Iremos abordar esses pontos a seguir.

Para as trabalhadoras, a alta rotatividade dos profissionais do CS, principalmente do médico da Esqf é um dos desafios que mais aparecem quando se pensa em como esses processos da estrutura/organização influenciam na coprodução de autonomia. As profissionais apontam que médicos ficam por um curto período no CS, muitas vezes aguardando a entrada em uma residência. As usuárias ressaltam a dificuldade de contar com o profissional médico, podendo a equipe ficar por um bom tempo sem ele até a contratação de um substituto.

O grande desafio para promover a autonomia para o paciente é a alta rotatividade da EqSF. Médicos ficam na equipe só até passarem na residência e existe uma rotatividade alta também nos enfermeiros, além de não terem formação em saúde coletiva. Essa rotatividade também acontece com o NASF, pois se houvessem relações mais estáveis de trabalho e trabalhadores efetivos a rotatividade seria menor, pois não é possível que o profissional conheça os princípios da atenção primária, promoção, vínculo, se ele muda a cada três, seis meses. (T7)

Apesar das trabalhadoras e usuárias atribuírem uma maior rotatividade aos médicos, também identificam que ela existe entre as enfermeiras e equipe do NASF-AB. Como identificado por T7, no trecho acima, as relações de trabalho não são estáveis e muitos profissionais não são efetivos. Isso se dá por uma precarização das relações de trabalho no SUS. T7 aponta que muitos trabalhadores do NASF-AB trabalham em regime de contrato e mudam para outros serviços de saúde em que há maior estabilidade e melhores salários, como na rede privada.

Essa percepção das usuárias e trabalhadoras dialoga com o estudo de Medeiros et al (2010) que apontam que a rotatividade de médicos e enfermeiros na Eqsf acarreta prejuízos na implantação da estratégia, pois há custos com a capacitação da equipe, há prejuízos para os usuários e principalmente, incapacita os profissionais de estabelecerem vínculo com a comunidade. Essa rotatividade está condicionada a motivos objetivos e subjetivos dos profissionais em relação ao trabalho. Ressalta que a rotatividade “não é causa, mas a consequência de fenômenos localizados interna ou externamente à organização” (p.1522), tais como salários, crescimento profissional, relacionamento dentro da organização, condições ambientais do trabalho, grau de flexibilidade das políticas, entre outros.

Em estudo realizado em Belo Horizonte, Sancho et al (2012) avaliam a rotatividade em serviços de saúde da cidade, com base no desafio municipal de fixar e manter os trabalhadores na mesma equipe ou em um mesmo CS. Para os autores, um dos pontos que influencia a rotatividade é a constante ampliação do número de equipes de saúde da família e do quantitativo de trabalhadores nos demais tipos de serviço de atenção da rede.

Desse modo, entendemos que para as usuárias a possibilidade de estabelecer vínculos com as profissionais interfere na forma como esse cuidado é coproduzido. Se a cada ida ao CS, a cada nova prática, a equipe de referência é alterada, entende-se que esse vínculo fica fragilizado. Sendo assim, a alta rotatividade aparece como um problema para as usuárias e para as trabalhadoras, de modo que elas antecipam à problemática da produção de vínculos e autonomia entre profissionais e trabalhadores a própria condição do vínculo trabalhista. Ou seja, quando o tempo do profissional no serviço é curto dificulta-se o vínculo e a longitudinalidade do cuidado (Tonelli et al, 2018) e, logo, os processos autônomos construídos na relação.

Para Sancho et al (2012)

o ato de fixar o trabalhador permite não só um incremento na qualidade de assistência, decorrente da constituição de vínculos entre os diversos profissionais que coletivamente prestam a assistência e da constituição de vínculos com os usuários e com a comunidade, como também na potencialidade de investimento na formação e no aprimoramento do profissional que permanece por longo tempo no seu posto de trabalho (p.433)

Em síntese, apostamos que em contraponto à alta rotatividade, que parece estabelecida, principalmente do médico da Eqsf, é preciso que os vínculos trabalhistas desses profissionais assegurem uma maior possibilidade de um cuidado longitudinal. Também, a coprodução de autonomia parece ser possível na medida em que as profissionais se sentem integradas a uma equipe que opera conjuntamente nas práticas de saúde, pois a alta rotatividade prejudica não apenas o vínculo com o usuário, mas as relações das profissionais dentro da própria equipe, nas construções, trocas e compartilhamento do cuidado.

Outro ponto destacado pelas entrevistadas, e que impacta diretamente no processo de coprodução de autonomia, é a grande demanda dirigida do CS. Para as usuárias, ela se deve ao curto tempo destinado às consultas, ao tempo na fila de espera e à ausência de visitas domiciliares. Já as trabalhadoras consideram que essa sobredemanda gera uma sobrecarga no trabalho e que há um grande volume de atendimentos destinados aos casos agudos.

Para a coprodução de autonomia a alta demanda é um limite na medida em que a grande demanda de atendimento colabora para uma diminuição do tempo ou frequência de atendimento como em consultas curtas ou visitas domiciliares mais espaçadas. Nesse sentido, um cuidado pautado na fala e especificidades de cada sujeito é um desafio e o tempo que sobre costuma ser ocupado com prescrições de toda ordem, o que interfere na qualidade do atendimento.

