

Coprodução de autonomia na Atenção Primária à Saúde^{1,2}

Co-production of autonomy in Primary Health Care

Ana Clara Rocha Franco^a

 <https://orcid.org/0000-0002-0012-9520>

E-mail: anaclararfranco@gmail.com

Cláudia Maria Filgueiras Penido^a

 <http://orcid.org/0000-0002-6417-1939>

E-mail: claudiamfpenido@gmail.com

^aUniversidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Resumo

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como um dos seus objetivos o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na saúde e autonomia. Porém, observa-se que as práticas realizadas se pautam na condução de um cuidado baseado em um modelo biomédico, centrado em uma lógica prescritiva. Este artigo reflete sobre como as práticas são ofertadas na APS e as possibilidades de serem promotoras de um cuidado autônomo. Objetiva-se analisar os possíveis processos de coprodução de autonomia em práticas de saúde na APS de Belo Horizonte; analisar os elementos que os trabalhadores e usuários associam a uma prática de cuidado na APS que possibilite aos usuários pensar e intervir sobre sua saúde; analisar os limites e as potencialidades para a coprodução de autonomia na APS. Foram realizadas entrevistas abertas com trabalhadores e usuários, e foi feita uma análise temática. Ambos os grupos associam autocuidado, responsabilização e vínculo a elementos autonomistas. Para os trabalhadores, há condições que habilitam ou inviabilizam que usuários reflitam e ajam sobre a sua saúde. Identificam-se dificuldades estruturais e organizacionais da APS para coprodução de autonomia. Conclui-se que é preciso tensionar a lógica prescritiva predominante e realizar um movimento de abertura para a produção de subjetividades diversas e plurais.

Palavras-chave: Autonomia; Atenção Primária à Saúde; Saúde Coletiva; Processos de Trabalho em Saúde.

Correspondência

Ana Clara Rocha Franco

anaclararfranco@gmail.com

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte.

CEP: 31270-901. Brasil.

¹ Agradecimentos: As autoras agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro e concessão de bolsa de pesquisa durante parte do mestrado da primeira autora.

² Fontes de financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)- bolsa de mestrado.

Abstract

An objective of primary health care (PHC) refers to the development of comprehensive care that impacts on health and autonomy. However, the practices carried out are based on a biomedical model of care that focuses on a prescriptive logic. This study reflects on how PHC offers these practices and their possibilities to promote autonomous care. It aims to analyze possible processes of coproduction of autonomy in health practices in the Belo Horizonte PHC; to analyze elements workers and users associate with a practice of care in PHC that expands the conditions for users to think about and intervene in their health; and to analyze the limits and potential for the coproduction of autonomy in PHC. Open-ended interviews with workers and users and thematic analysis were carried out. Both associated self-care, accountability, and bonding with autonomous elements. Workers found conditions that enable or prevent users from reflecting and acting on their health. They identified structural and organizational difficulties in PHC for the co-production of autonomy. Thus, it is necessary to pressure the predominant prescriptive logic and open it to the production of diverse and plural subjectivities.

Keywords: Autonomy; Primary Health Care; Public Health; Health Work Processes.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), regulamentada pela Portaria nº 648/2006, organiza a entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos objetivos da APS é “desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (Brasil, 2017, p. 19). Para tanto, utiliza-se de tecnologias de cuidado variadas e complexas, considerando demandas e necessidades de saúde do território, práticas de cuidado e de gestão democráticas e participativas (Brasil, 2017).

