UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FRANCIELE MAIA MARCIANO

Autonomia(s) no trabalho do enfermeiro na atenção básica

Ribeirão Preto
2013

FRANCIELE MAIA MARCIANO

Autonomia(s) no trabalho do enfermeiro na atenção básica

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientador: Cinira Magali Fortuna

Ribeirão Preto
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Marciano, Franciele Maia

Autonomia(s) no trabalho do enfermeiro na atenção básica.
Ribeirão Preto, 2013.

129 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:
Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Cinira Magali Fortuna

1. Processo de trabalho em saúde. 2. Trabalho. 3. Autonomia profissional. 4. Atenção básica em saúde. 5. Enfermagem em saúde coletiva.

MARCIANO, Franciele Maia
Autonomia(s) no trabalho do enfermeiro na atenção básica

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em
Ciências,

Programa Enfermagem Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À Fernanda, um cometa que se foi tão rápido
quanto a velocidade que conquistou o meu
coração! Amo você minha irmã...

À Vovó Júlia, pelas orações, pelo amor, pelo
exemplo de vida, de mulher, de mãe, de cuidado!
Amo muito a senhora...

Saudades...

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas que fizeram parte deste momento, e de outros que também se materializam nesta etapa, são pessoas que amo, que admiro, que respeito. Agradeço primeiramente à Deus, pela vida, e por ter guiado meus caminhos para que agora pudesse concluir, e pelas pessoas que estiveram e estão neste meu caminho.

À minha mãe Beatriz, meu espelho, minha amiga, leva a vida com a alegria de uma criança, mas com a responsabilidade de uma mulher. Pessoa linda, de um coração imenso, sempre me incentivou a ir, mesmo sofrendo com a saudade. Que bom que cada reencontro é como se nunca tivesse ido! “Eu tenho tanto... a te falar, mas com palavras, não sei dizer... Como é grande, o meu amor, por você!”

À minha irmã Flávia, enfermeira que sempre me incentivou a buscar! Obrigada pela intensidade de vida que há em você, e que transborda a quem te rodeia, pelo ânimo que tanto me animou, e obrigada pela bondade que você tem comigo. “Tô louca pra te ver chegar, tô louca pra ter nas mãos, deitar no teu abraço, retomar o pedaço, que falta no meu coração...” Amo-te meu bebê!

Ao meu paizinho Eni, pela coragem em seguir caminhos muitas vezes solitários e difíceis. Obrigada pelas conversas, pelos conselhos, pela amizade. Sinto saudade da sua presença desde o meu acordar até o meu adormecer, bons tempos que sempre guardarei no meu coração! “É de alegria que meus olhos choram... pai aonde você vai, pode não sobrar um lugar pra sua filha, mas tenha certeza que eu vou sempre estar, perto de você onde quer que vá.” Amo muito o senhor!

Ao meu amor Leandro, pelas renúncias ao longo desses anos, por me completar, por entender minha ausência, meus estresses, e por sempre ter

esse lindo sorriso no rosto e me dar tanto amor e carinho. Saiba que: “Ficar sem você é saudade demais, sem os seus carinhos não vivo jamais, se você soubesse o quanto eu te quero, ficaria comigo... por toda a vida”. Amo você!

Aos meus familiares que sempre acreditaram em mim, dando-me força para sempre continuar, sempre acreditar! Obrigada aos primos, tios e padrinhos tanto da família Maia Marciano, quanto da família que me adotou, os Silva de Goiás!

Ao meu avô Pedro Marciano, vovô Negrinho, pelo carinho, voz suave, olhos que me lembram a doçura do céu e a força do mar! Amo muito o senhor!

Aos meus tios César e Sueli, por me darem o maior presente destes últimos anos: César e Marco, vidas da minha vida! Tio, obrigada pela força na ida para Ribeirão Preto, na volta para Uberlândia e Cumari, pelas mudanças, caronas. Família obrigada por sempre me acolherem em São Paulo e sempre serem presentes na minha vida! Amo muito essa família!

Ao meu tio Jessé, artista inteligente, nunca mediu suas palavras comigo, nas conversas, nem sempre amigáveis, sempre terminávamos mais amigos ainda. Homem verdadeiro e sincero. Amo você.

Ao meu tio Vilmar, meu querido doutor em educação! Quanta força e coragem obtive de ti! Quantas horas passamos juntos conversando sobre projeto de vida, de mestrado, de sonhos! Você é um exemplo de dedicação!

A minha madrinha Cleide, pelo seu sorriso lindo sempre estampado, olhos marejados de alegria e entusiasmo sempre presente! Amo você!

Aos meus sogros José Sebastião e Madalena. Zé, sempre firme, você nunca me enganou com sua braveza, por trás dela há o cuidado comigo. Doce Madá, agradeço por Deus ter me dado mais uma mãe. Como mãe é coisa

boa! Tenho duas! Obrigada por tudo, nem tenho palavras para expressar o quanto a admiro. Amo muito a senhora.

Aos meus cunhados Miliana, Heber e Mateus. Quantos momentos vividos nesses anos... quantas risadas, alegrias, momentos prazerosos que sempre estarão na minha memória. Miliana, a irmã mais velha que não tive na vida adulta, mulher inteligente, perseverante, mestre que me incentivou a buscar mais! Hebinho, que quantas vezes lidou com o irmão para defender a cunhada, parceiro de inúmeras festas! Má, enfermeiro, trabalhador, apoiou sempre minhas escolhas, obrigada por fazer minha irmã feliz!

À minha orientadora Cinira Magali Fortuna, que já conhecia sem nunca nos irmos, sincera, exemplo de enfermeira, professora, amiga, mãe, mulher. Obrigada por sempre acreditar nas minhas potencialidades, por instigar-me a buscar, estudar, ler, e é claro escrever: “Tem que começar!”. Obrigada por ter começado comigo, continuado, e hoje estarmos finalizando esta etapa, para prosseguirmos juntas em outras!

À professora Silvia Matumoto, obrigada por me “adotar” na ausência física da Cinira. Pelos encontros nas disciplinas, nas supervisões, nas conversas na cantina, na sua sala, nas unidades de saúde. Obrigada pela convivência repleta de aprendizagem. Você é exemplo para mim!

Às professoras Zezé Bistafa e Silvana Mishima, pelo aprendizado compartilhado nas disciplinas, pelas contribuições no exame de qualificação e principalmente pelo carinho e atenção com que me receberam na Escola!

À minha amiga Eliane Abdias, obrigada por ser sempre amiga, por ser sempre presente. Você representa aqui o grupo que me conformou enquanto enfermeira e pessoa, saudades da turminha: Fernanda, Lígia Inês, Lorença, Sonaly e Wesley.

À minha amiga Juliana, nunca me esquecerei da frase dita, ora parece fazer séculos, ora parece ter sido dita ontem: “Vamos descer o mapa?”, e acreditamos, lutamos, obrigada pelos momentos de força, quando eu queria desistir, pela sinceridade e o ombro sempre amigo, obrigada por ser minha irmã. Amo você!

À minha amiga Jael, companheira de aulas, seminários, trabalhos, vivência e convivência constante nestes dois anos! Você foi e é muito importante para mim! Obrigada por tudo, por me entender, por me aceitar como irmã, por me aturar! Amo você!

