



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARIANA MACHADO ARAGÃO

**O DESAFIO DA AUTONOMIA/AUTOCUIDADO DO SUJEITO E A
MEDICALIZAÇÃO SOCIAL: ESTUDO DE CASO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA
2019

MARIANA MACHADO ARAGÃO

O DESAFIO DA AUTONOMIA/AUTOCUIDADO DO SUJEITO E A MEDICALIZAÇÃO
SOCIAL: ESTUDO DE CASO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (PROFSAUDE/MPSF) como requisito para obter o título de Mestre em Saúde da Família

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rocío Elizabeth Chávez Alvarez

Linha Pesquisa: Atenção à Saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

TEIXEIRA DE FREITAS - BAHIA
2019

*Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém.
(Paulo Freire)*

Aos meus pais, sempre.

AGRADECIMENTOS

Aqui, outro lugar. Uma forma de estar, sem sentir-se perdido. Há muitos caminhos, e tantas maneiras de fazer. Para trás um trajeto, que me trouxe até o próximo amanhã. Para a frente, tantas possibilidades e, novamente, um caminho, uma escolha, um destino incerto, sempre à beira do abismo. A vida é, antes de tudo, o simples. O sim e o não, a dissertação e a prosa. A vida acontece na respiração. Simples. A vida não explica, ela segue. Mas, do lado de cá, vamos nos explicando, e explicando o mundo, em tantos “talvez”, que assim nasce, a arte e a ciência. As duas em busca da dúvida, e de modos distintos, se encontram no mesmo caos. Nenhuma resposta é única. Entender que a simplicidade também deveria se encontrar aqui foi difícil, e ao mesmo tempo uma epifania. Mas, ao longo do processo, bebendo da arte, dos referenciais e metodologias, aprendi que devemos resgatar a simplicidade de cada processo. Isso vale para a saúde, e para nossa forma de explicar o mundo. Se a vida é simples, a saúde é liberdade. Liberdade de escolher viver, de escolher estar, de escolher ser. E, não precisar de. Assim, escolho agradecer àqueles que, também por escolha, estiveram de tantas formas presentes na construção desse projeto.

Agradeço a Rocío, pela ternura e endurecimento apropriados, durante todo o processo de elaboração desta dissertação. O modo como você esteve presente, e o incentivo na reta final, contribuíram para o fechamento do ciclo, muito obrigada. Agradeço a todos os professores e professoras do mestrado, no nome do professor Luiz Antônio, pela inspiração em tantas formas. Seus infinitos referenciais, falando de cada autor com a intimidade que lhe é particular, me fez enxergar a pesquisa com olhar mais simples. Agradeço também aos colegas, no nome de Ana Clara, pela parceria em cada etapa, e de tantas maneiras. Sua doçura, sensibilidade e afetuosidade são generosas com quem cruza em seu caminho. Tive muita sorte de ser sua companheira nesse trajeto.

Agradeço aos tantos, que direta ou indiretamente contribuíram no desenvolvimento desse projeto. Agradeço aos colegas de trabalho, no nome de Renata Oliveira, pelas inúmeras vezes em que foram compreensivos, e prestaram apoio ao encerramento desse ciclo. Renata é de uma força e disciplina que ensinam a todos que convivem com ela, muito obrigada pelo apoio e energia. Agradeço a Tiago, Quézia, Marina, Monique, Iasmin, Suian e Jaene, vocês foram colaboradores

essenciais, com tantas formas diferentes de ser e se doar, vocês foram igualmente importantes.

Agradeço a Jas, Eveline e Mirla, por terem me ajudado a dar o primeiro passo, e me libertar. Um beijo carinhoso em Walter Rozadilha e Paulo, pelo encontro com a arte e comigo mesma. O teatro sempre foi, e sempre será um lugar de reencontro, reconexão, e religare. Às amigas de sempre, Manu, Carlinha, Paulinha e Cela, um beijo fraternal. Um grito de euforia às amigas, Erika e Regiane, pelo incentivo do começo, meio e fim, sem se conhecerem vocês estiveram juntas, aqui. Um grito militante a Aleciane e Felipe, pelas tantas conversas profundas que sempre me levam a outro lugar, e por tantas vezes, é exatamente quando estamos em outros lugares que entramos nessa profundidade. Um beijo fraterno em Julia, que mesmo na distância por ora, sempre está comigo. A sua forma de ver o mundo, me inspira e me ensina. Um beijo em Bê, nossas conversas sempre me colocam um passo à frente. Lu, a você dedico todas as músicas de samba, para comemorar. Essa nossa nova conexão é mais uma forma de reencontro com minhas raízes.

A Nata, agradeço pela enorme paciência, pela ajuda incansável, pelo carinho nas horas de agonia, pela compreensão, pelo amor, afeto e essa paz que você me traz. Tudo fez mais sentido porque você estava aqui.

Agradeço aos meus irmãos, Hélio e Juliana, por serem sempre meus heróis. Sem vocês qualquer passo seria mais difícil, e menos divertido. Viver a infância ao lado de vocês, certamente me fortificou. Em vocês vejo a simplicidade de ser. Aos meus pais, todo o meu amor, minha admiração, minha gratidão, por cada fase, cada superação. Com vocês aprendi tudo o que verdadeiramente importa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS PAULO FREIRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Rocío Elizabeth Chávez Alvarez UFSB (Presidente e orientadora)
CPF: 224.419.258-06

Prof(a).Dr(a). Márcia Maria dos Santos de Moraes UFSB (titular interno)
CPF: 362.470.425-00

Prof(a). Dr(a). Paula Hayasi Pinho (titular externo)
CPF: 136.520.618-10

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2

FIGURA 1 - Rede piramidal do autocuidado.....	46
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UR	Unidades de Registro
USFB	Universidade Federal do Sul da Bahia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
3. ARTIGO 1 – A autonomia e autocuidado na saúde da família, sob o triálogo entre Illich, Tesser e Nogueira	14
3.1 Resumo	14
3.2 Abstract	15
3.3 Resumen	16
3.4 Introdução	17
3.5 Método	17
3.6 A Estratégia de Saúde da Família – O desafio da Autonomia e do Autocuidado	18
3.7 A medicalização social e a busca pela cura – Triálogo entre Illich, Nogueira e Tesser	19
3.8 Autonomia e Autocuidado – Dois conceitos relacionais	23
3.9 Em busca da autonomia do sujeito na saúde da família	25
3.10 Considerações finais	27
3.11 Referências bibliográficas	29
4. ARTIGO 2 – O desafio da autonomia/autocuidado do sujeito e a medicalização social: estudo de caso na Estratégia Saúde da Família	32
4.1 Resumo	32
4.2 Abstract	33
4.3 Resumen	34
4.4 Introdução	35
4.5 Metodologia	37
4.6 Resultados e discussão	39
4.6.1 Participação pouco ativa do usuário	40
4.6.2 Conduta profissional prescritiva e centrada na doença	44
4.6.3 O desafio da promoção da autonomia/autocuidado na ESF ...	45
4.7 Considerações finais	49
4.8 Referências bibliográficas	51

INTRODUÇÃO

“Doutora, eu preciso desse remédio... eu só sou boa filha, boa esposa e boa mãe, quando tomo esse remédio”. Foi dessa forma que uma paciente me abordou ao passar pelos corredores da Unidade de Saúde.

Ela era paciente da médica da outra equipe de Saúde da Família, que naquele dia, não estava. Era acompanhada com Transtorno Mental leve, e fazia uso crônico de benzodiazepínico. Um pouco antes, havia me parado solicitando a renovação da receita, mas já com receio de receber uma negação, entoou a frase.

Esta dissertação, produto do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UF SB), é um encontro com novas formas de enxergar a saúde.

Durante a formação acadêmica, a medicina me convocou a exercer uma saúde centrada nos protocolos, nos serviços e nos profissionais. O fazer saúde girava ao redor do diagnóstico, prescrição e cura. Foi com a trajetória dentro da Medicina de Família e Comunidade (MFC), na militância real do Sistema Único de Saúde (SUS), que pude voltar a atenção para o cuidado centrado na pessoa.

O Método Clínico Centrado na Pessoa se apresentou como uma ferramenta importante do fazer médico, e do cuidado como objeto central da saúde.

Entretanto, não parecia ser suficiente dentro dos cenários em que vivi como Médica de Família e Comunidade. Quase sempre, independente das estratégias, o que se percebia era uma excessiva demanda que requeria os mesmos protocolos e ofertas dos serviços. Ainda que com um foco diferente, a saúde continuava como bem de consumo, protocolar, enquadrado em conceitos fantasiosos. Isso, ora gerava sobrecarga dos profissionais, com subsequente rotatividade dos serviços de saúde, ora produzia profissionais menos interessados no cuidado, frustrados e meramente técnicos. Não causa espanto, então, que tantos Médicos de Família tenham a sensação de “enxugar gelo”, e tantos outros se furtem da assistência.

O “completo bem-estar físico, mental e social”, tem sido gerador de excessiva preocupação, busca ansiosa pela saúde, fabricando sujeitos com pouca autonomia individual, e responsabilização pelo autocuidado. Produzindo assim, serviços de saúde com um número progressivamente maior de intervenções médicas desnecessárias, e sujeitos frustrados por não serem capazes de atingir esse conceito.

Na Atenção Básica (AB), encontra-se também a ocorrência do que se pensa sobre o fenômeno da medicalização social e contraprodutividade, o que contribui para essa excessiva demanda aos serviços de saúde, e com profunda perda da autonomia do sujeito, e limitação do autocuidado.

Daí, vem a necessidade de buscar entender a relação desse fenômeno com as demandas trazidas aos serviços, e quais estratégias seus profissionais têm usado para atender a essa finalidade.

Por muito tempo, voltamos nossos olhares para as amplias estratégias que envolvem acesso e serviços, mas pouco nos entendemos enquanto sujeitos que na relação com outros sujeitos, podem contribuir na busca pela autonomia, e um cuidado que seja por si e para si. E, dessa forma sim, tendo prática contra hegemônica, colaborando com um projeto de saúde vernacular, com ação libertadora, e autônoma.

Desse modo, essa dissertação se divide em 2 etapas, a primeira é um artigo de revisão teórica que busca compreender dentro da visão de Ivan Illich, Roberto Nogueira e Charles Tesser, os conceitos de medicalização social, autonomia, higiomania e contraprodutividade, com a finalidade de aproximar essa discussão às práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF), e os conceitos de autocuidado.

A segunda etapa, é um artigo dos resultados da pesquisa, em que busquei explorar como se dá a promoção da autonomia e autocuidado no contexto da ESF, e qual a relação desses conceitos com a demanda aos serviços. Dessa forma, extrapolando a discussão do cuidado centrado nas medicações ou sujeitos, acesso ampliado ou protocolos, para uma saúde em que cada indivíduo seja capaz de exercer uma ação libertadora, e menos dependente dos serviços e profissionais de saúde.