As ACS, profissionais que habitam o território e têm maior proximidade com os usuários, contam que eles se cansam de ir ao CS e não conseguir nada. Entende-se que a alta demanda também é difícil de ser manejada pelos profissionais, o que muitas vezes reflete o subfinanciamento da saúde. Porém, Campos (2003) reconhece que a ampliação do atendimento não passa apenas por mais recursos financeiros, mas também pela capacidade da gestão e dos trabalhadores refletirem sobre suas práticas. Para isso ele propõe um método¹⁵:

O Método Paidéia sugere um modo para atenuar a peleja entre a demanda infinita e a finitude de recursos (entre eles, também a paciência das equipes que é também finita): envolver os pacientes, famílias e comunidade na produção de sua saúde. Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade de as pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agentes de saúde de sua família e de sua comunidade. Partilhar conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis. Descobrir dentro da própria comunidade pessoas ou grupos de

¹⁵ Conferir capítulo 3.

cuidadores que ajudem a equipe no cuidado de casos complexos: voluntários que apoiem idosos, vizinhas que ajudem mães sobrecarregadas, etc... (Campos, 2003, p.72)

Entende-se que o contexto da COVID-19 também limitou os atendimentos do CS, mas que a alta demanda já era uma questão antes mesmo da pandemia.

Sabe quando você vê assim, eu gosto do que eu faço. Eu gosto de ir às casas, de ajudar, de ver a pessoa levantar, fazer as coisas, aceitar. Eu gosto, eu gosto do que eu faço. Mas quando você chega para buscar uma coisa e você não consegue, onde pode dar, aí eu fico... Fico muito desanimada, sabe? Você tem que ficar pelejando, pelejando, pelejando, pelejando, para poder o trem dar certo. Não dá não. Eles de um lado e as dificuldades nossas de outro. Porque médico, a condição de... Não é uma coisa assim, rápida. Essa dificuldade da agilidade de tudo é muito difícil. É muito difícil. Mas por isso que eu falo com eles, o centro de saúde não é uma coisa que, adoeceu você vai lá. É uma prevenção, você vai cuidando de você. (T9)

T2 atribui que entre a alta demanda de atendimentos, aqueles que são sobre sintomas agudos, por exemplo, a COVID-19, sobrecarregam a equipe e que existe um limitador de demanda deste tipo de atendimento. “A demanda do espontâneo é tão grande que poderia se dizer que o Centro de Saúde pode ser chamado de "UPA (nome do CS)""" (T2). Segundo Weiler, Camargo e Burg (2002) em estudo realizado no sul do país, “com o aumento dessa demanda espontânea, as gestoras utilizaram algumas práticas para organizar o fluxo de atendimentos e adequar os serviços (p.5). Inclusive, no período de maior propagação da COVID-19 pelo menos um CS de cada regional de Belo Horizonte foi transformado em UPA. Desse modo, identifica-se um deslocamento dos atributos da APS tanto em consequência da pandemia, mas também do lugar e do tipo de atendimento que estão sendo oferecidos neste nível de atenção.

Entende-se que há um direcionamento político para a gestão da APS que influencia na forma como ela opera no território e consegue ofertar cuidado aos usuários. E que a pandemia colaborou para sua dificuldade de funcionamento, principalmente pela alta demanda dirigida a ela. Mas as entrevistadas localizam que há algo para além da pandemia, que se refere à organização de governo e do social, que impacta na qualidade do atendimento. Citam que há mudança na população adscrita, pois atualmente novos usuários têm procurado o CS por terem precisado cortar convênios de saúde, ou seja, identificam uma mudança econômica do território (T1, T4). Para algumas trabalhadoras, cortes no orçamento da saúde e da assistência social também mudaram o perfil socioeconômico da população (T5). Há também uma cobrança da gestão de que os trabalhadores cumpram metas de atendimentos diárias, o que segundo T1,

afeta diretamente na qualidade do atendimento, pois é preciso maior agilidade para que esta meta seja cumprida.

Para as usuárias, houve mudanças nos últimos períodos que melhoraram o tempo de espera para atendimento no CS. Mas, identificam que ainda existem filas, falta de profissionais e dificuldade para garantia de alguns tipos de atendimentos como visitas domiciliares. Apontam que seria necessária uma ampliação da equipe, já que o território é entendido com extenso e é identificado uma grande demanda/procura ao CS. As usuárias reconhecem os avanços do CS em relação às possibilidades de atendimento – apesar de identificarem que há muita coisa para melhorar – mas também identificam uma certa desassistência: o posto é muito cheio (U7), muitos usuários passam mal na fila e não são atendidos por não ter vaga (U4), não há tempo dos profissionais realizarem visitas (U2).

É interessante observar que as usuárias não atribuem tal desassistência aos profissionais. Dizem que não é “culpa” do profissional, inclusive reconhecem que a equipe faz o que é possível de se fazer com o que lhes é possibilitado, indicando que existe algo que é de responsabilidade da política pública de governo.

Queremos apresentar esse ponto para pensar a coprodução da autonomia por duas razões. A primeira, já mencionada, é pelo entendimento de que a autonomia é construída na relação e no contexto e nas condições que são dadas e nas quais o sujeito está inserido (Campos & Onoko-Campos, 2006). Segundo, porque percebemos que essas condições organizativas e estruturais do CS atravessam muito o cuidado e a possibilidade de produção de autonomia. Não obstante, identificamos que algumas usuárias apresentam saídas inventivas, que remetem a um processo autônomo, uma vez que se baseiam no refletir e agir sobre a sua saúde e sua rede de dependências sugerindo intervenções para uma maior efetividade do cuidado do CS. Vejamos dois exemplos.