À amiga Carol, obrigada por estar por perto, pelos passeios, pelo carinho, você é o esteio da nossa amizade, você representa a infância com queridas amigas: Êrika e Thaís, obrigada a vocês!

À amiga Mari, pequena grande mulher, pelo sorriso e pela graça que encanta! Você é muito especial!

À amiga Rê, obrigada por me mostrar o quanto os olhos enganam o coração! Obrigada por ser amiga, pelo carinho, pela sinceridade, pelas longas conversas, obrigada por ter se tornado minha amiga!

Às amigas da pós-graduação: Paula, Tânia, Janaína, Carolina, Amanda, Anna Maria, obrigada pela convivência, pela aprendizagem, pelo carinho!

Às trabalhadoras da EERP, Shirley, Lourdes e Eliana, por me ouvirem, pelo carinho e acolhida.

Aos queridos trabalhadores da recepção da EERP, que sempre me acolheram com alegria, tanto nas chegadas, quanto nas saídas da EERP.

À minha equipe de saúde (Estratégia Saúde da Família de Cumari) que se materializou como exemplo e com reflexões durante o desenvolvimento deste

mestrado, por compreenderem minha ausência e pelo apoio ofertado. Obrigada Alessandra, Fabiana, Fabiano, Gizelle, Jany, Josiane, Lidianne, Mara, Maria Abadia, Maria das Graças, Maria Tereza, Roselene, Sandra, Seme e Terezinha.

Aos meus amigos, pessoas com as quais convivi, e que ficaram na minha vida, mesmo que a própria vida tenha mudado o rumo e a direção de alguns, pessoas que jamais esquecerei.

Aos meus amigos presentes! Presentes da vida! Obrigada por entenderem a ausência, as idas e por sempre me receberem de braços abertos.

Aos meus amigos enfermeiros, trabalhadores que dão vida ao trabalho em enfermagem.

Aos sujeitos da pesquisa, grandes sujeitos, trabalhadores que lutam, que persistem, que constroem. Obrigada por permitirem minha entrada nas vossas vidas.

Ao CNPq pela bolsa que foi fundamental, e sem a qual seria impossível a realização deste mestrado com dedicação exclusiva.

À EERP, pela oportunidade concedida nas atividades de Monitoria na Atenção Básica, além da bolsa, me (re)aproximou do espaço de atenção às famílias, me fez (re)viver tantos bons momentos, e minimizou a saudade do meu trabalho!

E por fim, mas não menos importantes, à vocês usuários, trabalhadores, sem vocês não há sentido no trabalho em saúde, não há sentido em questionar, pesquisar, discutir, sem vocês, não há.

RESUMO

MARCIANO, Franciele Maia. **Autonomia(s) no trabalho dos enfermeiro na atenção básica**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudo toma como objeto a autonomia nas práticas de enfermeiros que atuam na atenção básica em um município do interior de Minas Gerais. O referencial teórico metodológico é o processo de trabalho em saúde e tomamos autonomia como um dos elementos desse processo, uma tecnologia leve produzida nos encontros entre trabalhadores e usuários, trabalhadores e trabalhadores e, trabalhadores e gestores. Nosso objetivo foi o de identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de atenção básica, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde. Com a abordagem qualitativa, realizamos observação participante do cotidiano de trabalho de dois enfermeiros, um de unidade básica de saúde e outro de unidade de saúde da família. Também realizamos doze entrevistas individuais com os enfermeiros de distintas equipes. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo, vertente temática, sendo dispostos em dois temas: 1. Concepções de autonomia e 2. Limites e possibilidades para a produção de autonomia no trabalho em saúde. Como concepção predominante está a autonomia como algo centrado em si próprio, relacionada ao poder de fazer e decidir e como objeto que pode ser dado e recebido. Outra concepção é a da autonomia relacional na qual se entende a possibilidade do exercício da autonomia em um processo relacional com a equipe, usuários e gestores, mas de uma forma hierárquica em que a presença da autonomia de um anula ou enfraquece a do outro. Embora tenham sido observadas situações de exercício de autonomia, os sujeitos não as nomina como tal. Construimos a perspectiva da autonomia como exercício a ser considerado no plural; autonomias, que é sempre relacional, podendo conformar-se como autonomia horizontalizada. Nesse sentido a segunda categoria, dos limites e potencialidades, indica a tutela como um primeiro momento desse processo que deve ser superado. A falta de condições de trabalho, a sobrecarga e a relação com a gestão são consideradas como fatores limitantes da autonomia pelos sujeitos. Dialeticamente, são potencialidades para uma outra organização do trabalho e conformam tomadas de decisão e menor controle do trabalho do outro. Destacamos ainda um elemento importante do processo de trabalho que é a finalidade do mesmo. Essa parece não ser clara para os trabalhadores e relaciona-se com a resolução de problemas cotidianos e atendimento de necessidades de saúde segundo uma lógica biomédica. As possibilidades discutidas voltam-se para a cogestão e educação permanente em saúde. Concluimos que sem o vislumbre de um projeto de atenção que supere a lógica que está dada, fica a autonomia como ideal, sendo naturalizada a heteronomia.

Palavras-chave: Processo de trabalho em saúde; Trabalho; Autonomia profissional; Atenção Básica em Saúde; Enfermagem em Saúde Coletiva

ABSTRACT

MARCIANO, Franciele Maia. **Authonomy(ies) in the work of primary health care nurses**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

This study takes as an object the Autonomy in the practices of nurses that act in primary health care in a municipality of the state of Minas Gerais. The theoretical methodological frame of reference is the work process in health and we take autonomy as one of the elements of this process, a light technology produced between workers and users, workers and workers, and workers and managers. Our goal was to identify and analyze the work process of the primary health care nurse, producing autonomy of individuals involved in the relations of production in health care. With the qualitative approach, we conducted participant observation of daily work of two nurses, one from a basic health care unit and another from a family health care unit. We also conducted interviews with twelve nurses from different teams. The data were subjected to content analysis, thematic field, being arranged on two themes: 1. Conceptions of autonomy and 2. Limits and possibilities for the production of autonomy in health work. As prevalent conception is the one of autonomy as something self-centered, related to power to do and decide and as an object that can be given and received. Another conception is the one of relational autonomy in which the possibility of the exercise of autonomy in a relational process with staff, users and managers is understood, but in a hierarchical manner in which the presence of an autonomy weakens or cancels the other. Although there have been observed cases of exercise of autonomy, the subjects don't name them as such. We have built the prospect of autonomy as an exercise to be considered in the plural; autonomies, which is always relational, and may conform itself as horizontal autonomy. In this sense the second category, of limits and potentials, indicate the tutelage as a first step on this process that must be overcome. The lack of working conditions, overload and relationship with the management team are considered as limiting factors of the autonomy by the subjects. Dialectically, they are potential for another labor organization and shape decision-making and less control of the work of another. We also highlight an important element of the work process that is the purpose of it. This seems to be unclear for employees and relates to the resolution of everyday problems and health care needs according to biomedicine logics. The possibilities discussed turn to co-management and continuing health education. We conclude that without the glimpse of a care project that surpasses given logics, autonomy keeps an ideal, and heteronomy becomes natural.