Assim, esperar menos das pílulas milagrosas que mudem a forma como enxergamos a nós mesmos e ao mundo. E, mais para uma presença no mundo em que o centro seja a nossa potência transformadora. E, a saúde não seja o “completo bem estar”, mas, a possibilidade de firmar realizações pessoais, e enfrentar as inevitáveis complicações da vida, de modo mais simples e carregado de humanidade.

OBJETIVOS

2.1. GERAL

Revisitar o conhecimento sobre autonomia e autocuidado na literatura, a fim de compreender o desafio da promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos na Estratégia Saúde da Família, na luta contra a medicalização social.

2.2. ESPECÍFICOS

- Realizar a revisão de literatura sobre autonomia e autocuidado
- Identificar os desafios da promoção de autonomia/autocuidado dos sujeitos na Estratégia Saúde da Família do estudo de caso.
- Compreender a autonomia/autocuidado dos sujeitos no contexto da demanda na Unidade de Saúde da Família.
- Compreender de que forma a Estratégia Saúde da Família promove autonomia/autocuidado dos sujeitos para enfrentar a medicalização social.

ARTIGO 1

A autonomia e autocuidado na saúde da família, sob o triálogo entre Illich, Tesser e Nogueira

Mariana Machado Aragão^(a)
Rocío Elizabeth Chavez Alvarez^(b)

Aragão, MM, Alvarez, REC.

Resumo

Artigo de revisão teórica sobre autonomia e autocuidado, baseado no triálogo desenvolvido pelos autores Illich, Nogueira e Tesser, e seus desdobramentos na Estratégia Saúde da Família. Objetivou discutir a relação dos conceitos da autonomia e autocuidado com as práticas profissionais e a demanda excessiva dos usuários no serviço de saúde. Identificou-se que os conceitos se complementam na relação entre si, e ao mesmo tempo, se contrapõem com o modelo da medicalização e mercantilização da saúde, que atinge também aos serviços de saúde na Atenção Básica. Concluiu-se sobre a importância da busca de estratégias, pelos profissionais de saúde, para superar esses desafios e promover autonomia e autocuidado dos sujeitos, com valorização dos cuidados e práticas populares que incentivem os sujeitos para uma ação libertadora nas suas vidas e sua saúde.

Palavras-chave: Medicalização social; Autonomia; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

^(a) Mestranda Profissional do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde/MPSF, Universidade Federal do Sul da Bahia (BA), Brasil. Médica de Família e Comunidade pela Escola Estadual de Saúde Pública (BA), Brasil. <mmaragao@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0002-8915-5871>

^(b) Professora permanente do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF, Universidade Federal do Sul da Bahia. <chioliz2014@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0001-5093-0909>

The autonomy and self-care in the Family Health Care, based on the triologue between Illich, Tesser and Nogueira

Abstract

This paper is a theoretical review of the autonomy and self-care and their developments in relation to the Family Health Care Strategy. The review is based on the triologue between Illich, Tesser and Nogueira. Our goal was to discuss the concepts of autonomy and self-care relation with the professional practices and the excessive demand of the health care services clients. We identify the relationships between the previously mentioned concepts are complementary. However, they also go against the medicalization and mercantilization health models, which affect Basic Health Care services. We concluded that health practices must approach the popular and cultural knowledge of each population, considering ancestral knowledge. This approach improves autonomy and self-care, promoting actions that release and give more independence to health care services.

Keywords: Medical overuse; Autonomy; Self-care; Primary Health Care; Family Health.

La autonomía y autocuidado en la salud de la familia, bajo el trílogo de Illich, Tesser y Nogueira

Resumen

Artículo de revisión teórica sobre autonomía y autocuidado, basado en el trílogo de los autores Illich, Nogueira y Tesser, y su repercusión en la Estrategia Salud de la Familia. El objetivo fue discutir la relación de la autonomía y autocuidado con las prácticas profesionales y la demanda excesiva de usuarios en el servicio de salud. Se identificó que esos conceptos se complementan y relacionan entre sí, al mismo tiempo, se contraponen al modelo de la medicalización y mercantilización de la salud, que alcanza también a los servicios de Atención Básica. Se concluyó sobre la importancia de la búsqueda de estrategias por los profesionales de salud para superar esos desafíos y promover autonomía y autocuidado de los sujetos con valoración de los cuidados y prácticas populares, que incentiven a los sujetos para una acción liberadora en sus vidas y su salud.

Palabras-clave: Medicalización social; Autonomía; Autocuidado; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia.

Introdução

As Equipes de Saúde da Família (EqSF) na Atenção Básica, desenvolvem inúmeras estratégias para enfrentar a alta demanda das unidades de saúde; implantação do acolhimento, acesso avançado, ampliação das agendas para diminuir bloqueio de acesso, terceiro turno, são alguns exemplos pensados e desenvolvidos, quando se discute a utilização do serviço de saúde¹. De todo modo, estas estratégias procuram modificar o processo de trabalho do profissional ou equipe, mas a alta demanda permanece. Poucas estratégias se debruçam sobre o que fazer sob a ótica do usuário do serviço de saúde.

Observa-se, ao revisitar os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, um grande número de pessoas que “hiperutilizam” os serviços de saúde, com queixas simples, e que, em sua maioria giram em torno do autocuidado². Além disso, o serviço não consegue mobilizar estes pacientes no seguimento da busca pela autonomia e autocuidado, o que mantém o ciclo de atendimentos pontuais, superficiais e sucessivos, na maior parte das vezes.

Não raramente, o que se vivencia é uma angústia por parte do profissional de saúde, de não ser capaz, nem individualmente, nem enquanto equipe, de satisfazer as necessidades e demandas de saúde da população atendida. E, de tal modo, tem contribuído para a diminuição da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. A síndrome de Burnout³ e a rotatividade dos profissionais, são algumas formas como se expressam, também, as consequências de uma alta demanda dos serviços⁴.

Nesse sentido, esta revisão teórica teve o objetivo de discutir a relação da autonomia e autocuidado com as práticas profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF), e como estes conceitos estão relacionados ao processo de demanda excessiva dos usuários de saúde, sob o triálogo de Ivan Illich, Charles Tesser e Roberto Nogueira, principalmente.

Método

Este artigo foi elaborado a partir da revisão da literatura dos assuntos relacionados com a temática da autonomia e do autocuidado na Atenção Básica, como primeira etapa da dissertação do mestrado da primeira autora^{1(c)}, e buscando construir diálogos entre os teóricos pesquisados, na busca por conceitos relacionais e complementares.

^(c) O desafio da autonomia/autocuidado do sujeito e a medicalização social: estudo de caso na Estratégia da Saúde da Família. UFSB, Porto Seguro/BA, 2019. Desenvolvida sob orientação da Prof^a Dr^a Rocio Elizabeth Chávez Alvarez, durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família - Profsaude/MPSF da UFSB.

A primeira etapa consistiu no seguinte questionamento: A ESF tem contribuído para a promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos, como instrumento contra a medicalização social? A partir daí, foi realizada busca em artigos científicos publicados em bases de dados indexadas *online*, tais como scielo, lilacs, bireme, e livros de acesso público, utilizou-se como palavras-chave: “medicalização social”, “autonomia” e “autocuidado”.

De aproximadamente 10 obras, entre diversos livros e artigos encontrados, dois se destacaram por suas convergências e contraposições com esses termos, “Medicalização social I”⁵ e “Medicalização social II”⁶, de Charles Dalcanele Tesser. Esses artigos foram meio para encontrar as outras duas fontes principais que iriam compor o presente artigo: “A expropriação da saúde”⁷, de Ivan Illich, e “A saúde pelo avesso”⁸, de Roberto Passos Nogueira. Durante a revisão dessas fontes, foi possível perceber como os três autores se debruçaram a discutir o cenário da medicina moderna, e assim, estabelecer uma linha de diálogo em que esses conceitos pudessem conversar.

Para tanto, foi inevitável a busca pelos conceitos de autonomia, de Illich⁷ e Nogueira⁸, que levou ao conceito de autonomia de Kant (apud Scherer, 2011)⁹, para dar embasamento a esta revisão, e pelo conceito de autocuidado, fomos direcionados pela descoberta da Teoria do Déficit do Autocuidado, de Dorothea Orem, a partir do estudo teórico de Queiros¹⁰.

Esta revisão teórica e conceitual, então, se dividiu em três partes. A primeira, sobre a Estratégia Saúde da Família e suas atribuições em relação a esses termos e conceitos. A segunda, é uma análise a partir do diálogo entre os três autores destacados, e envolvendo outros conceitos, quando necessário à discussão. E a terceira, uma análise final, com considerações sobre o tema.

A Estratégia Saúde da Família – O desafio da autonomia e do autocuidado

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1994 vem se consolidando enquanto política nacional da reestruturação da Atenção Básica. A cobertura da ESF tem se expandido nos últimos anos, em todo o território nacional e hoje, é entendida como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base a promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos¹¹.

O papel fundamental da ESF está na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, de maneira integral, entendendo o indivíduo no seu contexto. Para tanto, compreende o autocuidado como ferramenta para o enfrentamento de muitas

situações de saúde-doença, estimulando assim, pelo menos em seus princípios norteadores, a autonomia do indivíduo¹¹.

Entretanto, a ampliação da ESF tem sido um desafio na estruturação da Atenção Básica (AB), tanto no que tange à cobertura nacional, quanto no que se refere ao modelo de atenção e assistência vigente nas unidades de saúde¹¹. De maneira que, garantir que a autonomia e o autocuidado sejam ferramentas utilizadas pelas equipes no cuidado integral, é um desafio constante e que traz seus conceitos, e a formação destes profissionais à discussão.

Para Pacheco e Antunez, a equipe precisa refletir sobre as possibilidades e alternativas para melhorar a saúde dos usuários. E dentre essas potencialidades citam, estar atentos ao estado mental e social dos usuários, estabelecimento de uma boa comunicação entre os envolvidos, formação de grupos utilizando as rodas de conversa para favorecer a reflexão o compartilhamento de ideias e de saberes¹². Tais autores acreditam que, ao estar sensibilizada e informada, a comunidade tem acesso às informações e podem desenvolver “características intrínsecas” e na busca pelo seu bem estar, as pessoas compreendem sobre o “cuidar de si”, se tornando o autocuidado, uma prioridade nas suas vidas.

Já na visão de Santos, Mishima e Merhy, um cenário com indicadores marcados por profunda desigualdade social, desemprego, pobreza e violência, revela as múltiplas e profundas necessidades da comunidade, em todas as dimensões, chegando os usuários ao serviço, “carentes de, boas condições de vida, tecnologias adequadas para manejo do sofrimento, relações de afeto e vínculo com a equipe de saúde e desenvolvimento de autonomia para levar a vida”(p.866)¹³.