U4 aponta que para ela o cuidado em saúde deve ser feito de maneira holística, de modo a entender o paciente como um todo. Sendo assim, considera que quando o usuário vai ao CS ele precisa ser considerado nessa completude e não apenas como um número e que esse entendimento começa na recepção e no acolhimento. Para ela, muitas vezes os usuários são recebidos apenas com uma resposta de que não há vaga, ou de que só haverá em algumas semanas, e isso não é entender qual a demanda de saúde dele no momento. Então, aponta que uma saída para esse impasse é um maior treinamento da recepção para o atendimento dos usuários.

A usuária ainda aponta que da parte do usuário é preciso que ele tenha maior acesso à informação, de modo que além do treinamento da equipe é necessário educar e passar informações aos usuários sobre as suas doenças.

Informação e responsabilizar a pessoa. São duas coisas fortes. Porque uma coisa é você responsabilizar uma pessoa que não sabe. Não adianta se ela não sabe. “Obesidade faz mal!” Mas que mal? Então, assim, é educar. Dar informação e responsabilizar. Não no sentido de acusação, mas dela realmente saber que é responsável pela sua própria saúde (U4).

Essa usuária, ao refletir sobre as condições de saúde, propõe formas de agir para modificar a sua rede de dependência, o que se aproxima de um processo de produção de autonomia.

U7 tem esperança de que o CS melhore ainda mais. Por isso, considera que o CS precisaria ser ampliado, pela crescente demanda pela ampliação dos atendimentos a vários bairros. Considera, assim como outras usuárias (U6), que é necessária uma ampliação do número de profissionais para um melhor atendimento. Para além disso, a usuária propõe estratégias para que o CS opere de uma maneira melhor em relação à demanda. Sugere que o CS tenha um segurança para distribuir fichas no portão de acordo com o número de vagas diárias de cada equipe, pois, segundo a usuária, isso evitaria a fila que se forma para consultas e exames e que vem gerando confusão e brigas por não haver vagas para todo mundo que espera. Com as fichas, os usuários não esperariam tanto tempo na fila, sabendo o número de atendimentos possíveis no dia.

Entretanto, talvez caberia aqui questionar se U4 e U7 se propõem agir para essa mudança ou se aguardam passivamente que os profissionais mudem sua forma de agir.

Para Paulo Freire (1996), a construção da autonomia (e do empoderamento) é atrelada às possibilidades de o sujeito autônomo superar as desigualdades, as opressões e os aspectos sociais e históricos que o colocam em determinada posição. Por isso, pensamos que no exemplo da usuária U7 ela modifica a sua posição de usuária que recebe o cuidado de determinada forma, com determinada limitação, para pensar e agir de que forma essa condição pode ser superada para a comunidade.

Por fim, é importante ressaltar que as usuárias identificam a importância do SUS e do CS no seu cuidado em saúde “é o meu SUSMED” (U1); “mais efetivo que convênio” (U4); “não tenho o queixar dos profissionais” (U5). O fato de o CS ser no território, perto de casa, e acessível, é um fator valorizado pelas usuárias. Conclui-se que as usuárias reconhecem avanços no CS ao longo de seu acompanhamento, mas que muito ainda precisa ser fortalecido através,

principalmente, de recursos e investimentos. Já para as profissionais, pesa a fragilidade do vínculo trabalhista e a necessidade de formular estratégias, assim como as apontadas, que contribuam com a redução da sobrecarga de trabalho.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária à Saúde sempre foi um espaço que me encheu de desejo. Sustentar a construção dessa pesquisa em um momento em que a saúde foi marcada pela pandemia da COVID-19 e por desmontes no orçamento e no financiamento de políticas importantes que fomentam a potência deste espaço, não foi tarefa fácil. Mas, a aposta desejante de construção deste espaço, as trocas com o grupo de pesquisa, com as trabalhadoras e usuárias, fizeram ser possível colocar a autonomia no centro da discussão e pensar a APS através de tecnologia relacional, pensar a construção do espaço e da produção de saúde pelas relações.

A autonomia ocupa um lugar significativo na construção da política de saúde, na PNAB (2017), na PNPS (2018), PNH (2013) e fundamenta ferramentas e dispositivos importantes que orientam as práticas de saúde na APS, como Projeto Terapêutico Singular, Promoção da Saúde, Clínica Ampliada, Apoio Matricial, etc. Mas, na nossa discussão com as profissionais e usuárias identificamos que as práticas de saúde realizadas na APS são muitas vezes orientadas por modelos biomédicos, cujo caráter prescritivo domina a condução da prática de saúde e coloca desafios à APS para a coprodução de autonomia entre usuários e trabalhadores.

Destaca-se que, na concepção das profissionais, são elas que convencem e que ensinam o autocuidado e autonomia, reforçando o lugar do saber técnico desvinculado de uma produção em ato que leve em conta as subjetividades, a história e contexto sociocultural, territorial e afetivo que atravessam o trabalho e o cuidado.

Já os usuários, mesmo quando interrogados na entrevista sobre as possíveis mudanças na concepção e cuidado da própria saúde que relacionavam ao acompanhamento em saúde pelos trabalhadores da APS, estes não identificam que estas mudanças se devem à relação com os trabalhadores e o CS. A dificuldade de diálogo e a orientação prescritiva nesta relação podem ser aspectos que colaboram para isso. Sem espaço para dizerem sobre suas demandas, crenças e saberes, os usuários não reconhecem a relação com os profissionais como agenciadora de mudanças.