Keywords: Health work process; labor; professional autonomy; primary health Care, collective health nursing

RESUMEN

MARCIANO, Franciele Maia. **Autonomía(s) em el trabajo Del enfermero de atención primaria**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Este estudio tiene como objeto la autonomía en la práctica de enfermeros que trabajan en la atención primaria de salud en una ciudad de la provincia de Minas Gerais. El marco teórico metodológico es el proceso de trabajo en la salud y la autonomía como uno de los elementos de ese proceso, una tecnología leve producida entre trabajadores y usuarios, trabajadores y trabajadores y trabajadores y administradores. Nuestro objetivo fue identificar y analizar el proceso de trabajo del enfermero de atención primaria de salud, la producción de autonomía de los individuos involucrados en las relaciones de producción en la salud. Con el enfoque cualitativo, se realizó observación participante del trabajo diario de dos enfermeros, un de las unidades básicas de salud y otro de unidad de salud familiar. También realizamos doce entrevistas individuales con los enfermeros de diferentes equipos. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido, vertiente temática, estando dispuestos en dos temas: 1. Las concepciones de la autonomía y 2. Límites y posibilidades para la producción de autonomía en el trabajo en salud. Como concepción predominante está la autonomía como algo centrado en sí mismo, en relación con el poder de hacer y decidir y como un objeto que se puede dar y recibir. Otra concepción es la de la autonomía relacional en la cual entendemos la posibilidad de que el ejercicio de la autonomía en un proceso relacional con el personal, los usuarios y los administradores, pero en una forma jerárquica en la que la presencia de una autonomía debilita o anula la otra. Aunque ha habido casos observados de ejercicio de la autonomía, el sujeto no la nombra como tal. Construimos la perspectiva de la autonomía como ejercicio para ser considerado en el plural; autonomías, que siempre es relacional, pudiendo conformarse como autonomía horizontalizada. En ese sentido la segunda categoría, de los límites y potencialidades, indica la tutela como un primer paso de ese proceso que se debe superar. La falta de condiciones de trabajo, la sobrecarga y la relación con la administración son considerados como factores limitantes de la autonomía por los sujetos. Dialécticamente, son potenciales para una otra organización del trabajo y conforman tomas de decisiones y menos control del trabajo de otro. Destacamos también un elemento importante del proceso de trabajo que es el propósito del mismo. Esto parece no estar claro para los empleados y se relaciona con la resolución de problemas cotidianos y atención a necesidades de salud de acuerdo con una lógica biomédica. Las posibilidades discutidas se vuelven hacia la co-gestión y la educación continua en salud. Llegamos a la conclusión de que sin la visión de un proyecto de atención que sobrepase la lógica dada, la autonomía queda como ideal, siendo naturalizada la heteronomía.

Palabras clave: Proceso de trabajo en salud; labor; autonomía profesional, Atención primaria en salud, enfermería de salud colectiva

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVOS.....	26
2.1 Geral	26
2.2 Específicos.....	26
3. MARCO TEÓRICO.....	27
3.1 Busca bibliográfica	27
3.2 Política Nacional de Humanização	29
3.3 O processo de trabalho em saúde e o trabalho em enfermagem	34
3.4 Autonomia no trabalho em saúde.....	39
4. METODOLOGIA	42
4.1 Natureza da Pesquisa.....	42
4.2 Campo da Pesquisa.....	43
4.3 População do estudo	44
4.4 Procedimentos éticos.....	46
4.5 Técnica de coleta de dados	47
4.6 Análise dos dados	51
5. RESULTADOS	55
5.1 Apresentação dos sujeitos	55
5.2 Analisando as vozes e as ações dos sujeitos	62
5.2.1 Concepções de autonomia.....	63
5.2.1.1 Autonomia centrada em si próprio	63
5.2.1.2 Autonomia relacional	68

5.2.2 Limites e possibilidades para produção de autonomia no trabalho em saúde	76
5.2.2.1 Limites para produção de autonomia	76
5.2.2.2 Possibilidades para produção de autonomia	83
6. DISCUSSÕES	90
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES.....	123
ANEXO	129

APRESENTAÇÃO

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo
muito ensinou.
Ensinou a amar a vida.
Não desistir da luta.
Recomeçar na derrota.
Renunciar a palavras e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos.
Ser otimista.

Creio numa força imanente
que vai ligando a família humana
numa corrente luminosa
de fraternidade universal.
Creio na solidariedade humana.
Creio na superação dos erros
e angústias do presente.

Acredito nos moços.
Exalto sua confiança,
generosidade e idealismo.
Creio nos milagres da ciência
e na descoberta de uma profilaxia
futura dos erros e violências do presente.

Aprendi que mais vale lutar
Do que recolher dinheiro fácil.
Antes acreditar do que duvidar.

Oferta de Aninha (Aos Moços)
Cora Coralina (1889-1985)

As inquietações contidas nesse projeto de pesquisa têm sua origem nas minhas vivências profissionais, enquanto enfermeira atuante na Estratégia Saúde da Família, se intensificando na minha prática como docente em Curso de Graduação em Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Campus Ipameri.

Desde a conclusão da graduação e consequente inserção no serviço público de saúde, tenho me deparado em alguns momentos, com a ausência da resolutividade, integralidade e equidade, quesitos estes propostos legalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição

Federal de 1988 e da Lei Federal 8080/1990. Também me deparei com práticas autoritárias que afastavam a equipe de sua tarefa de cuidar, tendo o enfermeiro como um sujeito importante para a flexibilização das relações de poder ou de sua afirmação com a subordinação autoritária dos trabalhadores (especialmente agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem) e da subordinação da população aos protocolos e normas.

Em 2003, estava nos meados da realização do curso de graduação, quando o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização (PNH). Entretanto, os dispositivos desta política não foram apresentados durante a formação acadêmica.

Ao concluir o curso de enfermagem, em 2005, fui para o interior de Goiás, em um município com pouco mais de três mil habitantes, trabalhar como enfermeira da saúde da família. Devido alta rotatividade entre os trabalhadores, o município não oferecia mais o curso específico – Introdutório.

Durante os seis anos como enfermeira da unidade, participando de capacitações promovidas pela Regional de Saúde, que é constituída por dezoito municípios, não foram discutidos aspectos que contribuíssem com uma ampliação dos olhares para a consolidação do SUS, como por exemplo, os direitos dos usuários - Carta dos Direitos dos Usuários do SUS – os aspectos referentes às políticas ministeriais como a PNH, Política Nacional de Atenção Básica, Pactos pela Vida, em Defesa dos SUS e de Gestão, Política de Educação Permanente e outras.

As capacitações sempre foram pontuais, sobre necessidades de atender metas, normas e regras institucionais, sobre doenças e treinamentos técnicos.

Considero a importância destas capacitações, mas sentia certo vazio em relação a minha formação complementar. Resolvi cursar especialização em Saúde Pública em 2006, e nos poucos momentos que foram fomentadas discussões em grupos, formação de rodas, e nos espaços extra

institucionais, cantinas, cafés, corredores, estacionamento, portaria do prédio do curso, foi possível verificar que esta problemática, até então sentida pela minha experiência como trabalhadora, também era vivenciada por outros colegas enfermeiros.

Apesar da grande importância que o curso teve para minha formação, a lacuna permanecia, e a experiência foi motor de mais questionamentos; queria compreender melhor essa produção de conhecimento e a inserção deste conhecimento no trabalho em saúde.