A medicalização social e a busca pela cura - Triálogo entre Illich, Nogueira e Tesser

Ao aprofundar no tema da medicalização social, nota-se que a medicina vem se ocupando, desde sempre, da identificação, categorização de doenças e cura. Mas, na medida em que o próprio conceito de saúde e doença foi mudando, mudou também a forma como a ciência decidia suas intervenções. Saúde, já foi o equilíbrio entre os fluidos corporais, pela visão de Hipócrates (460-377 a.C), e já foi entendida como o “silêncio dos órgãos”, no conceito de François Xavier Bichat (1771-1802). De qualquer modo, a medicina, ora de maneira ritualística, como na medicina grega, ora mágico-religiosa, como no antigo Egito, ou mesmo nas concepções científicas da medicina atual, está sempre imbuída da permanente busca pela cura¹⁴.

Mas, a própria relação com a cura vem passando por transformações. Ivan Illich⁷, polímato austríaco, em seu livro “A expropriação da saúde”, refere que:

[...] curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro surge e cobra seus serviços, curar passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria. Quando o terapeuta se torna escolarizado, curar transforma-se de um simples serviço, num mister profissional. Quando o sentido transitivo domina a linguagem, o funcionário provedor de cura obtém o monopólio. O que é abundante, gratuito e de grande valor torna-se alguma coisa que, por definição, é rara, tem um custo monetário de produção e um preço de mercado. Curar não é mais então uma atividade, mas uma mercadoria (p.63).

Com base na análise de Ivan Illich⁷, a cura, presente antes na dimensão do sujeito, agora representa o objeto exclusivo da ciência, de valor e limitado ao poder de alguns. O ato de curar faz parte do mercado científico. Assim, tem preço e dono. Ainda nessa perspectiva, a cura não é o único bem de consumo deste mercado, mas a juventude e a imortalidade.

Desde que se deseja a imortalidade, a humanidade está na busca ansiosa pela cura física, espiritual, social e psíquica. Deseja-se o corpo e mente saudáveis, em equilíbrio perfeito com as emoções, com a espiritualidade e com os que nos rodeiam. A incoerência se dá por ser uma busca ansiosa. Não há uma tentativa genuína do equilíbrio, seja como propôs Hipócrates, ou como propõe a medicina oriental, mas uma necessidade tal, que segundo a perspectiva de Ivan Illich⁷, a busca desmedida pela saúde está sendo produtora de doenças.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), cataloga a saúde como o “completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades”¹⁵. E, possivelmente, essa ideia de que é possível viver em completo “bem-estar”, gera a frustração de ser inatingível. Mercedes Pérez e Juan Gervás¹⁵, em seu livro “São e Salvo”, traz que:

[...] essa definição é o germe que leva ao paradoxo da saúde, porque ninguém consegue tal estado de saúde, exceto, talvez, durante o orgasmo. [...] estar saudável é, primeiro, estar vivo e ser consciente disso [...] é aproveitar a vida com suas inevitáveis complicações. Em geral, a saúde não é percebida, é um

pouco como o ar que respiramos, de que apenas sentimos falta quando não o temos (p.21).

Mas, o que se tem percebido, é que há uma busca incessante pelo completo bem-estar físico e mental, o que tem gerado sobre-esforços para alcançá-lo, incluindo a perda de autonomia.

Em sua crítica, Illich⁷ revela que:

[...] acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal(p.9)

Assim, Illich⁷ define um termo pouco usual de ser refletido ou analisado na Atenção Primária à Saúde – “contraprodutividade” – que, ao seu modo de ver, também se dá no campo da saúde, na medida em que o acesso aos serviços de saúde vem se ampliando, em tecnologia, diagnósticos e profissionais. Quando a demanda aumenta não pela necessidade, mas, neste caso, pelo excesso de recursos. Ou seja, quanto mais recursos, mais as pessoas sentem que devem fazer uso deles.

Objetivamente, a oferta dos serviços de saúde, cada vez mais complexa, industrial e mercantilizada, ocasiona que a saúde passe a ser considerada como bem econômico¹⁶, não acessível à maioria da população; ao mesmo tempo em que os remédios caseiros são negados ou desqualificados por essa lógica de mercado.

A contraprodutividade, então, resulta em adoecimento. Uma das formas de adoecimento provocada por esse modelo de saúde é o que o Illich⁷ chamou de iatrogênese, dividida, por ele, em três possibilidades: iatrogênese clínica, social e cultural ou estrutural. A primeira, consiste em danos provocados à saúde pelo abuso das intervenções médicas; a segunda, refere-se aos danos ocasionados pela dependência das prescrições médicas que gera uma desarmonia entre o sujeito e seu grupo social e, a terceira, e foco de nossa reflexão, é a perda da autonomia para lidar com a maior parte das enfermidades, transferindo a responsabilidade da saúde aos seus profissionais¹⁷.

A iatrogênese cultural ou estrutural, definida por Illich⁷ é a transferência do domínio do próprio corpo para o saber científico e seu elenco, o que ele chama de “colonização médica”. Ou seja, o indivíduo, antes sujeito de sua saúde, dono do seu

corpo, e agente do seu processo saúde-doença-saúde, é agora paciente, passivo nas decisões, pensadas e colocadas pela ordem da ciência, detentora do conhecimento absoluto, intocável e blindado. Ainda que, contraditoriamente, sofra mudanças ao longo dos tempos.

Entretanto, assim como a saúde, a autonomia não pode ser considerada valor absoluto, estático, mas como processo dinâmico, que inclui perdas e ganhos gradativos¹⁸. E, portanto, a busca pela saúde plena, é fantasiosa.

Em estreito diálogo com o conceito trazido por Illich, Nogueira^{8,17} propõe a noção de “higiomania” moderna, que em seu livro, “A saúde pelo avesso”, explica que o próprio Illich deixou escapar o que seria um aspecto da iatrogênese cultural, a busca pelo corpo perfeito, ou percepção obsessiva do corpo, como sendo:

[...] algo que passou a fazer parte definitivamente de um estilo de vida altamente tecnificado da contemporaneidade. Tal estilo de vida, que se funda na idolatria do corpo e da saúde do corpo, não é criado por uma simples expropriação profissional: é alimentado pela mídia, pelas academias de cultura física, pela indústria da "dieta" e pela indústria em geral, e, enfim, pelos que estão sempre interessados em vender esse novo produto: o autocuidado(p.59).

Ou seja, em busca da perfeição, transfere-se a responsabilidade do cuidado de si, para a ciência. O sujeito, em busca ilimitada pela juventude e imortalidade, coloca-se como objeto de uso da ciência, em suas teorias, práticas e condutas fortuitas para este fim⁷. Mas, não só isso, o que a sociedade vende hoje, não é apenas o bem da cura, mas a saúde como mercadoria, como forma de *status*, vinculada à ideia fantasiosa do autocuidado.

Como resultado disso, vem à luz o fenômeno discutido por Charles Tesser⁵, sobre a medicalização social, que pode ser visto como a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos. Tanto a medicina extrapola seus limites técnicos, científicos e sociais, como o indivíduo transfere de maneira iludida suas responsabilidades com seu corpo.

Assim, o indivíduo, antes agente do seu processo de saúde-doença, identificando-se como dono do seu corpo, se vê diante de um processo de medicalização da vida, hospitalizações das doenças, com sobrediagnósticos, excesso de demanda e negação do conhecimento popular, individual e coletivo. Ao mesmo tempo em que

busca a imortalidade e juventude duradoura, com a cura de seus males, físicos e psíquicos, potencializada pela higiomania, promovendo o que Tesser chamou de medicalização social. Esse processo é retroalimentado pela estrutura biomédica, hegemônica, provocando em diversas ocasiões iatrogênese e excesso de procura aos serviços de saúde^{5,6,7,17,19}.

Nesse sentido, Sancho, Pfeiffer e Corrêa²⁰ relembram Tesser, para quem o monopólio biomédico, a indústria científica de exames, imagem e terapêuticas monopolizadas pela indústria farmacêutica, conduziu à alienação ética/epistemológica e de desresponsabilização social, na aposta pela missão médica curadora. Assim, consideram contraditória a crítica do Ministério da Saúde, ao atendimento queixa-conduta, devido a que o mesmo submete aos profissionais médicos a este tipo de atendimento que reduz a saúde à medicalização, onde o funcionamento do Estado segue a lógica da medicalização neoliberal, dado que números e consumo de remédios são os que produzem e equivalem à saúde e dão acesso à mesma, ou seja, o consumo segue a constituição da política farmacêutica.

Autonomia e autocuidado – dois conceitos relacionais

A partir da discussão anterior, delimitamos os conceitos de autonomia e autocuidado, ainda que de modo preliminar, no intuito de uma aproximação das discussões complexas, intérminas e densas dos debates na literatura sobre esse tema.

O termo Autonomia, deriva do grego autônomos (auto, “de si mesmo”, e nomos, “lei”, ou seja, “aquele que estabelece suas próprias leis”), e vem sendo discutida no campo da filosofia, da ética e da bioética por diferentes autores, focalizando duas principais condições: liberdade e ação. Assim, a moral kantiana estabelece o seu fundamento na autonomia, para cuja efetivação subentende-se a necessidade da liberdade, a capacidade de pensar e agir por si mesmo. Segundo Kant (apud Scherer)⁹ “todo ser humano, na medida em que é racional, pode alcançar a autonomia, ou seja, ele mesmo pode dar a direção à sua vida [...] basta apenas que tenha atitude para fazer uso de seu próprio entendimento, isto é, de pensar por si mesmo”.

Assim, para Kant, a autonomia é absoluta, nenhum motivo, independente da ordem, é capaz de interferir na autonomia do indivíduo⁹. Entretanto, não cabe a este projeto a confrontação de todo o conceito de autonomia que Kant traz, mas transitar sobre as inúmeras discussões sobre o tema que se aproximam do conteúdo e do debate desta revisão. A autonomia, para outros autores, seria a liberdade para a

tomada de decisão, de forma, então racional. Mas esta liberdade, não estaria livre de interferências, internas ou externas.²¹

Assim, numa aproximação kantiana, Muñoz e Fortes²² entendem que para exercer a autonomia de forma mais plena possível, é importante que se tenha alternativas, caminhos, ou que se possa criá-los, pois se há apenas um caminho, não pode haver autonomia.

Sob esse entendimento, Max Charlesworth²³, defende que:

Ninguém está capacitado para desenvolver a liberdade pessoal e sentir-se autônomo se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública. Da mesma forma, a assistência à saúde básica é uma condição para o exercício da autonomia [...] (p.131).

Ou seja, para se exercer a liberdade de escolha, prevê-se alternativas. Portanto, considerando a moral kantiana, a autonomia traz em si ação libertadora onde nenhum motivo é capaz de interferir na autonomia do indivíduo⁹, entretanto, outros autores agregam que é impossível exercer autonomia quando se está angustiado pela pobreza^{13,23}.