Embora a APS seja o ponto fundamental de atuação do SUS no país, há dificuldades na sua implementação. Na prática se reproduz o modelo biomédico dominante (Campos *et al.*, 2007), o que tende a promover um reducionismo que considera a saúde e a doença como dicotômicas e restritas a fatores orgânicos ou biológicos. Segundo Santos *et al.* (2018), apesar de a APS ter um arcabouço de normas e políticas pautadas na corresponsabilidade, na coprodução de autonomia e no protagonismo dos sujeitos, ela vem sendo atravessada por valores que produzem processos de trabalho distantes dessa base. Nesse sentido, destacam-se desafios que assombram sua efetivação, sobretudo relacionados ao modelo biomédico, tais como predominância de atos de cuidado prescritivos, formação tecnicista de profissionais e protocolos de atenção à saúde produtivistas e disciplinadores. Reforça-se uma posição do trabalhador como detentor de um saber que o usuário não pode acessar, o que se traduz na prática de cuidado como tutela, de modo ao trabalhador responsabilizar isoladamente o usuário pelo cuidado (ou descuido) em relação à sua saúde.

Com base no exposto, este artigo tem como questão: O encontro entre trabalhadores e usuários tem contribuído para a ampliação de condições dos usuários pensarem e intervirem sobre sua própria saúde? Ou, em outras palavras: As práticas de saúde realizadas no âmbito da APS se pautam na construção de autonomia? Parte-se do pressuposto de que a possibilidade de coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários é um elemento fundamental para que a APS opere para além do binômio saúde-doença.

A concepção de autonomia que orienta este estudo é do campo da Saúde Coletiva (Onocko-Campo; Campos, 2006), inspirada em autores como Castoriadis (1982) e Freire (1996). Compreende-se autonomia como a capacidade de os sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos, além de lidarem com suas redes de dependência. Trata-se de uma tecnologia em saúde que se traduz em dispositivo relacional no cuidado em saúde, operada na relação entre trabalhador e usuário, que a coproduzem (Onocko-Campos; Campos, 2006).

Cabe ainda destacar a autonomia como fundamento e diretriz da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2017, de forma articulada à integralidade, resolutividade, participação social e equidade. Segundo tal política, é preciso garantir uma ampliação dos coeficientes de autonomia dos usuários e dos grupos sociais sobre a sua saúde (Brasil, 2017). Esse seria um dos principais objetivos do trabalho em saúde, segundo Coelho (2007). Para o autor, a autonomia possibilita ao sujeito cuidar melhor de si e dos outros, e produzi-la é tarefa de todos os trabalhadores e gestores do sistema de saúde. (Coelho, 2007).

A partir do que se apresenta, é possível vislumbrar uma aposta da APS no aumento dos coeficientes de autonomia produzidos na relação entre usuários e trabalhadores. Portanto, este estudo teve por objetivo analisar se as práticas de cuidado na APS, entre trabalhadores e usuários, são promotoras de sujeitos autônomos com condições de raciocinar e intervir em termos de sua saúde (Onocko-Campos; Campos, 2006). Para isso, identifica elementos que trabalhadores e usuários associam a uma prática de cuidado na APS que possibilite aos usuários pensar e intervir sobre sua saúde e analisa limites e potencialidades para essa coprodução de autonomia.

Metodologia

Como a relação entre autonomia e APS é um tema pouco explorado na literatura¹, optou-se por uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, que também reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais e da saúde - inacabado e em permanente transformação- e sua dimensão sócio-histórica (Gil, 2002; Minayo, 2014).

A produção de dados desta pesquisa ocorreu entre fevereiro e julho de 2022, na APS de Belo Horizonte, que contava, à época, com 9 diretorias regionais de saúde, 152 Centros de Saúde (CS) e 588 Equipes de Saúde da Família (eSF) (Belo Horizonte, 2018). Foram incluídas três diretorias regionais (A, B e C)², escolhidas com base na facilidade de acesso, uma vez que coincidem com os campos de estágio, extensão e pesquisa do laboratório do qual as autoras deste artigo fazem parte. Por sua vez, os CS de cada regional foram indicados por informantes-chave da pesquisa, que foram colaboradores do laboratório em alguma de suas atividades. Dessa forma, foram incluídos seis CS: três na regional A, dois na regional B e um na regional C.