Passei a interrogar as minhas, as nossas práticas enquanto trabalhadores em saúde, os limites em atender as necessidades reais da população, a insatisfação desta, a falta de tempo para sentarmos em roda, e por que as rodas não eram bem vistas pelos gestores. Queria entender por que trabalhávamos daquele modo, que modelo de saúde era aquele.

Em leituras, conheci a PNH, a achei interessante, necessária, mas também considerei-a idealizada e utópica naquele momento, talvez impossível de ser vivida, de ser aplicada no meu trabalho, nas minhas relações. Nesta mesma época, 2009, já tinha estabilidade no cargo devido concurso público municipal, e considerando o momento de possibilidade de continuar discussões sobre trabalho em saúde em outros espaços, com outros sujeitos, fui convidada a participar das reuniões do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESCO, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Desde então, pude vivenciar com o grupo outras possibilidades de pensar o trabalho em saúde. Quantas vezes, viajei muitos quilômetros no mesmo dia para participar das ricas discussões sobre processo de trabalho. Nossa! Quem era esse tal de processo de trabalho? Parecia uma outra língua as falas das docentes, dos alunos que já participavam do grupo! Não vou negar que várias vezes saí desnorteada dos encontros, e entendi que discussões mais teóricas são necessárias para o trabalho em saúde, entendi que o contexto histórico e social deve ser considerado, e que o trabalho é muito além de práticas profissionais.

A partir de então, quis compreender por que não havia humanização nas práticas em saúde do jeito “idealizado” na PNH? Por que o discurso de humanização só fazia referência ao “bom dia!”, tratar bem, sorrir para o usuário? Por que não falaram nesta humanização na minha formação? Na minha prática enquanto enfermeira? Por que a gestão, as instâncias regionais, não discutiam estes aspectos em encontros com trabalhadores? Pois eram várias questões. Eram não, são várias, ainda mais do que antes.

Com a inserção no programa de pós-graduação e sabendo da necessidade de delimitar o objeto de estudo, e considerando meu desejo em olhar para a humanização, decidimos tratar de um de seus aspectos: a produção de autonomia.

A partir deste momento, sinalizo a mudança do “eu”, para nós, pois o processo de recorte da pesquisa, de construção da mesma, foi dialógico, entre aluna e docentes, trabalhadoras da saúde, sujeitos que implicam e foram implicadas pela pesquisa.

Olhar e compreender a humanização, não era possível para um projeto de mestrado, e deste modo optamos pelo princípio da autonomia, como componente para analisar o trabalho e as relações que se dão no âmbito da saúde, especificamente atenção básica.

Diante disso, várias outras questões foram conformando o projeto inicial, para analisar as práticas de autonomia na atenção básica, precisávamos entender como elas são operadas e concebidas pelo enfermeiro. Como esse trabalhador contribui nos encontros para o fomento de autonomia? Se o trabalho do enfermeiro na atenção básica, propicia maior liberdade de escolhas no processo de trabalho em saúde? Como o enfermeiro lida com a autonomia do outro? Quais aspectos da autonomia estão presentes na sua prática? Quais aspectos do processo de trabalho dificultam a tradução da autonomia no cotidiano do trabalho?

Sabemos que nem todas as questões acima foram respondidas, mas contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa, que foi conformada na dissertação com o seguinte conteúdo:

Na Introdução trazemos uma explanação geral sobre a pesquisa, contém as questões de pesquisa, justificativa e o objeto da mesma.

No capítulo Marco Teórico, apresentamos nossa busca bibliográfica sobre a temática, discurremos sobre o referencial teórico metodológico adotado – processo de trabalho, trazemos uma aproximação sobre o trabalho do enfermeiro, apresentamos a PNH e situamos sobre conceitos de autonomia, nos posicionando em relação à eles.

O capítulo Objetivos é apresentado em duas subseções: geral e específicos.

A Metodologia também está exposta em subseções. Anunciamos sobre o tipo de pesquisa, onde foi realizada, os sujeitos e técnicas para coleta de dados, bem como os procedimentos para análise.

No capítulo Resultados, caracterizamos os sujeitos da investigação, apresentamos as concepções de autonomia e os limites e possibilidades para produção de autonomia no trabalho em saúde.

No capítulo da Discussão, abordamos os resultados a partir no referencial teórico, fazendo contraponto com diversos autores que versam sobre o tema.

As Considerações finais conduzem a uma síntese do percurso realizado, apontou os limites da nossa pesquisa, desencadeando em aspectos que ainda precisam de outros estudos.

Assim, convido-o a nos acompanhar no trabalho que se segue e afirmando que de alguma forma, como a poetiza de minha terra adotiva, eu também “sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou...”

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido a partir da Constituição Federal de 1988, trouxe como principal inovação a consagração do direito à saúde, estabelecendo princípios e diretrizes norteadores do processo de reorganização do sistema de saúde (MENICUCCI, 2006).

Em todo o período da reforma sanitária, divergências e posicionamentos permearam o processo, e a implementação chocou-se com a herança histórica de uma sociedade segmentada, inclusive no campo da saúde, apresentado no decorrer dos anos avanços, mas ainda muitos desafios (MENICUCCI, 2009).

Neste sentido, foram constituídas ao longo da trajetória do SUS, estratégias para efetivação da universalidade, integralidade e equidade como programas, leis, políticas, projetos, enfim, que são utilizadas para a efetivação de sua consolidação e atuação na organização dos serviços de saúde no país (ESCOREL et al, 2007).

Uma dessas leis é a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que revisa e aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a caracteriza como:

(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e **autonomia** das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco,

vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p. 48, grifo nosso).

A PNAB define que a assistência no nível primário deve ser prioridade no atendimento devido sua elevada capacidade resolutiva, destaca ainda que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes considerando as concepções atuais (BRASIL, 2011). Desse modo, no decorrer deste trabalho, bem como já anunciado pelo título, adotaremos a expressão “Atenção Básica” para referirmos à atenção primária.

Destacamos a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, foi desde 1994, eleita pelo governo como proposta para reorganização da atenção básica (BRASIL, 1997). A PNAB corrobora com as propostas anteriores ao definir que a Saúde da Família é prioritária para expansão e consolidação da atenção básica no país.

Inicialmente com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), passou a partir de 1999, a ser denominada e disseminada como uma estratégia pelas políticas públicas de saúde (ESCOREL et al, 2007).

A saúde da família é constituída minimamente pelos profissionais: médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e auxiliar ou técnico de enfermagem (BRASIL, 1997). Segundo a portaria nº 2.488, a essa equipe pode ser acrescentado cirurgião dentista generalista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011).

A ESF foi concebida com o objetivo de alterar as bases e os critérios para a reorganização da atenção básica e da prática assistencial, constitui-se enquanto território dos fazeres e saberes, e da produção do cuidado em saúde (FRANCO e MERHY, 2003).

A alteração dessas bases perpassa por mudanças nas relações estabelecidas entre os trabalhadores (equipe), entre trabalhadores e usuários e ainda entre trabalhadores e gestores, uma vez que se trata de estratégia (re)ordenadora de relações de domínio (PIRES e GÖTTEMS, 2009) constituindo-se assim em um desafio.