Desse ponto de vista, a assistência à saúde depara-se com grande desafio. Por um lado, a pobreza limita ou impossibilita o exercício da autonomia, dado que o número de alternativas de escolha é mínima, muitas vezes. Por outro lado, a autonomia é intrínseca à pessoa, e sendo assim, de acordo com as atribuições dos profissionais da Atenção Básica, deve ser estimulada, de maneira que o indivíduo possa exercer livremente sua vontade, considerando que “o corpo, a dor, o sofrimento e a doença são da própria pessoa”²². Equivale então à autonomia, a possibilidade de escolher, ainda que esta escolha esteja fora dos padrões hegemônicos sociais. Entretanto, não se entende essa liberdade como livre de interferências externas, incondicional, ao contrário, é uma liberdade em que está implicada a constituição deste indivíduo, assim como ao meio em que vive²¹.

A autonomia seria, então, o oposto da “heteronomia”, em que o indivíduo segue as regras de outro ou outros. A palavra heteronomia (hetero, “diferente”; e nomos, “lei”), está ligado a aceitação das regras de *outrem*. Assim, há uma submissão do indivíduo aos valores da tradição e obediência, sem crítica aos costumes, quer por conformismo, quer por temor da reprovação da sociedade ou dos deuses²⁴.

Além disso, o conceito de autonomia discutido em “A expropriação da saúde”⁷, ou em “A saúde pelo avesso”⁸, traz consigo o conceito de responsabilidade. E, neste

ponto da análise, cabe resgatar que não se trata apenas da transferência da responsabilidade ao profissional/ciência, mas assumir a responsabilidade que vem com a liberdade de escolher. Assim, como diriam Muñoz e Fortes²², assumindo suas curas e males.

O autocuidado então, não como bem de consumo, mas como “o cuidado a si mesmo”, numa perspectiva também autônoma, está relacionado com a compreensão que o indivíduo tem sobre o que significa cuidado e cuidar-se, e, portanto, pode decidir sobre como agir, da melhor maneira para si. Para Soderhamn apud Queirós¹⁰, “a capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (p.160)”. Ou seja, tanto o autocuidado, quanto a autonomia, buscam uma relação de si mesmo com seu próprio universo, seus entendimentos e suas escolhas.

A Teoria do Déficit do Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem (apud Queirós)¹⁰, entende tal conceito como a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. podendo ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal¹⁰.

Assim, no campo da saúde, entende-se que esses conceitos relacionais são capacidades do sujeito, que o tornam apto a agir sob sua liberdade de escolha com o propósito do seu bem-estar. Dessa maneira, pode utilizar e desenvolver ferramentas que produzam parcial independência dos serviços de saúde, de seus profissionais e da própria ciência biomédica hegemônica. Desta forma, este trabalho é convidativo para a reflexão sobre a autonomia e o autocuidado, no âmbito da saúde e da ESF, na contramão da medicalização social.

Em busca da autonomia do sujeito na Saúde da Família

Para analisar como a ESF pode ser uma estratégia para a promoção da autonomia do sujeito, primeiramente, é importante seguir a racionalidade dos conceitos trazidos por Illich, Nogueira e Tesser. Para Illich, houve um tempo em que os sujeitos eram responsáveis pela cura de si mesmos e do seu meio, através do saber popular e cultural. A esses valores, Illich⁷ (apud Nogueira), deu o nome de “vernacular”.

Necessitamos de um adjetivo simples para designar os valores que queremos defender [...] e esse adjetivo tem de ser amplo o suficiente para referir-se à alimentação e linguagem, parto e criação, sem que implique uma atividade privada ou um procedimento reacionário. Ao falar de uma linguagem vernacular, estou querendo trazer à discussão a existência de um modo vernacular de ser e fazer que se estende a todos os aspectos da vida. (p.66)

Assim, Illich traz para a discussão novo termo que permite avaliar o modo como os sujeitos se relacionam com sua saúde, e seus processos de adoecimento-cura. O termo “vernacular”, significa tudo o que é feito ou criado em casa, contrapondo-se ao que é externo, estrangeiro.

De todo modo, ao perder o sentido da cura, do bem-estar, e da saúde, considerando, inclusive, a própria perda de autonomia do indivíduo, a análise de Illich se confirma. A saúde, como bem-estar, e a autonomia, na expressão da ação libertadora, deixaram de orientar a trajetória da medicina, sendo, quase que exclusivamente, vistas como mercadorias.

Então, não é estranho que as situações da vida, seja por luto, doenças simples transitórias, aspectos da personalidade dos indivíduos, e outras, sofram processo de medicalização, e demandem tratamento, dado que tais situações são transformadas em mercadoria, tendo portando consumidor⁶.

Assim também, não causa espanto que a própria saúde, o corpo perfeito, a vida perfeita, tenham sofrido o processo de mercantilização, e se tornem dependentes àqueles que entrem nesse processo obsessivo, a higiomania¹⁷. Nesse cenário, assim como a ausência de doença, a saúde também é considerada bem de consumo. O que contribui para as altas demandas das unidades de saúde, e a busca pelos serviços de saúde⁶.

A autonomia kantiana prevê ação e liberdade, propondo o “fazer-se a si” e “fazer por si”^{7,8}. Mas o que se tem percebido é que os sujeitos estão agindo menos, sendo mais passivos, enquanto os serviços/profissionais têm sido mais prescritores, e agentes.

Resgata-se assim, a análise de Charlesworth, que discute a autonomia a partir da possibilidade de escolhas, considerando que a pobreza é fator importante para a perda de autonomia²³, dado que diminui as possibilidades de escolhas.

Sobre essa possibilidade, e sabendo que a ESF trabalha com público-alvo de grande vulnerabilidade social, não causa estranheza que os seus sujeitos ao perder, ainda que parcialmente, a capacidade de exercer a autonomia, transfiram para os

serviços de saúde, a responsabilidade de sua saúde. Decerto, que esse fenômeno não é exclusivo das populações em condições financeiras menos favorecidas, mas também está em harmonia com o aumento da demanda nas unidades de saúde da Atenção Básica.

Destarte, se o exercício da autonomia é limitado pela escassez de escolhas, somado à construção cultural da transferência da responsabilidade da saúde e à medicalização da vida, a promoção do autocuidado, pelos conceitos da teoria de Orem¹⁰, é afetada. Nesse cenário, situações do cotidiano da vida, são encaradas como doença, e os sujeitos esperam que o serviço de saúde tenha soluções. O desfecho esperado é que mais pessoas procurem as unidades de saúde, aumentando a demanda espontânea.

Nesse contexto, as equipes na ESF têm grande desafio contra hegemônico, servindo de instrumento contra a medicalização social e para a promoção da autonomia/autocuidado, mas isto será possível, apenas quando os profissionais estiverem conscientes desse papel.

Entender que a ciência biomédica vive uma trajetória medicalizante e mercantilista é o primeiro passo para contrapor o cenário. Há uma intensa multiplicação deste estilo de vida, em que o consumo é sinal de *status* e poder, e a saúde tem sido mais uma mercadoria, mas entender o processo e retomar práticas populares, culturais e vernaculares pode ser uma estratégia para estimular autonomia do sujeito.

Ao passo que se entende a importância de exercer menos o poder prescritivo, e sim compartilhado, e centrado na pessoa e família, contribuindo para uma ação libertadora do indivíduo dentro dos seus conceitos e suas práticas cotidianas de saúde e bem estar.

Assim, lançar mão de estratégias que coloquem o sujeito como agente de sua própria saúde, estimulando práticas dos saberes populares e vernaculares, pode ser útil na construção de um modelo de saúde menos prescritivo e mais compartilhado.

Considerações Finais

É importante trazer à tona discussões sobre o *modus operandi* da medicina, e como as instituições de saúde e os indivíduos conduzem os processos de saúde e adoecimento. E, esta revisão se propôs a contribuir com essa tarefa.

Entender que o modelo econômico, e social atual interfere não apenas no entendimento do que é saúde e autonomia, mas também, como lidamos com a perda (e ganho) parcial e dinâmica desses valores, é indispensável para construir uma nova

maneira de enfrentar as inevitáveis complicações da vida. A partir daí, poder construir, verdadeiramente, relações interpessoais e com as instituições, saudáveis e com autonomia, buscando, não a plenitude, mas a felicidade.

Referências Bibliográficas

1. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis* [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 May 08]; 26(1): 87-111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000100087&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>.
2. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea, Caderno de Atenção Básica nº 28, Vol. II Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
3. Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. [http://dx.doi.org/105712/rbmfc10\(34\)958](http://dx.doi.org/105712/rbmfc10(34)958)
4. Campos, CVA, Malik, AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública* [online], 2008 [cited 2019 May 08]; 42 (n), p. 347-368. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000200007&lng=en&nrm=iso. access on 08 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000200007>.
5. Tesser, CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006 June [cited 2019 May 08]; 10(19): 61-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100005>.
6. Tesser, CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2006 Dec [cited 2019 May 08]; 10(20): 347-362. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>.
7. Illich, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. 3ªEd. São Paulo: Ed. Nova Fronteira. 1975
8. Nogueira, RP. A saúde pelo avesso. Natal: Seminare Editora. 2003.
9. Scherer, BR. Considerações sobre o conceito de autonomia em Kant. In: Anais do 2. Congresso internacional de filosofia moral e política, 2011 Nov 7-10. (Pelotas), BR UFPel. Disponível em: <http://cifmp.ufpel.edu.br/anais/2/cdrom/mesas/mesa4/02.pdf>
10. Queirós PJP, Vidinha TSS, Filho António JA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2014 Dez [citado 2019 Maio 09]; serIV(3): 157-164. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.

11. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
12. Pacheco A, Antunes MJ. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na atenção primária em saúde. *gs [Internet]*. 1 [citado 15 abril 2019];6(3):Pág. 2907-918. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288>.
13. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2018 Mar [cited 2019 April 15]; 23(3): 861-870. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320180003000861&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>.
14. Scliar, M. História do conceito de saúde. *Physis [Internet]*. 2007 Apr [cited 2019 May 08]; 17(1): 29-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.
15. Gérvas, J, Fernández, MP. São e Salvo. Porto Alegre: Editora Artmed. 2016, p. 21
16. Viana, ALD, Elias, PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva [Internet]*. 2007 Nov [cited 2019 May 08]; 12(Suppl): 1765-1777. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700002>.
17. Nogueira RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2003 Feb [cited 2019 May 09]; 7(12): 185-190. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832003000100022>.
18. Campos, GW de S; Minayo, MC de S; et al. Tratado de saúde coletiva. Saúde em Debate, Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p.669-688.
19. Gaudenzi, P; Ortega, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2012 Mar [cited 2019 May 08]; 16(40): 21-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en. Epub Apr 26, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000020>.

20. Sancho, KA, Pfeiffer, CRC, Corrêa, CRS. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [citado 2019 Abril 27]; 23: e170633. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=pt. Epub 16-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170633>.
21. Sá LV, Oliveira RA. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. Rev Saude Etica Just. 2007 Nov; v 12(1/2): 5-14. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/iof_48_5-14.pdf
22. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Sergio Ibiapina Ferreira Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa. Iniciação à bioética. Brasília: DF. Conselho Federal de Medicina, 1998. p 53-70.
23. Charlesworth, M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge: Akal, 1996: V3, 220p.
24. Sant'ana, RB de. Autonomia do sujeito: as contribuições teóricas de G. H. Mead. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2009 [cited 2019-05-09], vol.25, n.4 pp.467-477. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400002&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-3772. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000400002>.