Participaram desta pesquisa 10 trabalhadoras³, sendo 5 da equipe de Saúde da Família (1 médica, 1 enfermeira, 2 ACS e 1 técnica de enfermagem) e 5 do apoio matricial, seja do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou das equipes de saúde mental dos CS (2 psicólogas, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 terapeuta ocupacional) e 7 usuárias. Da mesma forma que os CS, as trabalhadoras foram indicadas pelos informantes-chave. Já as usuárias foram indicadas por trabalhadoras, e o critério utilizado foi o maior tempo e frequência possíveis de acompanhamento 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

1 Em revisão de literatura realizada para esta pesquisa, em abril de 2020, utilizando os descritores "autonomia" e "atenção primária à saúde" na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sem limite de data, foram encontrados 22 artigos em que a noção de autonomia foi relacionada à APS. Foram excluídos artigos que abordavam a autonomia na gestão dos serviços de saúde, a autonomia profissional ou a autonomia funcional.

2 Para a garantia do sigilo e da ética em pesquisa, utilizaremos as letras A, B e C. Os CS também não serão nomeados.

3 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.

garantam a produção de vínculo, mas que sejam fatores facilitadores.

Como técnica de produção de dados desta pesquisa, dado seu caráter exploratório, foi utilizada entrevista aberta (Minayo, 2014), em que a participante é convidada a falar livremente, a partir de uma questão disparadora, e as perguntas, quando feitas, foram orientadas para aprofundar os temas tangentes aos objetivos da pesquisa. O uso dessa técnica pretendeu ativar nas usuárias processos reflexivos sobre a própria saúde ou sobre o cuidado ofertado em saúde, no caso das trabalhadoras.

Foram realizadas 16 entrevistas, sendo 10 com trabalhadoras, 7 com usuárias (uma das entrevistas foi realizada em dupla, conforme preferência das próprias entrevistadas). O número de entrevistas foi estabelecido de acordo com 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).

Todas as entrevistas com as trabalhadoras aconteceram durante o período de trabalho no CS, em sala privada de atendimento, de acordo com a disponibilidade da entrevistada. No caso das usuárias, cada uma indicou o local de sua preferência, tendo sido realizadas duas entrevistas no CS, uma em um centro cultural e as outras quatro - a maioria-, em suas próprias casas. Tanto as entrevistas de trabalhadoras quanto as de usuárias foram realizadas pela primeira autora, sempre acompanhada de algum pesquisador do referido laboratório.

As entrevistas foram transcritas e analisadas pelo método da análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Braun e Clarke (2006). O processo de análise envolveu a busca, no conjunto dos dados, de padrões repetidos de significados, sendo realizado em seis etapas: (1) leitura do material produzido para familiarização e busca por significados e padrões; (2) produção de códigos iniciais que pareceram interessantes para o objetivo da pesquisa; (3) análise dos códigos e das possíveis combinações para identificação de temas; (4) refinamento dos temas identificados na fase anterior, a partir de critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa; (5) análise detalhada de cada tema, com inclusão de subtemas; e (6) análise final e redação do relatório.

Nos resultados, as entrevistadas serão identificadas como: T (trabalhadoras) e U (usuárias), sempre acompanhadas de um número, de acordo com a ordem das entrevistas realizadas.

Resultados e discussão

Elementos associados à coprodução de autonomia: autocuidado, responsabilização e vínculo

O autocuidado, a responsabilização e o vínculo foram frequentemente evocados pelas entrevistadas de forma associada à ideia de um cuidado que ampliasse suas condições de pensar e intervir sobre a própria saúde, o que consideramos, para efeito dessa pesquisa, como cuidado de base autonomista. Apresentaremos alguns aspectos desses três elementos evocados, a fim de discutir suas aproximações e seus distanciamentos em relação à coprodução de autonomia na APS. Primeiramente abordaremos o autocuidado.

Para Galvão e Janeiro (2013, p. 2), 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”. 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 sexual, cultura, fatores do atendimento em saúde, estado de saúde, aspectos familiares, ambientais, entre outros (Galvão; Janeiro, 2013). Ou seja, as intervenções para o autocuidado devem levar em conta o contexto social e de vida do sujeito, bem como suas crenças, para que sejam ancoradas nas especificidades de cada um.