Pires e Göttems (2009) trazem contexto do surgimento do PSF, inserido em uma conjuntura neoliberal com pouca cidadania organizada na exigência de direitos. Trata-se assim de um embate de forças, de um lado ao assumir diretrizes consoantes com as propostas do SUS, rumo à universalidade e equidade, de reorganização do modelo de atenção à saúde, vista como direito; de outro, os interesses econômicos, a característica focalizadora das políticas públicas, como mais um programa de saúde pública para grupos específicos, atendendo aos interesses do neoliberalismo.

Desse modo, a proposta de saúde da família se caracteriza por retrocessos e avanços, em manutenção de modelos fragmentados, atuação segundo modelo biomédico, caracterizando a doença na linearidade, mas também com perspectivas de mudança, de potencialidades, com o fortalecimento de vínculos, existência coresponsabilização e autonomia entre os sujeitos, ao entender, a partir da micropolítica do trabalho que discussões sobre a formação e a forma de produzir cuidados são necessárias (PIRES e GÖTTEMS, 2009).

Almeida e Mishima (2001) defendem que, para a construção do projeto desejado em saúde da família, é indispensável à construção de projeto comum entre os membros da equipe, através da complementaridade no trabalho e interação entre trabalhadores e usuários. Considera-se que essa perspectiva pressupõe horizontalização de poderes e produção de autonomia com responsabilização pelo cuidado o que é um desafio para a enfermagem quando consideramos seu devir sócio-histórico na perspectiva de considerá-la uma prática social.

Em 2003 o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde e de gestão, e também estimular a solidariedade entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema, na busca pela produção de saúde e produção de sujeitos. Contempla um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem nas práticas de saúde, operando as relações estabelecidas no âmbito das organizações (BRASIL, 2004a).

A PNH sustenta a necessidade da produção de autonomia e protagonismo dos trabalhadores, gestores e usuários, apostando na construção coletiva de projetos terapêuticos singulares, condições de trabalho (ambiência), cogestão, educação permanente em saúde, entre outros.

Entendemos que a depender de como se realiza o trabalho em saúde, há ou não possibilidades de contribuições para o fortalecimento do SUS, a partir do comprometimento de todos os atores envolvidos, ou seja, entender que existe uma transversalidade que atua em todos os níveis de atenção e gestão (BARROS, MORI e BASTOS, 2006), que possibilita a inclusão dos diferentes agentes implicados no processo de trabalho em saúde (BARROS et al, 2006).

Deixamos destacado aqui que consideramos a concepção de humanização proposta pela PNH, “vista como estratégia de interferência no processo de produção de saúde que leva em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprio nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004a, p.8).

Trata-se desse modo, de entender a realidade de determinado local, contexto histórico, devendo sim descrevê-la e analisá-la, mas com o propósito de potencializar transformações substanciais nesta realidade pesquisada (TRIVIÑOS, 1987).

Para tanto, é necessário compreender que os sujeitos estão inseridos em processos de trabalho de saúde que compõe um espaço sempre permeado de conflitos, onde os vetores de forças não podem ser considerados como simples somatório de forças na mesma direção ou forças totalmente opostas, mas como “forças instituintes nas suas instituições” (MALTA e MERHY, 2003, p.64), forças estas que refletem diretamente na assistência em saúde.

Assim, a atenção básica conta como um de seus trabalhadores os enfermeiros que “levam” para o cotidiano, produzem ou reproduzem características constituídas histórica e socialmente dessa prática social.

Dentre essas características está a sua divisão de trabalho interna, pois é exercida pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Essa divisão do trabalho que é técnica e social ao mesmo tempo já foi estudada por diversos autores que assinalam práticas com herança militar, religiosa (HEIDEMANN, GOMES e SANCHES, 2008) e com dificuldades para exercer autonomia na perspectiva de um processo relacional que objetiva a construção da dobra autonomia e responsabilidade.

Desse modo, esta pesquisa pode suscitar reflexões acerca de como estão sendo postos em produção a autonomia nos serviços de atenção básica, mais especificamente nas relações do enfermeiro com os diferentes sujeitos envolvidos neste processo.

As relações do enfermeiro com o outro são constantemente atravessadas por forças, seja nas relações entre enfermeiro e equipe de enfermagem, enfermeiro e outros profissionais, enfermeiro e agentes comunitários de saúde e enfermeiros e usuários. Ora estas relações se dão no aprisionamento da autonomia por parte do enfermeiro, ora há possibilidades de que a tutela potencialize a autonomia, a depender de como se dão estas relações.

Podemos dizer que o enfermeiro continua a ocupar um importante lugar nas práticas da atenção básica, pois supervisiona a equipe de enfermagem, desenvolve ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e atua quando doenças já estão instaladas (KAWATA, 2011).

Todos esses fazeres se processam na relação com o outro, sendo a produção de autonomia um possível instrumento que em muito qualificaria o trabalho em saúde. Então questionamos: como os enfermeiros concebem a autonomia? Quais aspectos da autonomia estão presentes nas suas práticas? Quais aspectos do processo de trabalho dificultam a tradução do princípio de autonomia no cotidiano do trabalho dos enfermeiros?

Entendemos que a depender do modo de relacionar com o outro, podem surgir mecanismos de transformação, de (re)construção necessários à consolidação do nosso sistema de saúde.

Essa investigação com o aporte teórico metodológico do processo de trabalho em saúde e de preceitos da PNH, tem como intuito compreender a produção da tutela e de autonomia. Consideramos relevante a ideia de que a produção em saúde envolve a produção de sujeitos (SANTOS FILHO, BARROS e GOMES, 2009), explicitando a necessidade de potencializar outros modos de trabalhar que emergem no dia a dia dos serviços, a partir do que é experimentado pelo próprio trabalhador, sujeito da ação, produto e produtor de todo o processo.

Na revisão de literatura (que está mais detalhada no capítulo marco teórico), vimos que diversos estudos citam o termo autonomia e em sua maioria são estudos teóricos, indicando sua importância na prática de saúde. Em relação à enfermagem grande parte trata da autonomia pessoal ou profissional. Apenas um estudo (GOMES e OLIVEIRA, 2010) aborda a autonomia do enfermeiro na atenção básica, mas não se utiliza do referencial teórico aqui adotado. Assim esse estudo justifica-se pela escassez de sua exploração na literatura e pelo ângulo como aborda o assunto.

Entendemos a pesquisa pode abrir diálogos, ouvir e dar vozes aos envolvidos no trabalho em saúde e isso pode contribuir para responder aos questionamentos que envolvem as práticas de saúde.

Acreditamos que a busca por responder as questões formuladas e outras, que surgiram no decorrer da pesquisa, podem, aliadas aos saberes necessários para a atuação profissional, produzir conhecimentos sobre a prática do enfermeiro na construção coletiva de sujeitos envolvidos e comprometidos com o processo de fazer saúde, no âmbito da atenção básica.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde.

2.2 Específicos

- Identificar e analisar as concepções que os enfermeiros têm sobre autonomia;
- Analisar no processo de trabalho do enfermeiro da atenção básica, o interjogo entre a produção de autonomia e de tutela em suas relações com a equipe e com os usuários;
- Identificar e analisar o processo de trabalho quanto às possibilidades e limites para a produção da autonomia nos microespaços de trabalho.

3. MARCO TEÓRICO

Neste capítulo trazemos elementos que subsidiaram esse estudo, a saber: Política Nacional de Humanização (PNH), processo de trabalho em saúde e o trabalho da enfermagem e autonomia no processo de trabalho.