ARTIGO 2

O desafio da autonomia/autocuidado do sujeito e a medicalização social: estudo de caso na Estratégia Saúde da Família

Mariana Machado Aragão^(a)
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez^(b)

Aragão, MM, Alvarez, REC.

Resumo

Estudo de caso qualitativo que objetivou analisar a promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos na Estratégia Saúde da Família, na luta contra a medicalização social, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) docente-assistencial do Município de Camaçari/Bahia. Por meio da observação participante e pesquisa documental dos prontuários, os dados levantados nas consultas individuais e coletivas realizadas por profissionais de saúde de três equipes da USF, com usuários maiores de idade, foram submetidos à análise de conteúdo, segundo Bardin. Identificaram-se as categorias, participação pouco ativa do usuário e conduta profissional prescritiva e centrada na doença, que deram lugar ao desafio do estudo. Concluiu-se que a promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos aparece de modo incipiente, enquanto prevalece a medicalização social, dando ao usuário, o papel do receptor dos cuidados e, ao profissional, o poder decisório sobre os cuidados de saúde do outro.

Palavras-chave: Autonomia. Autocuidado. Estudo de Caso. Uso excessivo de produtos e serviços de saúde. Estratégia Saúde da Família.

^(a) Mestranda Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde, Universidade Federal do Sul da Bahia, Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. Médica de Família e Comunidade pela Escola Estadual de Saúde Pública (BA), Brasil. <mmaragao@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0002-8915-5871>

^(b) Professora Adjunta e Coordenadora Institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família PROFSAUDE/MPSF pela Universidade Federal do Sul da Bahia. <chioliz2014@gmail.com> <https://orcid.org/0000-0001-5093-0909>

The challenge of autonomy/self care of the subject and medical overuse: case study of the Family's Health Strategy

Abstract

This qualitative case study aimed to analyze the autonomy/self-care of the subjects in the Family Health Strategy against social medicalization, in a Family Health Unit (USF). Through participant observation and research of clinical records, the data collected in the individual and collective consultations by health professionals of three USF teams, with adult patients, were submitted to content analysis, according to Bardin. The categories identified in the consultations were, a little active participation of the patient and prescriptive and disease-centered professional conduct that gave rise to the theme of this study. It is concluded that the promotion of autonomy/self-care of the subjects appears in an incipient way, while the social medicalization prevails, giving the user the role of the recipient of the care and, to the professional, the decision making power over the health care of the other.

Key words: Autonomy. Self Care. Case Studies. Medical Overuse. Family Health Strategy.

El desafío de la autonomía/autocuidado del sujeto y la medicalización social: estudio de caso en la Estrategia Salud de la Familia

Resumen

Estudio de caso cualitativo cuyo objetivo fue analizar la promoción de la autonomía/autocuidado de los sujetos en la Estrategia Salud de la Familia contra la medicalización social, en una Unidad Básica de Salud (UBS) docente-asistencial. Por medio de observación participante e investigación de ficha clínica, los datos de las consultas individuales y colectivas realizadas por profesionales de salud de tres equipos de la UBS, con usuarios mayores de edad, fueron sometidos al análisis de contenido de Bardin. Se identificaron las categorías, participación poco activa del usuario e conducta profesional prescriptiva y centrada en la enfermedad. Concluyendo que la promoción de la autonomía/autocuidado de los sujetos aparece de modo incipiente, mientras prevalece la medicalización social, dando al usuario el rol de receptor de los cuidados y al profesional el poder de decidir sobre los cuidados de salud del otro.

Palabras-clave: Autonomía. Autocuidado. Estudio de Caso. Uso Excesivo de los servicios de salud. Estrategia Salud de la Familia.

Introdução

A alta demanda de usuários e utilização dos serviços de saúde têm sido alguns dos problemas enfrentados pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Diante disso, diversas estratégias, também, têm sido desenvolvidas para seu enfrentamento, como o acolhimento, acesso avançado, ampliação das agendas, terceiro turno¹. Mas na prática, observa-se que o problema persiste, apesar dessas modificações realizadas no processo de trabalho dos profissionais.

A maior parte das queixas dos usuários que hiperutilizam os serviços de saúde, gira em torno do autocuidado², o que gera angústia nos profissionais, pela alta demanda, e sensação de incapacidade para satisfazer todas as necessidades da população. Isso, prejudica a qualidade do atendimento, devido ao enfrentamento de dificuldades como a alta rotatividade e a síndrome de Burnout^{3,4}, que vivenciam os profissionais de forma habitual.

Se por um lado, sabemos que a Estratégia Saúde da Família (ESF) cumpre o papel fundamental na coordenação e longitudinalidade do cuidado, tendo como base a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, compreendendo o autocuidado como ferramenta para o enfrentamento de muitas situações de saúde-doença, estimulando assim, a autonomia do indivíduo^{4,5}. Por outro lado, não podemos afirmar que a autonomia e o autocuidado sejam utilizados pelas equipes de saúde no cuidado integral dos sujeitos, ainda sendo um desafio, que na tentativa de desvendá-lo, trouxemos para este estudo.

Diante do avanço desmesurado da medicina, que se ocupa da identificação e categorização de doenças e da cura, Ivan Illich⁶ acredita que o ato de curar foi transferido do doente, para aquele que se encarrega do paciente (p.63). Assim, a cura passa da dimensão do sujeito para ser objeto exclusivo do provedor e, da ciência e seu mercado científico⁷.

Enquanto a cura prevalece como bem de consumo, a busca desmedida pela saúde tem gerado mais doenças, na tentativa de alcançar a juventude e a imortalidade⁸. Dessa maneira, na medida em que se amplia o acesso aos serviços de saúde com tecnologia, diagnósticos e profissionais, a demanda também aumenta, não mais pela necessidade dos sujeitos, e sim pelo excesso de recursos⁶. Tudo isso, torna a oferta de serviços de saúde complexa, industrial e mercantilizada⁹, ao tempo que os remédios caseiros e saber popular, são negados ou desqualificados pela mesma lógica do mercado com que opera a medicina e a saúde na visão ocidental.

Surge então, a iatrogênese, como vista por Illich⁶, pela sucessão de danos provocados à saúde em três dimensões, a clínica, pelo abuso das intervenções médicas; a social, pela dependência das prescrições médicas e; a cultural ou estrutural, razão desta pesquisa, provocada pela perda da autonomia para lidar com a maior parte das enfermidades, transferindo a responsabilidade da saúde aos profissionais⁶.

Ou seja, o indivíduo passa de sujeito de sua saúde, dono do seu corpo, e agente do seu processo saúde-doença-saúde, para ser agora, paciente, passivo nas decisões, diante da ciência, detentora do conhecimento. Por outro lado, o sujeito transfere a responsabilidade do seu cuidado para a ciência, ao mesmo tempo, que segue pelo caminho da busca incessante pela perfeição do corpo ou pela juventude e imortalidade, o que Nogueira⁸ analisa como a “higiomania”.

Para Tesser¹⁰, associado a esse fenômeno, outro se manifesta, entendido como a medicalização social, a “expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos”.

Em ambos os casos, do sujeito e da medicina, respectivamente, se observa um excesso de desmedidas técnicas, científicas e sociais, como sobrediagnósticos, excesso de demanda, negação do conhecimento popular, ao mesmo tempo, uma busca incessante pela cura, que alimenta a medicalização social, que por sua vez, é retroalimentado pela estrutura biomédica e hegemônica, provocando em diversas ocasiões iatrogênese e excesso de procura aos serviços de saúde^{6,8,10,11,12}.

Em se tratando, da autonomia e do autocuidado como dois conceitos relacionais, a discussão se centraliza em duas principais condições, a liberdade e a ação¹³. Em que há a necessidade da liberdade e a capacidade de pensar e agir por si mesmo^{13,14}, para a concretização dos conceitos. Ou seja, para exercer autonomia de forma mais plena possível, é importante ter alternativas, caminhos ou meios para criá-los, pois havendo apenas um caminho a autonomia fica comprometida¹⁵. É um agravante para o exercício desse conceito, quando o sujeito se encontra em condições de pobreza, privado da educação básica ou desprovido da ordem pública¹⁶ (p.131), ou ainda, se está desassistido na sua saúde básica.

Ou seja, a autonomia transita pela possibilidade de escolher com liberdade, a partir das experiências e circunstâncias vividas. Como no autocuidado, quando o

indivíduo se relaciona consigo mesmo e pode decidir como agir, reafirmando sua capacidade para manter, restabelecer ou melhorar sua saúde e bem estar¹⁷.

Chegamos assim, ao entendimento que ambos os conceitos são relacionais porque demonstram as capacidades do sujeito diante de sua liberdade de escolha e de bem-estar. Destarte, podem ser utilizados para desenvolver ferramentas que contribuam com a parcial independência dos serviços de saúde, de seus profissionais e da própria biomedicina, ao devolver aos sujeitos sua autonomia e autocuidado ou pelo menos favorecer a promoção destes conceitos, cotidianamente.

A partir dessas reflexões, a pesquisa teve por objetivo, analisar a promoção da autonomia/autocuidado dos sujeitos na Estratégia Saúde da Família e avaliar como aparece esse desafio na luta contra a medicalização social.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, exploratória, tipo estudo de caso, desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família (USF) docente-assistencial, do município de Camaçari/BA, onde a pesquisadora é médica preceptora, utilizando assim, o próprio território de saúde como cenário.

O estudo de caso conduz ao investigador para o aprofundamento de um fenômeno contemporâneo e pouco conhecido em seu contexto no mundo real, pouco explorado e/ou esclarecido¹⁸, onde é necessário delimitar a “unidade” do caso, como sendo, para este estudo, o conjunto dos atores sociais da pesquisa.

A USF é composta por profissionais com dois modelos de vínculo: residentes e servidores municipais. Os profissionais residentes são rotativos e compõem tanto as Equipes de Saúde da Família (EqSF) da unidade, responsáveis pelos atendimentos à população adscrita, quanto o Núcleo Ampliado de Saúde da Família. O corpo docente da residência é fixo, assim como os funcionários servidores municipais, o que garante o vínculo e a longitudinalidade previstas na Atenção Básica. Dos servidores municipais temos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicos de enfermagem, funcionários da farmácia, gerente e vigilante.

A USF garante atendimento a cerca de 16.000 pessoas, com 4 equipes mínimas em Saúde da Família, compostas por residentes: médicos, enfermeiros e dentistas; e servidores ACS.