Segundo as trabalhadoras, o autocuidado depende, primeiramente, de uma conscientização dos usuários sobre o seu agir em saúde, e pode ser identificado pela forma como eles lidam com os seus agravos e se responsabilizam pelo próprio cuidado. Para T1, nem todos os usuários têm “consciência do autocuidado”. A conscientização para o autocuidado também aparece no discurso de T9, que considera que a coprodução da autonomia passa por construir conjuntamente com o paciente uma apropriação do seu autocuidado. As trabalhadoras atribuem a si

mesmas o papel de quem conscientiza sobre o cuidado, cabendo ao usuário seguir as orientações de forma autônoma, por exemplo, na manutenção de curativos de feridas, dietas, atividades físicas, aplicação da insulina, entre outros. Para T9 o autocuidado seria

[...] 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 a gente sempre trabalha nesse sentido, de orientar, de conversar com as equipes para propor uma rede de apoio ali para aqueles. As ACSs ajudam também. Acho que assim, a gente tenta, né? Nem sempre a gente consegue com todos, infelizmente, né? Pior que é difícil.

As usuárias entrevistadas, assim como as profissionais, abordam o autocuidado como um exercício próprio do cuidado em saúde, ou seja, que envolve apenas esforço, controle, alimentação e prática de exercícios físicos (U1, U2). Acreditam que tais práticas sejam sobretudo individuais, e o contato com o profissional de saúde se faz necessário apenas em caso de uma doença ou um agravamento, o que revela uma compreensão bastante reduzida sobre o cuidado em saúde. Nessa perspectiva, as usuárias atribuem aos profissionais um poder sustentado pelo respectivo saber, o que se desdobra em expectativas de receber uma orientação do tipo prescritiva para sanar o problema.

Na perspectiva do autocuidado, identificamos que uma das usuárias, de forma mais autonomista, conseguia fazer uma composição entre o prescrito e os saberes tradicionais que lhe foram transmitidos. Ela (U5) contou que faz uso de “remédios de mato” aliados à medicação orientada pelo profissional. Não deixa de tomar a medicação 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. Destaca-se, nesse caso, a forma de raciocínio da usuária –situada em relação à sua história– para orientar seu cuidado em saúde. Há uma composição entre o saber tradicional e o considerado científico,

prescrito: se o chá de limão não pode ser associado com medicamentos para diabetes, então opta-se pelo chá de alho. Mas deixar de tomar o chá não é uma opção. E nem o remédio. Não há disputa entre esses dois saberes, mas um arranjo potente que admite um cuidado que conjuga o prescrito pelo médico e o transmitido por seu povo. Entretanto, quando perguntada se essa composição havia sido pensada na relação com seu médico, a usuária revela que não contou para ele sobre o uso dos chás, assim como ele também não lhe explicava sobre sua doença ou sobre os medicamentos que prescrevia. Ou seja, embora se identifique aspectos autonomistas na forma como a usuária cuida de sua saúde, pode-se afirmar que ela não foi coproduzida na relação com o profissional que a acompanhava.

Assim como o autocuidado, o destaque à responsabilidade individual na produção da autonomia aparece em ambas entrevistas. Para o profissional, pode-se colaborar orientando o usuário no seu cuidado em saúde, mas a forma como o usuário conduzirá esse cuidado é de responsabilidade dele, ou seja, o profissional se responsabiliza pelo cuidado até um certo ponto, como oferecer ao usuário algumas escolhas pertinentes ao seu caso. 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.

Para as trabalhadoras entrevistadas, a responsabilidade do cuidado em saúde é compartilhada entre elas e os usuários até um determinado limite, sendo do usuário a responsabilidade pela efetivação da prescrição e, conseqüentemente, do cuidado. Como apontado por T10:

Eu entendo que eu tenho que levar o usuário a ter a responsabilidade de cuidar dele sozinho. Ele quer 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”.