Porém, observamos que há uma aposta das profissionais em práticas que se orientem pela escuta, apresentadas ora como sinônimo de coprodução de autonomia, ora como um desafio frente à alta demanda e à sobrecarga de trabalho em que não se tem tempo para ouvir. Este investimento na escuta é um indicativo de uma abertura das profissionais para a construção conjunta, mas que muitas vezes é impossibilitada pela organização e funcionamento do CS.

Como apontamos na discussão, os atravessamentos da organização da APS intensificados pela demanda da COVID-19, convocam os profissionais e usuários a realizarem atos inventivos que fortaleçam a construção diária da APS, seus processos de trabalho e as práticas de cuidado em saúde. Observamos profissionais que vão de veículo próprio para visita domiciliar, ACS que orientam os usuários no supermercado, usuários que ensinam curativos aos profissionais do CS. Mas, acreditamos que os processos inventivos podem ser muito mais potentes se houver espaço e políticas adequadas para a APS ampliar sua atuação no território (como apontam usuárias e profissionais), indo além de medidas que tamponam gargalos do serviço.

Queremos destacar o vínculo como aposta e dispositivo potente para coprodução de autonomia. O vínculo entre usuários e profissionais foi importante condição para pensarmos a coprodução. Acreditamos que uma reflexão importante que se fez nesta pesquisa, e está sendo feita em outros estudos do Lagir, apontam para a importância dessa articulação entre vínculo e autonomia para construção de práticas de saúde menos individualistas como aquelas indicadas na discussão sobre o autocuidado e a responsabilização/culpabilização do usuário¹⁶.

Assim, buscou-se analisar as possibilidades de coprodução de autonomia na concepção de usuários e trabalhadores, considerando o lugar distinto que esses sujeitos ocupam na produção de saúde. Entendemos que a autonomia é uma espécie de palavra-força que ambos consideram importante e que muitas vezes é entendida como uma independência no cuidado em saúde. Há uma ênfase nas entrevistas sobre o caráter individual da produção de autonomia, mas queremos justamente reforçar que ela só é possível através do encontro. Na medida em que se individualiza a autonomia, há manutenção de relações de poder entre profissionais e usuários e de orientações que são calcadas na prescrição, mesmo que a lógica prescritiva se direcione, por exemplo, para o autocuidado.

¹⁶ Conferir capítulo 7.

Identificamos, pois, que é necessário transformar as práticas e por isso faremos uma síntese de apontamentos que possam contribuir para o fortalecimento de uma APS que considere cada vez mais a autonomia como elemento importante para as práticas, e não apenas restrita à letra escrita da política. Desse modo, consideramos

- A APS como potente para se coletivizar o cuidado e fomentar práticas de cuidado menos individualizantes, por meio de dispositivos, estratégias, territórios, comunidade e familiares;
- Necessidade de coletivizar a autonomia nas práticas dos profissionais na APS, de modo que autonomia não seja entendida como uma transmissão, um ensino direcionado entre profissional e usuário e sim como produto coletivo engendrado nos encontros e nas diversas práticas no território;
- O fortalecimento do vínculo como dispositivo potente para coproduções em saúde, principalmente para a coprodução de autonomia;
- A formação, através de Educação Permanente em Saúde, de profissionais e gestores para operarem ferramentas e dispositivos que tomam a produção de autonomia como norteadora de uma prática clínica ampliada: Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial;
- Se os usuários e profissionais entrevistados reforçam que há algo cultural na forma como se organiza o serviço e as práticas de saúde e principalmente, na forma como os usuários parecem “aceitar” e “gostar” de práticas mais prescritivas, é necessário fomentar espaços para que as trocas e saberes destes usuários sejam considerados como importantes, buscando contribuir para seu empoderamento no processo de cuidado em saúde;
- Considerando a autonomia relacionada à cidadania, é importante que os usuários considerem as práticas de saúde nesse lugar do exercício da cidadania, ou seja, é importante se pensar espaços onde os usuários possam refletir e agir sobre a sua saúde, sobre sua rede de dependências e sobre o território onde estão. Fortalecer os conselhos locais de saúde é um ponto importante, já que os espaços do controle social não são citados e considerados pelos usuários como lugar de construção e manifestação da cidadania.

Acreditamos que esse estudo ajuda a cumprir uma das responsabilidades da PNAB (2017) que é a reflexão sobre as práticas através da produção de pesquisas científicas:

“promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica”. Desse modo, ao colocar a autonomia como discussão importante no âmbito da APS, pretende-se disseminar a necessidade do debate das tecnologias relacionais como fundamentais nas práticas que são realizadas neste nível de atenção.