Iniciamos com uma busca bibliográfica feita a partir do termo “autonomia” para demarcarmos nosso objeto de estudo, nosso olhar para o objeto em questão, que busca aproximar-se do materialismo histórico-dialético.

Deixamos claro também que não foi objetivo maior aprofundarmos nos conceitos acima, mas pretende-se demarcar elementos que guiaram essa pesquisa.

Como todo trabalho acadêmico requer parâmetros, itens e subitens, reafirmamos que o texto a seguir adotou estes preceitos, mas não se ateve estritamente a eles, haja visto que os conceitos se imbricam, permeiam, completam e estão em diálogo constante entre si.

3.1 Busca bibliográfica

Em pesquisa bibliográfica realizada utilizando a Biblioteca Virtual em Saúde, encontramos poucos artigos. Partiu-se da utilização dos termos: “autonomia” associados à outros tais como: “tutela”, “protagonismo”, “enfermagem”, “atenção primária à saúde”, “relações.

Os artigos que relacionam o trabalho do enfermeiro de atenção primária à saúde e a autonomia destacam aspectos de hierarquia, subordinação ao trabalho médico, superioridade ao trabalho dos outros

profissionais de enfermagem, ênfase na busca de autonomia profissional através da busca por um conhecimento específico e sistematização da assistência, e da autonomia do paciente através do empoderamento. (BARROS e CHIESA, 2007; GOMES, e OLIVEIRA, 2005; KOHLRAUSCH, 1999).

Grande parte dos trabalhos com os termos “autonomia” e “protagonismo” que encontramos na busca, apenas citaram os termos juntos, mas não os relacionaram, não discutiram sobre conceitos e nem como se dão os mesmos no processo de trabalho em saúde (PIMENTEL, BARBOSA e CHAGAS, 2011; PEREIRA, FRANCO e BALDIN, 2011; FONTANA, 2010).

Dos trabalhos encontrados a partir dos termos “autonomia” e “atenção primária à saúde”, grande parte discorriam sobre gestão e autonomia do usuário, além de temas sobre: autonomia da enfermagem, promoção da saúde e grupos, empoderamento, necessidades de saúde, sistematização da assistência de enfermagem e organização do processo de trabalho (LEONELLO e OLIVEIRA, 2009; HAESER, BUCHELE e STOLF, 2012; CAMPOS e GRAVETO, 2009). Vários outros trabalhos abordaram sobre autonomia financeira, territorial, técnica, tecnológica (MENEZES, PRIEL e PEREIRA, 2011; MARQUES e MENDES, 2002) e autonomia em doenças ou profissões específicas que não a; enfermagem (SANTOS e ASSIS, 2006; BASTOS et al, 2011).

Ao utilizar os termos “autonomia”, “enfermagem” e “relações” a maioria dos artigos encontrados referem-se à relação usuário-enfermeiro, alguns artigos trouxeram assuntos como relação médico-enfermeiro, condições de trabalho, sistematização da assistência e clínica e artigos sobre representação social do trabalho do enfermeiro (BERTI et al, 2008; GOMES e OLIVEIRA, 2005, 2010).

Após a coleta dos dados, realizamos uma segunda busca na mesma base de dados, Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizamos como palavras para encontrar os artigos, “autonomia” e “processo de trabalho”, com 251 resultados, e “autonomia” e “atenção básica” com 43 resultados.

Neste momento de forma proposital não destacamos o trabalhador enfermeiro, com o propósito justamente de encontrar na literatura, aspectos que envolviam autonomia e trabalho em atenção básica, sem se ater à uma categoria profissional específica.

A partir da eliminação de trabalhos repetidos nas duas buscas, não disponibilizados na íntegra, ou que não apresentavam seus resumos, realizamos leitura integral de quarenta e sete trabalhos.

Vários destes trabalhos nos ajudaram na construção das discussões. A maioria deles são artigos de reflexão, ou mesmo de revisão, que não abordaram autonomia de forma direta, mas a partir de discussões sobre promoção à saúde, cuidado, gestão, integralidade, vínculo, acolhimento, necessidades de saúde, não deixaram de enfatizar o quanto a autonomia deve ser fomentada no trabalho em saúde.

Outros artigos tiveram como objeto de estudo, especificamente a autonomia profissional, algo que destacamos sim como importante, mas que não é objeto principal do nosso trabalho. Apenas seis trabalhos deste total são monografias, dissertações ou teses.

Pires (2011) realizou um trabalho onde foi analisada a autonomia no trabalho da ESF, utilizando grupos focais, o estudo aborda a autonomia política e a importância do enfermeiro para consolidação do SUS.

Ressaltamos que em nenhum dos trabalhos a autonomia (sem se ater aos termos autonomia profissional ou pessoal) foi objeto direto de pesquisa, tal como é neste trabalho.

3.2 Política Nacional de Humanização

A PNH foi criada em 2003, e tem como objetivo a qualificação das práticas de saúde, tanto de gestão, quanto de atenção.

O relatório das atividades de 2003 (BRASIL, 2004b) apresenta o caminho para construção da política, as reuniões, encontros entre trabalhadores e gestores de todas as esferas do SUS, bem como a divulgação dos norteadores desta política na 12^a Conferência Nacional de Saúde, onde a mesma foi consolidada como uma das prioridades do governo.

Para tanto enfatiza a necessidade de renovar as atitudes por parte dos sujeitos, gestores, trabalhadores e usuários. Implica também em inclusão de novas éticas no trabalho e superação de problemas existentes no cotidiano de trabalho (BRASIL, 2010b).

Entendemos a humanização, conformada na PNH, como uma das possibilidades de se pensar e explicitar as relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde e assim pode se tornar um caminho possível e viável para que sejam materializados no cotidiano dos serviços de saúde os preceitos do SUS em todos os âmbitos, inclusive na atenção básica.

[...] a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, como uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade, uma prática que se estende seguindo o Método da Tríplice Inclusão. Assim, a feitura da humanização se realiza pela inclusão, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de sujeitos e coletivos, bem como, dos analisadores (as perturbações) que estas inclusões produzem. Em outras palavras: humanização é inclusão (BRASIL, 2010b, p. 7).

Para que isso ocorra deve ser discutida e operacionalizada no processo de trabalho das equipes de saúde e na formação de trabalhadores:

Para humanizar práticas de gestão e de cuidado, bem como as práticas pedagógicas, a PNH propõe que se incluam os diferentes sujeitos que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde (BRASIL, 2010b, p. 7).

Os princípios centrais desta política são: a inseparabilidade entre atenção e gestão, entendendo ambas como interdependentes e complementares; a transversalidade no sentido de aumento do grau de

abertura da comunicação, refletindo em mudanças nas práticas em saúde; e a autonomia e protagonismo dos sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) através da corresponsabilidade e vínculos entre os envolvidos no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2010a).

Ou seja, o exercício do método – a inclusão - deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzirem deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns (BRASIL, 2010b, p. 7).