Nos casos em que os usuários não se responsabilizam como esperado, as profissionais tendem a atribuir a eles culpa pelo insucesso. Se o cuidado não foi satisfatório, é porque o usuário se furto a executá-lo conforme prescrição: não realizou curativos corretamente, não teve hábitos saudáveis, não se alimentou de determinada forma, entre outros.

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 de 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 prescrito por elas. Cabe 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.

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

As usuárias entrevistadas também reconhecem os profissionais como autoridades na condução do cuidado. Consideram que não há espaço para questionamentos, sendo atribuídos ao trabalhador a responsabilidade e o sentido do cuidado em saúde. Essa compreensão assimétrica da responsabilização na relação tem como base a lógica da prescrição. Nesse caso, segundo Santos *et al.* (2018), não há uma relação de troca, que chamamos de corresponsabilização, entre profissionais e usuários. Ao usuário, como no caso de U2, cabe ser um corpo pronto a ser examinado e, na sequência, a executar a prescrição. Como vemos no trecho abaixo, no qual a usuária fica “pronta” para a execução do tratamento:

Porque antes, quando eles vinham uma vez por mês [refere-se à visita domiciliar], o atendimento era espetacular. Não tinha porque 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)

Um desafio elencado por algumas trabalhadoras para ampliar as condições de o usuário raciocinar e intervir sobre a própria saúde é a posição passiva de vários desses usuários, que, em alguma medida, esperam uma prescrição e uma orientação que resolvam seu problema ou sua demanda relacionada à saúde. Essa posição, atravessada por aspectos culturais que remetem a uma posição paternalista e de tutela de trabalhadores para com usuários, despotencializa as coproduções de cidadania e autonomia.

Recortamos um trecho paradigmático de uma entrevista, que reforça a complexidade da discussão sobre o autocuidado e 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 saíam assim ó. Aí não adianta, parece que ele não quer ser curado, não quer fechar aquela ferida, sabe?! Aí a gente conversa, conversa, conversa, “noossa, 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. (T8)

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 da própria saúde. Sem desconsiderar a importância do saber profissional na orientação, é notória a necessidade de um manejo que leve em conta que, como no caso em questão, há algo que o sujeito pode apresentar como importante para ele (como estar na roça) que precisa ser negociado. Pensar a autonomia, nesse caso, implica pensar com o usuário de que forma ele poderia manter o que lhe parece importante, sem deixar de cuidar de sua saúde - desde que se produza com ele, e não sobre ele ou para ele, um sentido para isso. A profissional considera que o usuário parece estar desistindo da vida, mas cabe perguntar de que vida ele parece desistir: da vida vivida -que o faz se sentir vivo, ou da vida prescrita? Falta compreensão e negociação sobre o cuidado entre as partes.

Por outro lado, também foi possível identificar nas entrevistas uma lógica distinta da individualização, comum nas ideias de autocuidado/responsabilização. Algumas trabalhadoras atribuem ao vínculo entre usuários e profissionais o principal fator de mudança nas concepções e formas de agir dos usuários em relação à própria saúde. Tal vínculo se inicia pelo acolhimento e diálogo:

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)

Para T6 é preciso ter um vínculo baseado em uma relação de confiança para que o usuário possa se abrir com o profissional. Campos (2003) reforça que 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 e relações.

As usuárias entrevistadas também ressaltam a importância da relação com os profissionais para o cuidado em saúde e destacam que ela começa

no primeiro momento do acolhimento. Quando perguntadas acerca das relações de cuidado em saúde na APS, as entrevistadas sempre se referiam 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 ele as conhecia com proximidade. Segundo o que apontam, a depender dessas condições desse encontro, pode-se estabelecer um tipo de vínculo que facilita e opera em sentido favorável à construção do cuidado.

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) lembra que vínculo não é apenas uma boa relação, uma conversa amistosa, o que seria um reducionismo.

Perguntamo-nos, a partir das entrevistas, sobre a ideia 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. Tudo indica que não há uma resposta única. Entretanto, de forma geral, para ambas, pode-se inferir que o vínculo é uma espécie de dispositivo potente e agenciador de mudança nas concepções dos sujeitos sobre a sua saúde, mudanças capazes de ampliar as possibilidades de um cuidado autônomo.