Finalmente, é importante ressaltar que o estudo foi realizado na APS de Belo Horizonte-MG, mas que as discussões e pontos destacados também podem colaborar para discussão da autonomia na APS de outras localidades do país. Esperamos que as análises possam contribuir uma APS cada vez mais fortalecida e relacional. Menos prescritiva e mais potente com suas estratégias tão importantes para se pensar um outro jeito de se fazer saúde. A APS pode se sustentar como lugar da possibilidade, do encontro, e a grande aposta de um SUS que opere na contramão de práticas individualizantes e normativas. A APS é aposta de muitos que a utilizam, constroem, refletem, estudam e trabalham diariamente. É também, a nossa aposta para a possibilidade de processos de saúde orientados pela coprodução de autonomia.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, R. A., & Jorge, M. S. B. (2010). Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitado? *Rev. baiana saúde pública*, 34(2), abr.-jun.
- Albuquerque, T. S. (2015). Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa. In Souza, I. E. (Org.), *Paulo Freire vida e obra* (pp. 203-246).
- Andrade, L. O. M., & Barretto, B. (2006). Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. In Minayo, M. C. S., Campos, G. W. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. (Eds.), *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec/Fiocruz.
- Andrade, E. O., Abrahão, A. L., & Givigi, L. R. P. (2018). A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em saúde. *Comunicação Saúde Educação*, 22(64), 67-76.
- Assis, M. M. A. (2010). Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários (online). EDUFBA; 180 p. Disponível em <http://books.scielo.org>.
- Barros, D. G., & Chiesa, A. M. (2007). Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41(n. esp), 793-798, dez.
- Belo Horizonte (2018). Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Disponível em <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude/plano-municipal-de-saude>
- Belo Horizonte. (2019). Distritos sanitários. Recuperado em outubro de 2020, em <http://www.pbh.gov.br/smsa/montapagina.php?pagina=distritos/index.html>.
- Belo Horizonte. (2020). Norma técnica COVID-19 nº 007/2020. Recomendações para adequação das atividades desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em situação de surtos/epidemias de Síndrome Gripal e infecção pelo SARS-CoV-2.
- Berth, J. (2019). *Feminismos Plurais*. São Paulo: Pólen.
- Borges, R. F., & Luizo, C. A. (2010). Pesquisa qualitativa em saúde mental: alguns apontamentos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1).
- Brasil (2006). Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a política de promoção da Saúde. Recuperado em outubro de 2020.
- Brasil (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017). Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017: Anexo XXII. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2. Brasília: Ministério da Saúde.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2).
- Bub, C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., & Liss, P. E. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15, 152-157.
- Camargo-Borges, C., Mishima, S., & McNamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais*, 1(1), 8-19.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Campos, R. T., & Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In Minayo, M. C. S., Campos, G. W. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., & Carvalho, Y. M. (Eds.), Editora Hucitec/Fiocruz.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.
- Campos, G. W. S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes. *Psicologia em Revista*, 18(1), 148-168.
- Campos, G. W. S., Gutiérrez, A. C., Guerrero, A., & Cunha, G. T. (2007). Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In Campos, G. W. S., & Guerrero, A. V. P. (Eds.), *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada* (pp. 169-194).
- Carrijo, R. S., & Rasesa, E. F. (2013). Como negociar a responsabilização em conversas sobre viver com diabetes. *Psicologia e Sociedade*, 25(3), 653-663.
- Carvalho, R. S. (2002). *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas dos sujeitos e da mudança*. (Tese de Doutorado, UNICAMP, Campinas, Brasil).
- Chiaverini, D. H. (Ed.). (2011). *Guia Prático do matriciamento em Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde / Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Castoriadis, C. (1982). *A instituição imaginária da sociedade*. (G. Reynaud, Trans.). Rio de Janeiro: Pax e Terra.
- Castoriadis, C. (1993). La noción de autonomía según Castoriadis. *Diálogo con Cornelius Castoriadis. Cuaderno de jornadas*, 03. Retrieved from <http://omegalfa.es/autores.php?letra=c#>
- Castoriadis, C. (1998). La cuestión de la autonomía social e individual. *Contra el poder*. Retrieved from <http://omegalfa.es/autores.php?letra=c#>
- Coelho, I. B. (2007). Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. In Campos, G. W. S., & Guerrero, A. V. P. (Eds.), *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada* (pp. 169-194).
- Correia, M. V. C., & Medeiros, S. M. A. (2014). As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo saúde e doença em

- questão. In Vasconcelos, K., & Costa, M. (Coords.), *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 111-158).
- Cruz Neto, O. (2001). O trabalho em campo como descoberta e criação. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (18ª ed.).
- Dagnino, E. (1994). Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In E. Dagnino (Org.), *Os anos 90: política e sociedade no Brasil* (pp. 103-115). São Paulo: Brasiliense.
- Davi, J., et al. (2014). Notas sobre a crise capitalista e as tendências da Seguridade Social Brasileira. In K. Vasconcelos & M. Costa (Coords.), *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 9-46).
- Diógenes, M. A. R., & Pagliuca, L. M. F. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, 24(3), 286-293.
- Durand, M. K., & Heidemann, I. T. S. B. (2013). Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 47(2), 288-295.
- Escorel, S. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In L. Giovanella, et al. (Orgs.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (pp. 385-434). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Ferreira Neto, J. L., & Kind, L. (2011). *Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia saúde da família* (1ª Edição). São Paulo: Hucitec Editora.
- Ferreira Neto, J. L., Kind, L., Pereira, A. L., Rezende, M. C. C., & Fernandez, M. L. (2011). Uso da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5), 831-842.
- Firmo, A. A. M., & Jorge, M. S. B. (2015). Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. *Saúde Soc*, 24(1), 217-231.
- Fleury-Teixeira, P., et al. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(Supl. 2), 2115-2122.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fontanella, B. B., Ricas, J., & Turanto, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Foucault, M. (2004). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In *Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política* (pp. 00-00). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gaskell, G. (2000). Entrevistas individuais e grupais. In G. Gaskell, *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (2ª ed., pp. 64-89). Petrópolis: Editora Vozes.