Os atendimentos à população são realizados pelos residentes das categorias médicas e multiprofissional, com rotatividade anual. As atividades da residência

iniciam em março de cada ano, sendo o residente do primeiro ano integrante da equipe, e responsável por todas as atividades. O residente do segundo ano mantém parte da carga horária nas atividades da equipe, servindo como referência tanto para o residente do primeiro ano, como para os pacientes, resguardando o vínculo e a longitudinalidade construídos.

Participaram da pesquisa três EqSF, com médicas(os) e enfermeiras(os), em consultas individuais e coletivas com usuários de saúde maiores de idade e com diagnósticos diversos. O critério de inclusão desses profissionais se deu por serem profissionais de nível superior, que obrigatoriamente fazem parte da equipe mínima, e que realizam atendimentos em consultas individuais e coletivas.

Um teste piloto foi realizado com a quarta EqSF, a fim de revisar e corrigir os roteiros de observação participante e de pesquisa documental do prontuário, durante o mês de outubro de 2018. O roteiro foi construído de acordo com as principais queixas que aparecem no Cadernos de Atenção Básica de Acolhimento², CAB nº28, e conforme com as princípios e diretrizes da Atenção Básica da Política Nacional da Atenção Básica⁵, PNAB.

Os roteiros utilizados possibilitaram a captura de elementos presentes ou não de promoção de autonomia e de autocuidado dos sujeitos durante as consultas, tendo como guia os elementos: conduta profissional/usuário (prescritivo, passivo, ativo); escuta/questiona (ativa, passiva, não escuta, não questiona); abordagem clínica (centrada na doença, na pessoa, na família); promove/conhece hábitos saudáveis (higiene, alimentação, atividade física, qualidade/quantidade do sono, cessação/redução de tabagismo, vacinas, caso necessário); promove/conhece cuidados específicos por grupo populacional (hipertensos, idosos, diabéticos, outros).

Após o teste piloto, a coleta de dados nas 3 EqSF, foi realizada durante três meses, entre novembro de 2018 e janeiro de 2019, através das técnicas de observação participante e de pesquisa documental do prontuário. No total, foram 27 participantes (2 médicas, 3 enfermeiras(os) e 22 usuárias(os), independente de raça e gênero, durante as consultas individuais e coletivas.

A consulta individual se caracteriza pelo atendimento eletivo, previamente agendado e realizado pela(o) profissional, médica(o) ou enfermeira(o), da ESF; a consulta coletiva é um atendimento de saúde, também eletivo, realizado pela EqSF para aproximadamente dez usuários, com o objetivo de promover saúde integral do

coletivo, informar e avaliar os resultados de exames e procedimentos, esclarecer dúvidas dos usuários sobre seus problemas de saúde, dentre outros^{19,20}.

Cabe mencionar que a pesquisadora, ao ser também preceptora, realizou a coleta de dados dentro de suas funções, de forma habitual, durante o processo de trabalho das EqSF na Unidade. Reduzindo assim, o estranhamento por parte dos participantes da pesquisa, que foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa.

Foi seguida estritamente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a partir dos princípios de beneficência, não maleficência e sigilo, em benefício real e consistente dos participantes, mesmo que em prejuízo deste estudo. Adotou-se assim, o anonimato dos participantes, sendo atribuída a cada consulta observada e ao seu registro no prontuário, um código alfanumérico. Também, toda possibilidade de risco foi minimizada e garantido o suporte psicológico dos participantes, pelo NASF.

As coletas se deram por anotação em diário de campo, pela pesquisadora, além de gravação de áudio para posterior transcrição. Além disso, foram transcritas as anotações de cada prontuário das consultas observadas. As consultas observadas foram selecionadas através de sorteio, assegurando que todas as equipes fossem observadas, além de todas as categorias profissionais de cada equipe, de acordo com os critérios de inclusão.

A análise temática de conteúdo²¹ foi utilizada na seleção, análise e interpretação dos dados, seguindo o processo de categorização, definida por Bardin como sendo “uma operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogias), com os critérios previamente definidos”²¹.

Assim, após a aplicação dos roteiros, as observações foram contrastadas com os dados dos prontuários, e realizadas as transcrições das situações observadas. As categorias temáticas emergiram a partir do recorte e delimitação de Unidades de Registro (UR) extraídas dos dados, até chegar ao tema principal do estudo. Sendo todo esse processo, confrontado com a literatura e interpretado à luz do referencial teórico de Illich, Nogueira e Tesser, principalmente.^{6,7,8,10,11}

O estudo foi aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) sob parecer número 2.923.309, obtendo a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no sentido de evitar possíveis vieses na modificação de conduta dos participantes dentro da rotina das consultas e no processo de trabalho das EqSF, dando ênfase aos

objetivos do estudo, com foco na análise das consultas de forma integral e não das pessoas em suas especificidades e separadamente.

Resultados e Discussão

Para a análise e interpretação dos dados, codificamos a EqSF1, EqSF2, EqSF3, com a “letra inicial” que identificava cada consulta coletiva (C), consulta individual (I), médica (M), enfermeira(o) (E), usuária(o) (U), e utilizamos os numerais (1, 2, 3, etc.) para indicar o número da consulta coletiva e o número do usuário na consulta, sucessivamente.

Em relação ao total de coleta de dados, temos: a EqSF1 realizou 11 consultas: C1MU1, C1MU2, C1EU3, C2MU4, C2EU5, IMU6, IMU7, IMU8, IMU9, IEU10, IEU11. A EqSF2 realizou 8 consultas: C3MU12, C3EU13, C3EU14, IMU15, IMU16, IMU17, IEU18, IEU19, e a EqSF3 realizou 3 consultas individuais com o enfermeiro, devido à saída do médico da equipe: IEU20, IEU21, IEU22.

A idade média dos profissionais de saúde foi de 25 anos, e os usuários se encontravam na faixa etária de 18 a 70 anos. O gênero e raça dos profissionais e usuários não foi registrado na interpretação dos resultados para garantir o sigilo dos participantes. Os principais problemas de saúde identificados nas consultas foram diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, algias diversas, transtornos hormonais e estresse. As consultas coletivas demoraram em média dez minutos e as consultas individuais, em média 30 minutos.

De modo a compreender a análise e interpretação dos resultados, descrevemos primeiro, as categorias temáticas identificadas a partir das UR, a saber, “participação pouco ativa do usuário”, “conduta profissional prescritiva e centrada na doença”. Tais categorias deram lugar ao tema central do estudo “O desafio da promoção da autonomia e autocuidado do sujeito na disputa contra a medicalização social na Estratégia Saúde da Família”, que foi motivo de discussão, e que passamos a detalhar e confrontar com os referenciais teóricos do estudo.

Participação pouco ativa do usuário

As consultas coletivas atribuíam aos profissionais de saúde o domínio sobre os temas abordados e sua condução, mesmo quando decididos conjuntamente com os usuários. No início das consultas, orientações e recomendações eram repassadas pelos profissionais, com temas diversos de acordo com o grupo de usuários, logo em

seguida, no mesmo local, realizavam a consulta com cada usuário, para analisar resultados de exames, procedimentos, interconsultas e dar encaminhamentos. Muitas vezes, esses dois momentos aconteciam simultaneamente.

Nesse ambiente, o usuário perdia, em grande parte, visibilidade e protagonismo, com certas restrições para dialogar abertamente sobre suas ideias, pensamentos e necessidades de saúde. Possivelmente, um maior número de usuários, associado a simultaneidade dos momentos, possa ter contribuído para a perda, em parte, desta visibilidade e do protagonismo. Além disso, o tempo disponível do momento individual, no âmbito da consulta coletiva era menor, o que pôde colaborar com a objetividade, tanto do usuário, quanto do profissional.

Por momentos, se observava algum usuário mais ativo e comunicativo na consulta com o profissional, mas para aproveitar o tempo valioso, já trazia questionamentos pontuais e queixas de ordem biológica. Focava, então, sua participação na solicitação de exames e procedimentos auxiliares ou de interconsultas, que o profissional tentava encaminhar:

“A consulta coletiva acontece no anexo [...] pela quantidade grande de usuárias(os) e pelo atraso para começar, a(o) dentista discute o fluxo da Unidade, enquanto a(o) profissional chama os usuários individualmente [...]” (C1).

“[...] a(o) profissional questiona a queixa trazida pela(o) a(o) usuária(o), mas não obteve resposta e continua anotando os exames. A(o) usuária(o) tem problemas para ouvir e pouco participa da consulta, a(o) acompanhante, que estava distante da mesa, se aproxima e tenta auxiliar, respondendo algumas perguntas” (C1MU1).

“No prontuário não foi registrado o questionamento da(o) usuária(o) sobre o resultado do exame e o diagnóstico emitido pela(o) profissional [...]” (C1EU3).

“A roda de conversa foi alterada, devido à ausência do facilitador, [...] foram momentos rápidos que estimulavam a higiene bucal, enquanto as consultas ocorriam paralelamente, por causa do atraso da consulta” (C3).

“O prontuário registra a queixa específica e solicitação de interconsulta da(o) usuária(o) [...]” (C3MU12).

“A(o) usuária(o) traz queixa de dor lombar, logo em seguida solicita guia para fisioterapia, justificando não poder pagar mais o convênio” (C3EU13).

Nas consultas individuais, apesar de existir maior tempo disponível, o profissional e usuário seguiam o roteiro pergunta-resposta-pergunta, centralizando o diálogo e a interação em função da doença específica, seus sinais e sintomas, ou em função das demandas tipo interconsultas, exames e procedimentos auxiliares. Com isso, a

participação do usuário ficava comprometida, pois perdia-se tempo valioso para que o mesmo pudesse relatar com detalhes sobre sua condição de doença e situação de saúde e vida, de forma integral:

“A(o) profissional pergunta sobre os sintomas gástricos e se houve melhora, a(o) usuária(o) responde que melhorou um pouco, a(o) profissional pergunta sobre a ansiedade, e responde que há dois anos a ansiedade veio junto com o problema de saúde”[...] a(o) profissional continua perguntando se há dor localizada e a(o) usuária(o) manifesta melhora parcial. (IEU20).

“Usuária(o) chega solicitando exames de rotina, oftalmologista, ultrassom, dermatologista, exame de fezes, tireoide, outros, [...], a(o) profissional focou nessas demandas. Já o prontuário descreve – usuária(o) estressada(o) e sobrecarregada(o) que solicita check up” (IMU15). Noutra consulta, a(o) profissional registra no prontuário – usuária(o) deseja check up (IMU16).

Para Sancho, Pfeiffer e Corrêa²², o atendimento que prevalece na assistência é do tipo queixa-conduta, onde tanto a queixa do usuário como a conduta do profissional, são pontuais, e sem nenhum laço constituído ou sem nenhuma responsabilização social e ética (p.10), devido ao entreguismo à biomedicina, à indústria científica de exames complementares e de imagem e de terapêuticas monopolizadas e controladas.