Potencialidades e dificuldades para coprodução de autonomia entre trabalhadores e usuários na APS: condições dos usuários e estrutura e organização da APS

A APS é referência para o cuidado dos usuários com problemas crônicos de saúde, o que supõe um cuidado mais longitudinal. Nas entrevistas com as trabalhadoras, quando pedíamos exemplos sobre autonomia na relação com os usuários, geralmente eram de casos de usuários diabéticos, hipertensos, acamados ou “da saúde mental”, o que ratifica que a necessidade de acompanhamento contínuo torna esses usuários mais conhecidos pela eSF, o que tende a facilitar a produção de vínculos entre eles.

Além disso, na análise das entrevistas, pudemos perceber que as trabalhadoras se referiam a alguns

usuários como “difíceis”, “briguentos”, “cabeça fechada”, “com menor condição (financeira)”, “que parecem ter desistido da vida”. Essas observações foram usadas para justificar que, no caso desses usuários, a coprodução de autonomia seria mais trabalhosa ou impossível. No sentido oposto, expressões como “usuários com cabeça aberta”, “com maior condição”, “bons”, “que estão com disposição”, “coração aberto”, “mais tranquilos” são usadas para aqueles com quem é possível construir uma relação de vínculo, de cuidado, o que, para as trabalhadoras, é um importante operador para se produzir autonomia.

T4 acredita que seja mais viável produzir autonomia com usuários que chegam mais tranquilos e com coração aberto, pois se tem mais espaço para conversa e para o diálogo.

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.

Algumas trabalhadoras reiteram que é difícil coproduzir autonomia quando o usuário não está disponível para o estabelecimento de uma 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 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 têm uma armadura, não sei. (T12)

Percebe-se que, para a profissional, o vínculo opera no estabelecimento de processos dialógicos, fundamentais à coprodução de autonomia. Quando não, é atribuída 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.

Além da problematização da aparente dicotomia entre usuários “fáceis” e “difíceis”, é necessário retomar a importância da negociação do sentido do cuidado em saúde para trabalhadores e usuários. Portanto, compreende-se que há um preconceito das trabalhadoras em relação aos usuários, classificando-os de forma dicotômica, resvalada em um debate moral, do que é certo e errado no campo da saúde. Quem é fácil 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. As profissionais identificam aqueles que julgam ter essa condição de pensar e agir sobre a própria saúde de forma condizente com o que consideram correto. Há uma concepção de que determinados sujeitos, por sua condição de saúde, socioeconômica ou cultural, não conseguirão exercer essa prática de maneira reflexiva, logo, de maneira autônoma; a eles 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.

Ora, é preciso lembrar o princípio da universalização do cuidado em saúde, que visa garantir o acesso a todos pela e para a autonomia (Brasil, 2017). Segundo Castoriadis (1993), autonomia e cidadania não podem ser pensadas de forma separada, pois uma não existe sem a outra. No âmbito da APS, o acesso a um sistema de saúde qualificado pode ser compreendido como um direito à cidadania (Campos *et al.*, 2007).

Uma entrevistada, U7, conta que demandava ao CS a marcação de uma consulta com a cardiologia, o que não ocorreu. Com o passar do tempo, a consulta não realizada se transformou, segundo a usuária,

na necessidade de colocação de marca-passo. 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.

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 que eu tava tão revoltada e eu falei. E aí de lá para cá, graças a deus, não tô tendo problema não. (U7)

Nesse segundo momento, a usuária sentiu que foi ouvida e considerada. Para ela, o efeito de sua mobilização, pautada em reivindicação, que poderíamos qualificar como cidadã, abriu outras possibilidades de troca com os trabalhadores do CS que não por meio de brigas e ameaças:

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 [antigo hospital psiquiátrico de Belo Horizonte] 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)

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.