- Gil, C. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6), 1171-1181.
- Giovanella, L. (2018). Atenção Básica ou atenção primária à saúde? *Cad. Saúde Pública*, 34(8), e00029818.
- Gomes, M. M. O. (2013). O cuidado de si na redução de danos: uma análise histórica, política e ética, a partir de Michel Foucault. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão.
- Gomes, M. M. G., Ferreri, M., & Lemos, F. (2018). O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), 189-195. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>
- Guedes, R. N., & Fonseca, R. M. G. S. (2011). A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(spe2), 1731-1735.
- Haeser, L. M., Büchele, F., & Brzozowski, F. S. (2012). Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis (Rio J.)*, 22(2), 605-620.
- Jorge, M. S. B., et al. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, p. 3051-3060.
- Junior, M. A. D. (2009). Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Junior, J. B. O., Grisotti, M., Manske, G. S., & Morreti-Pires, R. O. (2021). As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 45(128), 45-53.
- Kant, I. (1995). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Porto Editora, LDA. Tradução: Paulo Quintela.
- Lages, M. N., Castilhos, D. C., Callegari, R., Castro, I. N. V., & Santos, B. S. (2009). Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção do autocuidado com a saúde. Recuperado de [URL]
- Leal, A. C. C., Marluce, A. A., Assis, M. A., & Santos, A. M. (2014). Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 38(3), 539-554.
- Lima, L. S., & Agrela, E. A. (2019). Autonomia no campo da saúde mental: uma revisão de literatura. *Rev. Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. Recuperado de [URL]
- Lima, T. J. V., et al. (2014). Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. *Saúde Soc.*, 23(1), 265-276.
- Lotta, G., et al. (2021). A pandemia de COVID-19 e os profissionais da saúde pública: uma perspectiva de gênero e raça sobre a linha de frente.

- Massuda, A. (2007). Práticas de Saúde Coletiva na Atenção Primária em Saúde. In GWS Campos & AVP Guerrero (Orgs.), Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada (pp. 169-194).
- Medeiros, C.R.G., Junqueira, A.G., Schwingel, G., Carreno, I., Jungles, A.P., & Saldanha, O.M.F.L. (2010). A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1), 1521-1531.
- Merhy, E.E., & Queiroz, M.S. (1993). Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(2), 177-184.
- Mendes, E.V. (2012). As redes de atenção à saúde. Brasília: 2º ed.
- Ministério da Saúde. (2002). As cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Editora MS.
- Ministério da Saúde. (2006). Política Nacional de Promoção da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). Política Nacional da Atenção Básica. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
- Minayo, M.C.S. (1993). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Editora Vozes.
- Minayo, M.C.S. (2001). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 239-262.
- Minayo, M.C.S. (2001). Ciência, Técnica e Arte: O desafio do conhecimento em pesquisa social. In M.C.S. Minayo (Org.), Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade (18ª ed., pp. 1-23). Petrópolis: Editora Vozes.
- Minayo, M.C.S. (2014). Técnicas de pesquisa: O desafio do conhecimento. Huciet (14ª ed.).
- Monken, M., & Gondim, G.M.M. (2016). Território: lugar onde a vida acontece. In V.J. Bornstein et al. (Orgs.), Curso de aperfeiçoamento em educação popular em saúde: textos de apoio.
- Nascimento, L.A., & Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 26(1), 103-121.
- Oliveira, C.L., et al. (2011). Uma experiência de empoderamento de mulheres na Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. med. fam. comunidade*, 6(21), 283-287.
- Oliveira, Z. M., et al. (2017). Cuidado de enfermagem no climatério: perspectiva desmedicalizadora na atenção primária de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(supl.2), 1032-1043.
- Onocko-Campos, R., & Campos, G. W. C. (2006). Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. C. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, J. Drumond Júnior, & Y. M. Carvalho (Orgs.), Tratado de Saúde Coletiva (pp. XXX-XXX). Hucitec/Fiocruz.

- Orem, D. (1980). *Nursing concepts of practice* (2nd ed.). New York: Mc Graw-Hill Book.
- Penido, C. M. F., & Romagnoli, R. C. (2018). Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicol. soc. (Online)*, 30, e173615.
- Pimentel, A. F., Barbosa, R. M., & Chagas, M. (2011). A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. *Interface comun. saúde educ*, 15(38), 741-754.
- Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, A. M. A., & Vieira, N. F. C. (2007). Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, 15(2), 276-283.
- Ramos, B. F. (2014). Promoção da Saúde no cotidiano dos serviços de saúde: um caminho com muitas barreiras. In K. Vasconcelos & M. Costa (Coords.), *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 321-352).
- Ribeiro, R. C. F. (2017). *Experiências autonomistas em saúde mental: Possibilidades de empoderamento* (Tese de doutorado). Belo Horizonte.
- Ribeiro, J., Souza, D. N., & Costa, A. P. (2016). Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciência. Saúde Coletiva*, 21(8).
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 17(3), 415-433.
- Reis, A. R., & Kind, L. (2014). A saúde de homens presos: promoção da saúde, relações de poder e produção de autonomia. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, 20(2), 212-231.
- Sancho, L. G., Carmo, J. M., Sancho, R. G., & Bahia, L. (2012). Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte-Minas Gerais: Um estudo de caso. *Trab. Educ. Saúde*, 9(3), 431-447.
- Santos, A. M. (2008). Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. saúde pública*, 42(3), 464-470.
- Santos, A. R., Carvalho, M. F., Santos, R. M. M., Anjos, A. D. S., & Andrade, C. S. (2018). A produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde: Uma compreensão teórico-filosófica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(3).
- Santos, F. P. A., Acioli, S., Machado, J. C., Souza, M. S., Rodrigues, V. P., & Couto, T. A. (2018). Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. *Rev. Enfermagem UEPE online*, 12(1).
- Santos, R. B., et al. (2016). Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará. *RECIIS (Online)*, 10(3), 1-10.
- Shor, I., & Freire, P. (1986). *Medo e Ousadia: O cotidiano do professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Silva, J. A., et al. (2018). Experiências, necessidades e expectativas de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. bioét. (Impr.)*, 26(1), 95-101.