Podemos corroborar com os autores acima²², que no caso das consultas na USF, instaurou-se implicitamente, o atendimento tipo queixa-conduta, não exclusivamente pela falta de participação do usuário, e sim pela forma como a interação profissional-usuário era conduzida. Inclusive, tendo como desfecho o *check up* de rotina e os encaminhamentos de ordem biomédica, com amplo cardápio de exames e prescrições.

A marca registrada da medicalização social se fez presente durante as consultas coletivas e individuais na USF, devido à expansão progressiva da intervenção biomédica^{6,11}, onde o protagonismo e autonomia do sujeito cede lugar e passa a ser tratado como objeto pelo provedor da ciência e seu mercado científico^{6,14}.

Às vezes, aspectos da vida do usuário e sua relação sóciofamiliar com seu processo saúde-doença eram deixados de lado, pela forma como se desenvolvia a consulta. Como diriam Caprara e Rodrigues²³ o médico pode escutar e até reconhecer a pertinência da questão apresentada, mas não a explora com o paciente da mesma forma como faz com os sinais e sintomas da doença (p.143).

Isso produz um efeito quase automático no usuário, frequentador do serviço de saúde, pois ao ver-se nessa situação, prefere partir para as queixas pontuais e as solicitações específicas, com possibilidade de obter sucesso às suas demandas. Ou seja, a comunicação, e subsequentemente a participação do usuário fica mais uma vez, comprometida, reduzida e passiva diante desse contexto da medicalização social.

Para Caprara e Rodrigues²³ se consideramos que a qualidade do serviço de saúde depende quase 50% da relação profissional-usuário, devemos investir no respeito da subjetividade do paciente, na promoção de sua autonomia e zelar pela diversidade cultural. Mas de modo geral, neste estudo de caso, percebeu-se profissionais de saúde mais ativos do que os usuários durante as consultas, fazendo mais perguntas, muitas vezes baseadas no padrão de anamnese aprendido durante a graduação, com tendência a exercer função de comando. Enquanto os usuários tendem a uma posição mais passiva e de aceitação.

Dito isso, os aspectos trazidos por Sancho, Pfeiffer e Corrêa, sobre assistência tipo queixa-conduta, e apontados por Caprara e Rodrigues em relação ao distanciamento do profissional, revelam desconformidade com a ferramenta do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)²⁴, que propõe o cuidado estabelecido de acordo com 4 componentes, a saber: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto; e, intensificando a relação profissional-paciente.

Neste ponto, este estudo de caso encontrou evidências de que, possivelmente, a participação pouco ativa do usuário se relaciona com a não aplicação, pelos profissionais, da ferramenta do MCCP. Sendo assim, este método pode ser uma ferramenta útil para a promoção da autonomia/autocuidado do sujeito, por ser instrumento de mudança na relação estabelecida entre o usuário e o profissional, baseado, também, no compartilhamento do poder.²⁴

Conduta profissional prescritiva e centrada na doença

Observou-se uma conduta profissional com predominância prescritiva e centrada na doença durante as consultas, o que deu lugar à segunda categoria. Chamou à atenção, o tempo aproximado de 30 minutos nas consultas individuais, que em teoria, contribuiria para a troca de conhecimentos e saberes na interação profissional-usuário, mas na prática, percebemos algumas divergências:

“A(o) profissional percebeu que a(o) usuária(o) não estava tomando dois dos seis medicamentos e falou da importância de tomar todos os medicamentos, mas não indagou em profundidade sobre essa situação, renovou a receita e orientou pegar na Unidade. No prontuário, anotou medicações, exames, e nova prescrição médica, mas não registrou a dificuldade para aderir ao tratamento medicamentoso (IEU21).

“[...] não houve pactuação com a(o) usuária(o) sobre o problema e necessidades de saúde e como isso interfere na sua vida, passando direto para a indicação do medicamento, após longa explanação da justificativa para seu uso pela(o) profissional (IEU18).

Dos relatos observados, não podemos afirmar que o modelo de assistência à saúde, predominantemente hegemônico e de medicalização social, depende unicamente do profissional ou do sistema de saúde. Uma vez que, a sociedade está vivendo de maneira obsessiva pela saúde perfeita, definido por Nogueira⁸ como higiomania, e de modo a entender que toda situação de vida é nomeada e tratada, nesse modelo de medicalização^{10,11}.

Em estudo realizado por Fonseca et al²⁴, os autores perceberam a centralidade de tecnologias-duras e ‘prescrições’ na abordagem clínica do profissional médico, em detrimento da centralidade do sujeito (p.1039), o que se ratifica neste estudo. Quando a maioria de profissionais centrou as consultas na rotina de análise de exames e encaminhamentos de guias para exames complementares, interconsultas e prescrição medicamentosa, como detalhamos:

“No prontuário, registra – modifico ‘medicação’, suspendo ‘medicação’, introduzo ‘medicação’, aguardo laboratório, indico doppler [...], introduzo ‘medicação’, solicito exame, considero aumentar dose ao retorno [...]” (IMU8).

“A(o) usuária(o) relata queixas depois do aumento da dose dos medicamentos, impossibilitando seguir atividades do cotidiano, mas nada é esclarecido pela(o) profissional” (IEU11).

Percebe-se que durante o estudo, os relatos de usuários sobre mudanças do corpo, sintomas e causas, o uso de remédio e a conduta apropriada para seu problema e a percepção sobre sua situação de saúde, aparecem conforme a análise trazida por Illich⁶. Principalmente, relacionada à dependência do indivíduo aos serviços de saúde e ao conhecimento científico. Mesmo quando, alguns usuários tinham clareza sobre seus sintomas, seu tratamento e as medicações utilizadas, e

conseguiram relacionar os sintomas com a medicação e a melhora na sua saúde, mantiveram a dependência aos serviços, ou profissionais:

“[...] usuária(o) tinha bom entendimento do tratamento e do uso correto das medicações” (IMU8, CMU4).

“[...] refere ter pesquisado na internet e pergunta se comer couve faz bem” (IEU20).

Embora a(o) usuário tivesse conhecimento, a conduta que prevalecia era sempre a do profissional, conforme visto nos dados acima sobre as condutas registradas em prontuário. Ou mesmo, revelado na necessidade de buscar respostas nos serviços de saúde, para demandas consideradas simples, e de autocuidado. Mesmo assim, não foi possível relacionar, somente a partir das consultas observadas, se os usuários agiam conforme relatado, ou conforme ‘prescrito’, visto que essa situação não foi objeto de estudo.

O desafio da promoção da autonomia/autocuidado na ESF

Num primeiro momento, o que parecia ser uma triangulação entre autonomia, medicalização social e higiomania, compõe agora uma rede piramidal (Fig.1) em que o autocuidado se destaca no ápice da pirâmide, tendo como base a relação entre os três pontos anteriores. Ou seja, para exercer o autocuidado é fundamental praticar a autonomia, que de fato, se revela como uma construção individual, e que dentro do campo da saúde, deve dialogar com o cenário da medicalização social^{10,11} e da higiomania⁸.

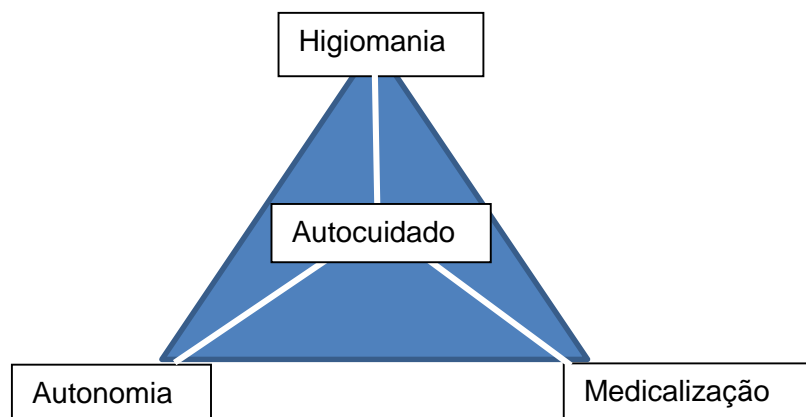


Figura 1. Rede piramidal do autocuidado (Fonte própria)

Sabe-se que o autocuidado procede de toda ação que o sujeito executa com o intuito de gerar saúde sob a perspectiva da promoção, prevenção, cura ou reabilitação de si mesmo. Assim, as constatações seguintes apareceram em diversas consultas, reforçando que em alguns casos, pode-se perceber indícios de ações de autocuidado:

“Houve comparecimento dos usuários aos agendamentos e, durante as consultas coletivas e individuais, observou-se escolha dos alimentos saudáveis, reconhecimento de seu tratamento e formas de uso das medicações, hábitos de cuidado físico e psicológico desenvolvidos, conhecimento sobre exames de rotina e sobre o fluxo dos serviços da Unidade” (C2MU4, IEU10, IMU8, C3MU12, IMU16, IMU17, IEU18, IEU20, IEU22)

Para Soderhamn (apud Queirós)¹⁷, tais ações repercutem na autonomia do sujeito para exercer o autocuidado. Sendo que:

“a capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar” (p.160).

Mas, de acordo com Kant (apud Scherer)¹³, a autonomia está em produzir ação sob a luz do pensamento próprio. Entretanto, não é possível exercer autonomia, quando há apenas um caminho¹⁵ ou quando “se está angustiado pela pobreza, privado da educação básica ou se vive desprovido da ordem pública”¹⁶(p131).

Ou seja, não se pode dizer que os usuários do estudo exerceram autonomia, dado que na maior parte das vezes a liberdade de escolha não era discutida durante as consultas.

“[...] não houve pactuação com a(o) usuária(o) sobre o problema e necessidades de saúde e como isso interfere na sua vida, passando direto para a indicação do medicamento [...]” (IEU18).

E, além disso, a população observada já convive com muitas privações de acesso à saúde, pautada pela pobreza de modo geral, muito embora, esse dado não tenha sido levantado como objeto de análise para este trabalho.

De todo modo, percebeu-se nos usuários, que o autoconhecimento do corpo, e conhecimento dos possíveis problemas de saúde eram superficiais, em alguns casos, inclusive, desconhecendo-os. Mesmo que, alguns poucos usuários conhecessem seus problemas de saúde e adotassem condutas, em parte:

“[...] ao perguntar sobre os hábitos, a(o) usuária(o) responde que seguiu as orientações da consulta passada, mas não totalmente [...], a(o) profissional fica em silêncio e não aborda o tema em profundidade” (IEU20).

“Após a dinâmica e roda de conversa na consulta coletiva com pacientes diabéticas, a(o) profissional oferece um chá de maçã com canela, todas as usuárias aceitam, mas algumas solicitam açúcar” (C2).

“Durante o exame físico a(o) usuária(o) fica quase imóvel e calada, obedecendo cada comando, a(o) profissional pergunta se está aferindo a pressão, e a(o) usuária(o) diz lembrar, nesse momento, do que ela tinha comentado na consulta anterior” (IEU6).