U4 considera que informação é fundamental para que o usuário seja ouvido pelo profissional, já que isso garante outro tratamento do profissional em relação ao usuário. A usuária acredita que o conhecimento do usuário aumentaria as chances de se fazer ouvido pelo profissional, o que remete à discussão anterior sobre características dos usuários que são valorizadas na relação de cuidado pelos profissionais e a importância que poderia ser creditada à educação em saúde.

A relevância da educação também é destacada pelas e para as trabalhadoras. T7 considera que conhecimento e informação relevantes podem ser encontrados nas próprias políticas de saúde que regem a APS, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Entretanto, tende a supervalorar a responsabilidade das trabalhadoras pela própria formação, o que pode indicar limites no planejamento e na execução da política de Educação Permanente em Saúde nos serviços:

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.

É certo que há uma dimensão política na formação do trabalhador, para além da letra escrita em

cartilhas e orientações técnicas. Trata-se da política como possibilidade de cidadania e autonomia, e esse ponto nos faz interrogar: Em que medida a formação do profissional e sua maneira 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? Para se pensar a coprodução de autonomia na saúde, deve-se considerar os usuários como capazes não apenas de refletir e agir sobre a própria saúde, mas de transformar a sua rede de dependências, incidir sobre a sociedade e transformá-la. Portanto, é preciso furar a bolha do preconceito e estigma ancorados nas desigualdades relacionadas aos determinantes sociais de saúde que as trabalhadoras reproduzem quando categorizam os usuários como difíceis. Entender a saúde como reflexão cidadã e participativa é entender que um conceito ampliado de saúde só é possível por meio da coprodução de autonomia atenta às singularidades e, por isso, acessível a todas e todos.

Para além da já discutida “condição dos usuários”, a estrutura e o processo organizacional dos CS foram outros elementos que apareceram nas entrevistas de usuárias e profissionais como desafiadores e limitadores de práticas de saúde produtoras de processos autônomos. 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, das atividades, dos vínculos trabalhistas e dos recursos (Turci; Lima-Costa; Macinko, 2015). A rotatividade dos profissionais, principalmente médicos, e a grande demanda dirigida ao CS foram destacadas como limitadores importantes para efetividade do cuidado.

Para as trabalhadoras, a alta rotatividade dos profissionais do CS, principalmente da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) e do médico da eSF, é o maior desafio. Identificam que as relações de trabalho não são estáveis e muitos profissionais não são efetivos. Segundo T7,

O grande desafio para promover a autonomia para o paciente é a alta rotatividade da eSF. 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.

Tudo indica que a condição do vínculo trabalhista antecede a própria problemática da produção de vínculos e autonomia entre trabalhadores e usuários. 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. Apostamos que vínculos trabalhistas mais consistentes dos 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 entre as profissionais dentro da própria equipe.

Por fim, é destacado pelas entrevistadas que a grande demanda dirigida ao CS impacta diretamente no processo de coprodução de autonomia. As usuárias identificam que ainda existem filas, falta de profissionais, tempo escasso de consulta e dificuldade para a garantia de alguns tipos de atendimentos, como visitas domiciliares. Já as trabalhadoras consideram que essa numerosa demanda 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 pode ser um limite na medida em que diminui o tempo ou a frequência de encontros entre profissionais e usuários, embora o elemento tempo não seja garantia dessa coprodução.

Considerações finais

A autonomia ocupa um lugar significativo na construção da política de saúde (Brasil, 2013, 2017, 2018) e fundamenta diretrizes e dispositivos importantes que orientam as práticas na APS, como Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular e Apoio Matricial. Mas, com base nas entrevistas realizadas com as profissionais e usuárias, identificamos que as práticas de saúde realizadas na

APS são frequentemente orientadas por um modelo biomédico materializado na díade queixa-conduta, cujo caráter prescritivo dominante coloca desafios à APS para a coprodução de autonomia.

As usuárias e profissionais entrevistadas apontam que há uma dimensão cultural nas práticas de saúde que faz convergir o referido modelo biomédico predominante com grande parte das expectativas dos usuários, que tendem a “aceitar” e “gostar” de abordagens mais prescritivas. Apesar disso, é fundamental que os profissionais conduzam as práticas de saúde de forma dialogada, valorizando os saberes dos usuários como meio de promover a cidadania e o empoderamento para agir sobre a própria saúde, a própria rede de dependências e o território onde estão.