As diretrizes podem ser entendidas como orientações gerais da política expressadas pela Clínica Ampliada; Cogestão; Valorização do Trabalho; dentre outros (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Tais diretrizes podem ser operacionalização através de: estímulo às diferentes práticas terapêuticas, racionalizando e adequando o uso de medicamentos, eliminando intervenções desnecessárias e corresponsabilizando os gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; ampliação do diálogo entre os sujeito; implantação de grupos de trabalho de humanização com projeto definido em grupo; sensibilização dos trabalhadores em relação à violência; adequação dos serviços em relação à ambiência, composição dos colegiados gestores; implementação de sistema de comunicação e informação; e incentivar o trabalho integral ao SUS, através da valorização do trabalhador e sua qualificação (BRASIL, 2004b).

A humanização se operacionaliza com:

- A troca e a construção de saberes;
- O trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- A identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde;
- O pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), entre as diferentes instâncias de efetivação das políticas públicas de saúde (instâncias da gestão e da atenção), assim como entre gestores, trabalhadores e usuários desta rede;

- O resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS, reconhecendo os gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde;
- Construção de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS (BRASIL, 2004b, p. 15-16).

A PNH almeja consolidar quatro marcas específicas, que são: 1. reduzir filas e tempo de espera aumentando o acesso, a resolubilidade e o acolhimento, 2. os trabalhadores serão conhecidos pelos usuários da área de referência, 3. o usuário deverá ter todas informações fornecidas pelas unidades de saúde e atendimento aos seus direitos, e 4. garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários das unidades, bem como educação permanente aos trabalhadores (BRASIL, 2004b).

Para que seja implementada a PNH, vários eixos foram objetivados, a saber: das instituições, da gestão do trabalho, do financiamento, da atenção, da educação permanente, da informação e da gestão da PNH (BRASIL, 2004b).

Nesta política está colocada a tarefa de (re)construir o modo no qual é produzida saúde e conseqüentemente os sujeitos envolvidos neste processo, através da busca por *mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho* (BRASIL, 2004, p.7) ao garantir direitos aos usuários, reforçando seus papéis de atores do SUS, através do controle social e ao estimular mudanças do processo de trabalho.

A PNH destaca a importância da atenção básica na conformação deste processo de mudanças e para isso ela deve estar

[...] conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, que demandem outras tecnologias, sempre que necessário. Este tipo de seguimento facilita a criação e manutenção do vínculo terapêutico. A pactuação clara de responsabilidades entre os diferentes serviços no sistema de saúde, a interação entre as equipes e a cogestão dos recursos existentes num dado território podem ampliar grandemente as possibilidades de produção de saúde (BRASIL, 2009, p. 10).

Entendemos que o trabalho em equipe, a cogestão e a produção de projetos singulares terapêuticos precisam ser guiados pela produção e exercício de autonomia e responsabilidade.

A PNH coloca a atenção básica como um campo privilegiado para ensino-aprendizagem, na perspectiva da construção do projeto de humanização no trabalho em saúde.

Inserir os alunos das várias profissões da saúde precocemente na atenção básica; atenuar o ensino centrado no hospital; diminuir a fragmentação disciplinar; trabalhar a responsabilização, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na equipe, o vínculo; articular ações individuais e coletivas e assumir ao longo dos anos de formação a cogestão do cuidado em rede são exemplos de iniciativas que podem ser significativas no processo de desenvolvimento das competências dos futuros profissionais da saúde, docentes e trabalhadores, contribuindo com a ampliação da resolutividade da atenção básica. (BRASIL, 2009, p. 11).

A PNH apresenta parâmetros que conduzem o acompanhamento da sua implementação na atenção básica:

- Elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
- Incentivo às práticas promocionais da saúde;
- Formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e a efetivação do acesso aos demais níveis do sistema (BRASIL, 2004b, p. 33-34).

Para esse estudo é importante assinalar que a PNH não define autonomia e protagonismo embora considere um princípio central, algo que deve nortear a produção de práticas humanizadas no SUS.

3.3 O processo de trabalho em saúde e o trabalho em enfermagem

O presente trabalho está ancorado no processo de trabalho em saúde, tendo como autores que nos ajudaram nesta aproximação Ricardo Bruno Mendes Gonçalves e Emerson Elias Merhy.

Gonçalves (1992) traz alguns conceitos necessários para delimitar o nosso objeto de estudo, em relação ao trabalho para análise da autonomia. Ele concebe trabalho como um processo, que é intencional e correspondente a um carecimento, uma finalidade, que é capaz de satisfazer necessidades.

A energia existente em um processo de trabalho é constituída por todo um conjunto de qualidades humanas com potencialidade transformadora, é a força de trabalho, seja ela mecânica e/ou intelectual. Para que esta energia seja utilizada no processo de trabalho são necessários os instrumentos de trabalho, que possuem ação transformadora e o meio de trabalho que serve para dirigir a atividade do trabalhador sobre o objeto (GONÇALVES, 1992).

Desse modo em um processo de trabalho a energia ao ser consumida, transformada, satisfaz um carecimento, uma finalidade, que está sempre presente antes e durante o processo, já que o resultado do processo de trabalho, que é uma atividade humana, já existia na imaginação do trabalhador, antes de ser finalizado, ou seja, o processo de trabalho é subordinado à finalidade (GONÇALVES, 1992).

Malta e Merhy (2003) corroboram com o autor citado ao caracterizarem o trabalho como intencional, criativo, consciente e planejado, ou seja, construído anteriormente na mente do trabalhador.

Mas mesmo que o processo esteja na mente antes de ser real, há possibilidade de separação entre o pensar e o executar, podendo haver divisão destas funções. São nessas divisões que se estabelecem relações na produção e consequente apropriação desigual das condições do processo de trabalho (GONÇALVES, 1992).

Pelo parcelamento das ações, a finalidade pode se restringir a execução de técnicas e procedimentos. Também a capacidade de antever o produto final se distancia do trabalhador pois esse se atém a partes específicas. Mesmo com a atual organização do trabalho onde se preconiza uma menor divisão de atividades, e a polivalência do trabalhador, Campos (2000), denomina esse movimento como neotaylorismo.

Consideramos importante, assim como os autores destacados, assumir estes processos de trabalho como práticas sociais, que são, segundo o materialismo histórico-dialético marxista, critérios para a verdade, ao interpretar dialeticamente a realidade, ou seja, de mutabilidade, de transformação, ao ressaltar a força de ideias, às vezes contraditórias, mas como origem do movimento e do desenvolvimento (TRIVIÑOS, 1987). Para Gonçalves (1992) a *socialidade* se revela no processo de trabalho por meio das relações entre os homens.

Gonçalves (1992) e Merhy (1997) descrevem que os componentes do processo de trabalho - objetos, meios de trabalho, o trabalho em si, formam um conjunto dentro da organização do processo, sempre obedecendo a uma dada finalidade e necessitando de energia para que haja a transformação.

Gonçalves (1992) nos apresenta ainda conceitos como objetivação, que se refere ao fato de que há em cada objeto concreto um condensamento dos processos de trabalho como processos de (re)produção social.

O autor (1992) relaciona as necessidades e o trabalho ao afirmar que aquelas precisam existir para o homem e serem objetivadas através do trabalho, e que precisam ser satisfeitas para que o *ser continue sendo ser*, já que o trabalho é a forma humana do vir a ser.

Na lógica capitalista, o homem é sinônimo de força de trabalho, ou seja, o processo de trabalho em saúde visa o restabelecimento do indivíduo para manutenção da produção (GONÇALVES, 1992).