- Silva, M. R. F., et al. (2015). O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *REME rev. min. enferm*, 19(1), 249-254.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. C. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer? *Einstein*, 8(1 Pt 1), 102-106.
- Tesser, C. D., et al. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. bras. med. fam. comunidade*, 10(35), 1-12.
- Tonelli, B. Q., et al. (2018). Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF (Passo Fundo)*, 23(2), 180-185.
- Turci, M. A., Lima-Costa, M. F., & Macink, J. (2015). Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*, 31(9), 1941-1952.
- Vasconcelos, E. M. (2003). *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- Vasconcelos, K. E. L., & Schmaller, V. P. V. (2014). Promoção da Saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In K. Vasconcelos & M. Costa (Coords.), *Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS* (pp. 47-110).
- Weiler, A. B., Camargo, M. E. B., & Burg, M. R. (2022). Percepção dos gestores sobre o impacto da COVID-19 nos serviços da Atenção Primária à Saúde. *Revista Científica Multidisciplinar*, 3(8).
- Wimmer, G. F., & Figueiredo, G. O. (2006). Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 11(1), 145-154.
- Zatti, V. (2007). *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

APÊNDICE 01

Perguntas – Entrevista aberta com usuários

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Nome:

Centro de Saúde/eSF:

Tempo de acompanhamento pela ESF em BH:

RAPPORT: Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa “Processos de coprodução de autonomia na atenção primária à saúde”.

Sou estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estou realizando um projeto de mestrado sobre a produção de autonomia na Atenção Primária à Saúde (APS). Estou interessada em experiências pessoais ligadas ao seu acompanhamento no Centro de Saúde (CS), seja em grupos, no acolhimento, no atendimento individual, etc.

Pergunta disparadora:

Você poderia me contar sobre situações que viveu no Centro de Saúde ou com os profissionais que trabalham lá, em que eles te ajudaram a pensar sobre seus problemas de saúde e, com isso, também ajudaram você a lidar ou enfrentar esses problemas de uma maneira que tenha sido melhor para você?

APÊNDICE 02

Perguntas – Entrevista aberta com trabalhadores

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Nome:

Tempo de acompanhamento pela ESF em BH:

RAPPORT: Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa “Processos de coprodução de autonomia na atenção primária à saúde”.

Sou estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estou realizando um projeto de mestrado sobre a produção de autonomia na Atenção Primária à Saúde (APS). Estou interessada em experiências pessoais ligadas ao seu trabalho no Centro de Saúde (CS).

Perguntas disparadoras:

Você poderia me contar sobre situações ou práticas em que você acredita ter havido uma construção conjunta entre você/sua equipe e usuário, para ampliar as condições dele de refletir e agir sobre sua saúde/problemas de saúde/cuidados necessários à própria saúde?

Com base em suas experiências até hoje, você acha possível haver um processo de produção de autonomia entre trabalhadores e usuários nas práticas da APS?

APÊNDICE 03

Perguntas – Entrevista aberta com especialista

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Nome:

Experiência vinculada a APS:

RAPPORT: Agradecer a disponibilidade de participação na pesquisa “Processos de coprodução de autonomia na atenção primária à saúde”.

Sou estudante do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e estou realizando um projeto de mestrado sobre a produção de autonomia na Atenção Primária à Saúde (APS). Estou interessada em experiências pessoais ligadas ao seu trabalho, sua produção e sua contribuição sobre o tema da APS em Belo Horizonte.

Perguntas disparadoras:

Você poderia me contar sobre situações ou práticas que você participou/observou em que acredita ter havido uma construção conjunta entre equipe e usuários que possa ter colaborado para ampliar as condições deles refletirem e agirem sobre sua saúde/problemas de saúde/cuidados necessários à própria saúde?

Com base em suas experiências até hoje, você acha possível haver um processo de produção de autonomia entre trabalhadores e usuários nas práticas da APS?

APÊNDICE 04

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Usuários

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de **PROCESSOS DE COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Ana Clara Rocha Franco.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. Você não terá despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, mas caso ocorra, você será ressarcido. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores e usuários vinculados à Atenção Primária de Belo Horizonte.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo por ser um usuário que recebe cuidados em saúde através de práticas ofertadas pela Atenção Primária à Saúde. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte sobre as possibilidades de você refletir e elaborar sobre as práticas de saúde que você participa através de situações desafiadoras, mas também situações consideradas positivas que possam ilustrar a coprodução de autonomia nas práticas no dia-a-dia da Atenção Primária. Essa entrevista será realizada na unidade de saúde no qual você é atendido ou na sua residência, respeitando o local que for mais confortável para você. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas

presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de cuidado, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; cansaço, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Primária de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas pelos Centros de Saúde.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

Declaração e assinatura:

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a

informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Ana Clara Rocha Franco - acrf@ufmg.br e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

Data: _____

Professora orientadora
Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda
Ana Clara Rocha Franco

APÊNDICE 05

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de mestrado **PROCESSOS DE COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Ana Clara Rocha Franco.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. Você não terá despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, mas caso ocorra, você será ressarcido. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores e usuários vinculados à Atenção Primária de Belo Horizonte.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo devido a sua experiência como trabalhador(a) da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia, podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte sobre as possibilidades de você refletir e elaborar sobre as práticas de saúde que você oferta através de situações desafiadoras, mas também situações consideradas positivas que possam ilustrar a coprodução de autonomia nas práticas no dia-a-dia da Atenção Primária. Essa entrevista será realizada na unidade de saúde no qual você trabalha. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista

online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; fadiga, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar; constrangimento em não querer participar da pesquisa tendo sido indicado por profissional de saúde referência, colegas ou pela coordenação ou referência técnica do distrito sanitário, apesar de esclarecido que a não participação não resultará em qualquer tipo de retaliação ou perda. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Primária de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas por seus respectivos profissionais.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte- MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