Destaca-se que, na concepção das profissionais, são elas que convencem e que “ensinam” o autocuidado e a autonomia, reforçando o lugar do saber técnico desvinculado de uma produção em ato que leve em conta as subjetividades, a história e o contexto sociocultural, territorial e afetivo que atravessam o trabalho e o cuidado. Já os usuários, mesmo quando interrogados nas entrevistas, não reconheciam possíveis mudanças na forma de pensar e cuidar da própria saúde que fossem associadas à relação deles com os trabalhadores e o CS. A dificuldade de diálogo e a orientação prescritiva nessa relação podem ser aspectos que colaboram para isso. Sem espaço para abordarem 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 orientadas 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. Esse investimento na escuta é um indicativo de uma abertura das profissionais para a construção conjunta, mas que muitas vezes é impossibilitada pela organização e pelo funcionamento do CS.

Assim, buscou-se analisar as possibilidades de coprodução de autonomia na concepção, considerando o lugar distinto que os sujeitos ocupam na produção de saúde. Entendemos que a autonomia é uma espécie de palavra-força reconhecidamente importante pelas entrevistadas, mas 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 quando ela é relacionada ao autocuidado e à responsabilização, mas queremos justamente reforçar que ela só é possível por meio do encontro. Na medida em que se individualiza a autonomia, pode haver manutenção de relações de poder e de orientações calcadas na prescrição, mesmo que a lógica prescritiva se direcione, por exemplo, para o autocuidado.

Identificamos, pois, que é necessário transformar as práticas e coletivizar a autonomia nas práticas dos profissionais na APS, de modo que a autonomia não seja entendida como uma transmissão, um ensino direcionado do profissional ao usuário, mas sim como um produto coletivo engendrado nos encontros e nas diversas práticas no território. Finalmente, é importante ressaltar que esta pesquisa foi realizada na APS de Belo Horizonte, MG, mas que as discussões e os pontos destacados também podem colaborar para a discussão sobre coprodução da autonomia na APS em outras localidades do país.

Referências

- BELO HORIZONTE (ESTADO). Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/planejamento-em-saude>. Acesso em: 27 jan. 2025.
- BRASIL. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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). *Diário da União*, Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 23 jan. 2025.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Abingdon, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 121-142.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000400007

CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A. D. A Promoção de Estilos de Vida Saudável. In: CASTIEL, L.D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 73-76.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CASTORIADIS, C. La noción de autonomía según Castoriadis. Diálogo con Cornelius Castoriadis. *Cuaderno de Jornadas*, [s. l.], 1993. Disponível em: <https://omegalfa.es/autores.php?letra=c&pagina=2>. Acesso em: 23 jan. 2025.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 85-120.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GALVÃO, M. T. R. L. S.; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: a autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME*, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-230, 2013.

GIL, A. C. Pesquisas exploratórias. In: GIL, A. C. (Ed.). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2002. p. 41.

LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e responsabilização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 514-522, 2013. DOI: 10.1590/S0034-71672013000400008

MINAYO, M. C. S. *Técnicas de pesquisa: o desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 14. ed., 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R.; CAMPOS, G. W. C. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. C.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 669-688.

SANTOS, A. R. *et al.* A produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde: Uma compreensão teórico-filosófica. *Ciência, cuidado e saúde*, Maringá, v. 3, n. 17, 2018.

SILVA, M. R. F. *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *REME*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 249-254, 2015. DOI: 10.5935/1415-2762.20150020

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018. DOI: 10.5335/rfo.v23i2.8314

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00132114

Contribuições dos autores

Franco participou da concepção do estudo, produção, sistematização, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. Penido participou da produção, sistematização, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Submissão: 14/05/2024

Reapresentação: 11/09/2024

Aprovação: 09/10/2024