Ainda assim, foi possível identificar algumas práticas de autocuidado. Assim como, o diálogo entre o reconhecimento de problemas de saúde e as condutas adotadas, trazendo indícios do protagonismo da ação. E, nessas situações, o sujeito agia em benefício próprio, como retratado a seguir:

“[...] ao ser questionada(o) pela(o) profissional, sobre como realiza seus cuidados em casa, a(o) usuária demonstra clareza sobre seu problema, sabe as causas, conhece os riscos que exacerbam seu problema e relata que toma medidas para evitar complicações” (CMU4).

“Usuária(o) refere ter melhorado um pouco os sintomas, reconhece a causa do problema e o fator psicológico que está relacionado, assim como ter seguido as recomendações da anterior consulta e ter pesquisado por sua conta para melhorar sua alimentação [...]” (IEU20).

Sobre o comparecimento dos usuários nas consultas agendadas, chamou atenção que, embora sejam queixas recorrentes sobre o tempo de espera de consulta, e o número de vagas, o que se pôde perceber durante as coletas de dados, é que um número alto de usuários falta às consultas, percebendo que na primeira consulta coletiva de 25 usuários agendados, 16 compareceram, enquanto na segunda consulta coletiva de 5 agendados, 4 estiveram presentes.

Para este trabalho, o que se quer destacar é a que a consulta nos postos de saúde, é uma ferramenta de cuidado, que deve ser valorizada por todos os envolvidos, e que nessas situações deixaram de ser utilizadas. Na primeira consulta coletiva o índice de abstenção foi de 36%, enquanto na segunda consulta foi de 20%. Deve-se

destacar também, que em alguns momentos não foi possível realizar as coletas de dados pelas faltas recorrentes dos usuários às consultas agendadas.

Por outro lado, tais faltas podem gerar o entendimento de que talvez o usuário tenha tal estado de autonomia que prescindia da consulta com o profissional de saúde. Mas esse raciocínio não seria possível, basicamente por duas razões, a primeira é que o paciente agendou a consulta, o que leva a acreditar que ele desejava ser atendido, e deveria ter seus motivos para isto. O segundo motivo, é que nesta mesma categoria aparecem falas de pacientes que em outros momentos de problemas de saúde, buscaram serviços de emergência, ou talvez, o próprio acolhimento da USF. Como o acolhimento não estava dentro dos critérios de coleta de dados, não foi material de análise, mas o fato da pesquisadora, ser também preceptora do serviço, possibilitou esse cruzamento de dados, que revela que grande parte dos usuários que faltam às consultas, procuram o acolhimento antes ou depois.

Ressalta-se, também, que existiu orientação do profissional em relação à escolha de hábitos saudáveis, incluindo a escolha dos alimentos, da forma geral ou superficial, sem estarem direcionadas ao modo ou estilo de vida dos pacientes, como exemplificado:

“A(O) profissional orientou de forma geral, para consumir água, não andar de bicicleta quando estiver sob efeito de bebida alcoólica e seguir dieta alimentar” (IMU7, IEU20, IEU21).

Tais meios de orientação do profissional podem ter pouca interferência no cotidiano do usuário, exatamente por estar distante da realidade, e parecer apenas um roteiro a ser seguido, retratando basicamente, certas tarefas a serem cumpridas, para obter aprovação do profissional de saúde.

Referente às orientações sobre práticas de hábitos saudáveis, desenvolvidas pelos profissionais de saúde, observou-se o pouco tempo destinado à promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente nas consultas individuais, com destaque para as orientações pragmáticas, sem uma finalidade concreta. Inclusive, cabe destacar, que nos prontuários tais orientações não eram registradas com clareza pelos profissionais ou em todo caso, a sigla “MEV” (mudança de estilo de vida) foi frequentemente utilizada, o que não contribui com o cuidado longitudinal e integral, e que ao contrário, reforça o mesmo tratamento dado aos usuários pelos demais profissionais de saúde. Como retratam estes prontuários:

“[...] tem tido suporte familiar para cumprir as MEV [...]” (IMU8)

“[...] orientado MEV [...]” (IMU9)

“[...] avaliar tontura e MEV [...]” (CMU1).

Assim, pode se afirmar que, mesmo em condições crônicas de saúde, os usuários muitas vezes, são pouco protagonistas do seu autocuidado e autonomia, permanecendo o desafio desses conceitos, moldado na análise de Illich⁶, que nos recorda que “curar não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente (p.63)”, tendo observado neste estudo, o limitado reforço positivo nas consultas com os profissionais de saúde.

Considerações Finais

De modo geral, o estudo apontou que existe pouca participação ativa dos usuários nas consultas coletivas e individuais, não pelo pouco tempo de fala, e sim pelo direcionamento rotineiro dos atendimentos, centrado na doença e nos moldes da medicalização social. Possivelmente, essa maneira de conduzir as consultas tem sido aprendida durante as graduações dos profissionais de saúde, e são facilmente acionadas em ato, visto que coloca o profissional em sua zona de conforto. Um desafio iminente no processo de construção dessa autonomia do sujeito, é repensar novos modelos de formação destes profissionais.

Assim como, cabe a reflexão sobre o excesso de tecnologias duras que desvirtuam, em parte, o foco da atenção básica, a promoção da saúde e prevenção de agravos, tornando-se um grande desafio a enfrentar tanto para os profissionais de saúde, quanto para os usuários. A prática da tecnologia-leve, como propõe a literatura, talvez tenha impacto na promoção da autonomia/autocuidado, já que se espera que dentro dessa conduta, a relação entre profissional e usuário seja o foco do cuidado.²⁵

Outro ponto que merece destaque, embora não tenha sido o foco do estudo, é que os determinantes sociais têm grande importância no ganho ou perda de autonomia, e na relação de cuidado que cada indivíduo tem consigo. Ou seja, na medida em que o sujeito é privado dos seus direitos, acesso à saúde, alimentação de qualidade, acesso à educação, seu poder de escolha é limitado, e portanto, sua autonomia.

Visualiza-se o autocuidado e autonomia dos usuários, e ou sua promoção por parte dos profissionais de forma incipiente, dado que os profissionais centram sua

atenção em orientações sobre hábitos saudáveis e cuidados de forma ampla e generalizada. Desenvolvendo, em contrapartida, mais ações de cunho biológico do que projetos terapêuticos singulares centrados e pactuados com o paciente e a família, o que seria pertinente abordar, principalmente, durante a disponibilidade de tempo das consultas individuais.

Assim, as ações de autocuidado e autoconhecimento do usuário sobre sua condição de vida e de saúde integral, encontram certas limitações que as colocam em “estado de espera”, com mínima evidência de pactuações entre os sujeitos envolvidos, prevalecendo a “recomendação ou orientação profissional”, com pouca valorização do autocuidado e do autoconhecimento do usuário, não permitindo potencializar ou estimular a promoção e melhora da saúde de forma integral.

Conclui-se que ao sujeito “profissional”, lhe cabe a possibilidade de detentor do conhecimento sobre o processo saúde-doença pelo qual atravessa o sujeito “usuário”, num contexto muito bem delimitado e conhecido pelo profissional. Desse modo, o serviço de saúde e tal conhecimento, é facilmente reconhecido como científico e hegemônico, restando-lhe ao sujeito “usuário”, o conhecimento do senso comum, do saber popular, que se mostra pouco válido e inseguro para a própria vida e saúde do usuário, no contexto da ESF.

É importante ressaltar, que no pensamento de Ivan Illich⁶, se investe pouco neste conhecimento “vernacular”, ou se deixa de explorar com maior intensidade, nos momentos de interação profissional-usuário, como seriam as consultas coletivas e individuais. Com isto, contribuindo negativamente, para a perda gradativa do autoconhecimento do usuário, com restrições na sua liberdade para exercer seu autocuidado, e criando dependência pelo serviço de saúde e seus profissionais. Ao mesmo tempo, colaboramos com o aumento da demanda do serviço.

Espera-se que as considerações aqui vertidas, ampliem o escopo do conhecimento sobre a autonomia e autocuidado do sujeito na Estratégia Saúde da Família, no intuito de refletir sobre a prática profissional na Atenção Básica. Conseqüentemente, aprimorando e buscando estratégias eficazes, baseadas no diálogo e comunicação entre profissional e usuário, com aplicação de mais tecnologias leves que favoreçam a promoção da saúde e prevenção de agravos da população.

Referências bibliográficas

1. Rocha, Suelen Alves, et al. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2016, 26 [1]: 87-111.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea, Caderno de Atenção Básica nº 28, Vol. II Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
3. Morelli SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. [http://dx.doi.org/105712/rbmfc10\(34\)958](http://dx.doi.org/105712/rbmfc10(34)958)
4. Campos, CVA; Malik, AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *ver Adm Pública*. 2008; 42(2):347-68.
5. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. MS; 2017.
6. Illich, I. A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina. São Paulo. Ed. Nova Fronteira. 1975
7. Nogueira, RP. A saúde pelo avesso. Natal: Seminare Editora. 2003.
8. Nogueira, RP. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. *Botucatu* , v. 7, n. 12, 2003, p. 185-190. 23
9. Viana, ALD; Elias, PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1765-1777, Nov. 2007.
10. Tesser, CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, June 2006a, v. 10, n. 19, p. 61-76.
11. Tesser, CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, Dec. 2006b, v. 10, n. 20, p. 347-362.
12. Gaudenzi, P; Ortega, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, Mar. 2012, v. 16, n. 40, p. 21-34.
13. Scherer, BR. Considerações sobre o conceito de autonomia em Kant. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA MORAL E POLÍTICA, 2, Mesa 4, 2011, Pelotas - UFPel. Anais.

14. Sá LV, Oliveira RA. Autonomia: uma abordagem interdisciplinar. Rev Saude Etica Just. 2007 Nov; v 12(1/2): 5-14. Disponível em: http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/iof_48_5-14.pdf
15. Muñoz, DR; Fortes, PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à bioética. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.59.
16. Charlesworth, M. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge: Cambridge, 1996:V,131.
17. Queirós PJP, Vidinha TSS, Filho António JA. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Rev. Enf. Ref. [Internet]. 2014 Dez [citado 2019 Maio 09]; serIV(3): 157-164. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300018&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
18. Yin, R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
19. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritária/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013, p. 21.
20. Ministério da Saúde(MS). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 46, 116, 117, 127-147.
21. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2016.
22. Sancho, KA; Pfeiffer, CRC; Corrêa, CRS. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. Interface (Botucatu) [Internet]. 2019 [citado 2019 Maio 09]; 23: e170633. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=pt. Epub 16-Jan-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.170633>.
23. Caprara, A; Rodrigues, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004 [cited 2019 May 09]; 9(1): 139-146. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.
24. Stewart, M. et al. Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico. 3a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
25. Fonsêca, GS; Junqueira, SR; Botazzo, C; Carvalho, YM; Araujo, ME de. A clínica do corpo sem boca. Saude soc. [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 May 09];

25(4): 1039-1049. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000401039&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163946>.

26. Santos DS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Mar [cited 2019 April 15]; 23(3): 861-870. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>