Declaração e assinatura:

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este

termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Ana Clara Rocha Franco - acrf@ufmg.br e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

Data: _____

Professora orientadora
Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda
Ana Clara Rocha Franco

APÊNDICE 06

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialista

Prezado(a) Sr.(a)

Por meio deste instrumento, venho torná-lo(a) ciente da pesquisa de mestrado **PROCESSOS DE COPRODUÇÃO DE AUTONOMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE-MG**, e convidá-lo(a) a participar voluntariamente da mesma. Este estudo está sendo desenvolvido pelo Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. A pesquisa está sob coordenação da Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido e está sendo executada pela mestrandia Ana Clara Rocha Franco.

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo e você poderá conversar sobre ele ou qualquer dúvida que tenha com o próprio entrevistador. Após você ter entendido o estudo, e se decidir participar do mesmo, solicitaremos que você assine o termo de consentimento na última página e rubrique as demais folhas (Resolução CNS nº 466 de 2012 itens IV.5.d), o que já terá sido feito pela pesquisadora. Você também receberá sua via para guardar. A sua participação é voluntária e, conseqüentemente, não é obrigatória e não haverá pagamento por participar desse estudo. Você não terá despesas decorrentes da sua participação na pesquisa, mas caso ocorra, você será ressarcido. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com este serviço.

O objetivo desse estudo é analisar possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. A produção dos dados será realizada a partir de entrevistas abertas com trabalhadores e usuários vinculados à Atenção Primária de Belo Horizonte.

Você foi convidado(a) para participar desse estudo devido a sua experiência como especialista na temática e nos estudos sobre a Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte. A sua participação consiste na concessão de uma entrevista, com duração prevista de uma hora e meia, podendo variar para mais ou para menos conforme sua disponibilidade. Nessa entrevista, será pedido que você conte, através das suas experiências, sobre as possibilidades de se refletir e elaborar sobre as práticas de saúde, que possam ilustrar a coprodução de autonomia nas práticas no dia-a-dia da Atenção Primária. Essa entrevista será realizada em local de sua escolha que for mais confortável para você. Você poderá se recusar a falar sobre qualquer aspecto do assunto abordado.

Você tem a garantia de que os resultados desta pesquisa e suas respostas serão confidenciais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Todos os dados da pesquisa serão identificados apenas por códigos. Somente você e algumas pessoas trabalhando diretamente na pesquisa saberão estes códigos. Caso você autorize, a entrevista será gravada através de um gravador digital. Os arquivos de áudio contendo as gravações de entrevistas presenciais serão armazenados por no máximo 5 anos. Em caso de necessidade de entrevista

online (devido os protocolos de segurança da Covid-19) serão gravados apenas o conteúdo de áudio, através da plataforma OBS, sendo descartado o conteúdo de vídeo. O armazenamento das entrevistas online será por no máximo 5 anos. Nenhuma informação sobre os seus dados será utilizada sem sua permissão. Os dados coletados serão utilizados somente para o estudo.

Os riscos potenciais de participar desta pesquisa são: desconforto com alguma pergunta sobre o processo de trabalho, apesar do esclarecimento feito sobre a preservação do sigilo dos envolvidos na pesquisa; fadiga, embora seja combinado previamente com o participante sobre a possibilidade de interromper ou mesmo suspender sua participação a qualquer momento e em quaisquer dos procedimentos que participar; constrangimento em não querer participar da pesquisa tendo sido indicado por profissional de saúde referência, colegas ou pela coordenação ou referência técnica do distrito sanitário, apesar de esclarecido que a não participação não resultará em qualquer tipo de retaliação ou perda. Será garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Entretanto, como possíveis benefícios, os resultados da pesquisa poderão ser utilizados pela gestão da Atenção Primária de Belo Horizonte- MG na compreensão e elaboração de estratégias de melhoria da qualidade das práticas de saúde ofertadas por seus respectivos profissionais.

Você pode entrar em contato com a Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenadora do Projeto, pelo telefone 3409-6281 e/ou e-mail claudiapenido@ufmg.br, para tirar suas dúvidas sobre sua participação ou para comunicar qualquer problema com relação a este projeto.

Em caso de dúvidas éticas você poderá recorrer aos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde essa pesquisa foi aprovada, que tem o papel de esclarecê-lo quanto questões éticas relacionadas ao projeto de pesquisa. São eles:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) é Av. Antônio Carlos 6627, Unidade Administrativa II, segundo andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte-MG, Brasil, CEP: 31270-901, tel.3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000. Telefone: 3277-5309.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido neste documento. Você e o pesquisador assinarão duas vias iguais, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Atenciosamente,

Cláudia Maria Filgueiras Penido | Coordenadora da Pesquisa

Declaração e assinatura:

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este

termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com a pesquisadora mestranda Ana Clara Rocha Franco-acrf@ufmg.br e com a professora orientadora Cláudia Maria Filgueiras Penido - claudiamfpenido@ufmg.br.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

Data: _____

Professora orientadora
Cláudia Maria Filgueiras Penido

Pesquisadora mestranda
Ana Clara Rocha Franco