No campo da saúde, Gonçalves (1992) mantém a discussão em uma perspectiva materialista com abordagem marxista, onde a saúde é um trabalho realizado para atender um fim, que é uma necessidade humana, e

esta necessidade varia de acordo com o período histórico. Mas por se tratar de uma sociedade capitalista, o produto deste trabalho, as transformações decorridas deste processo se darão de forma desigual (GONÇALVES, 1992).

Merhy (1997) traz que no processo de trabalho em saúde os componentes são: o próprio trabalho em saúde; os meios de trabalho, que são os saberes em saúde, os insumos necessários, as técnicas de ação, os equipamentos e as tecnologias; o consumidor - chamaremos na nossa pesquisa de usuário, e o produto final que pode ser a assistência para atender uma dada necessidade.

Sendo assim, em todo processo de trabalho há presença de um sujeito e objeto, e em um processo de trabalho, se este sujeito transforma a si mesmo enquanto se reproduz se tornará histórico (GONÇALVES, 1992). A partir desse pensamento tomamos o trabalhador da saúde, como algo que está em produção, em transformação na produção de trabalho em saúde.

Pensando a enfermagem enquanto trabalho, concordamos com Rocha e Almeida (2000) e Pereira et al (2009), que a tomam nas suas relações sociais na produção em saúde, ou seja, como uma prática que se estabelece de modo diferente e em diferentes momentos e contextos, atendendo a interesses que se relacionam ao modo de produção capitalista.

A história da enfermagem foi e está sendo construída por lutas, embates e conflitos, em uma disputa nas relações de poder, em um contexto de produção de saúde capitalista onde há a busca pela hegemonia, que seria a destruição de valores impostos e a construção de valores justos (HEIDEMANN, GOMES e SANCHES, 2008).

As autoras supracitadas reforçam que tanto a criação, quanto a manutenção das profissões, são relacionadas à necessidade de controle e poder para atender aos interesses dominantes de dada sociedade. É historicamente aceito e presente no imaginário que a enfermeira apresente como identidade as características: materna, serviçal, heroína, submissa, religiosa, tendo a profissão como dom, missão, sacerdócio. Para se libertar desse imaginário construído histórico-socialmente, haveria necessidade de

organização do grupo em associações e sindicatos, para que a nova organização se configurasse em um novo imaginário social da profissão e consequente emancipação (HEIDEMANN, GOMES e SANCHES, 2008).

Heidemann, Gomes e Sanches (2008) interpretam essa história da profissão, essa busca por identidade social, na lente de Gramsci, no método dialético, relacionando a enfermagem com a produção de capital. Trata-se de uma profissão que tem uma divisão técnica e social do trabalho que esconde na tecnicidade as relações de poder.

Campos (2011) apresenta em seu trabalho vários momentos em que a enfermeira é vista como “guardiã” das normas, do que está instituído, da manutenção e reprodução do que já está posto. E percebeu na observação que fez no estudo, as relações existentes entre ela e membros da equipe na qual, a autonomia dos outros sujeitos estava constantemente “apagada” pela autonomia dela.

Malta e Merhy (2003) define o trabalho em ato, como o momento que ele acontece, o momento da criação e trabalho morto como uma captura do trabalho vivo anterior, fornecendo assim produtos-meio para a realização de outro trabalho vivo. Quando há captura do trabalho vivo, não há possibilidade de exercer nenhuma ação autônoma. Reforçando, o trabalho morto já está dado, instituído, cristalizado, enquanto que o trabalho vivo está em processo, se produzindo, se dando.

Desse modo podemos dizer que no trabalho em série, há uma captura do trabalho vivo, e o sujeito se afasta de sua capacidade de transformação, tornando-se também objeto (MALTA e MERHY, 2003), o problema é que esta objetualização foi de alguma forma se naturalizando, inclusive as relações de subordinação de uns por outros no processo de trabalho, também no trabalho em saúde, e tal fato desencadeia um processo de perda da finalidade do trabalho e da autonomia enquanto expressão de criatividade e liberdade.

No modelo de saúde atual, percebemos que os encontros são caracterizados pela voz do trabalhador em saúde, pelo seu autoritarismo, ao

mesmo tempo em que ocorre o silêncio, a mudez do usuário e de alguns trabalhadores (MALTA e MERHY, 2003).

Pelo fato de no trabalho em saúde, a produção e o consumo ocorrerem simultaneamente, há no encontro entre usuário e trabalhador a possibilidade de evitar a captura do trabalho vivo, uma vez que neste encontro podem haver mudanças, através do atos criativos. No encontro há negociação em ato, pode vir a ser um espaço intercessor onde são explicitados desejos, interesses, afetos que podem ou não serem conflituosos, já que é revelado pela subjetividade humana (MALTA e MERHY, 2003). Para os autores os ruídos produzidos a partir dessa relação também são possibilidades de mudança, de rupturas.

Apostamos nisso, uma vez que a busca de autonomia poderá iniciar-se pela escuta a esses ruídos, através da percepção das situações complexas, e da construção de novos sentidos para este processo (MALTA e MERHY, 2003).

O trabalho na atenção básica tem a potencialidade de provocar a reordenação tão almejada do modelo de atenção do SUS, isso porque como aponta Merhy (1997) nela há menor aprisionamento das práticas ao processo de trabalho médico restrito, ou seja, há maior gama de alternativas de ações em saúde, e conseqüentemente maiores chances de construção de cuidado integral em saúde. Isso não quer dizer que ocorre tal fato, ressaltamos a atenção básica como espaço de construção de possibilidades, além de que para que isso aconteça realmente, há necessidade de nova organização do trabalho em saúde, de desconstrução de certezas e (re)criação das práticas em saúde (MERHY, 1997).

Guedes, Roza e Barros (2012) defendem a atenção básica como estratégia estruturante dos sistemas de saúde municipais, como produtora de resultados positivos nos indicadores de saúde das comunidades, principalmente àquelas assistidas pela saúde da família, mas ressaltam que apenas a mudança de cenário não implica que continue sendo reproduzido o modelo biomédico neste tipo de atenção à saúde, há necessidade de reformulação das práticas e dos saberes.

Neste sentido os autores explicitam a atenção básica como sítio privilegiado de práticas humanizadoras em defesa do SUS (GUEDES, ROZA e BARROS, 2012).

Malta e Merhy (2003) apoiados em Marx, também defendem que a constante especialização tem promovido a alienação no processo de trabalho em saúde, e é preciso romper com ela para que se consiga autonomia e responsabilização dos profissionais envolvidos, é preciso que haja ampliação dos espaços de discussão e decisão, construindo um sujeito coletivo que mobiliza forças institucionais, capaz de gerar mudanças institucionais.

Compartilhamos com os autores (MALTA e MERHY, 2003), nas perspectivas de produzir, a partir da possibilidade de mudanças, a garantia de acesso, acolhimento, vínculo, ética, resolutividade, integralidade, responsabilização, e por que não, autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde?

Considerando que produzimos saúde a partir de um dado contexto histórico-social, em um sistema de produção capitalista, devemos deixar demarcado a nossa posição em relação a autonomia que defendemos.

3.4 Autonomia no trabalho em saúde

A autonomia pode ser entendida como a objetivação de um trabalhador autônomo, criativo e livre para produção de lucro, atendendo o sistema capitalista, que é pró-ativo na busca do restabelecimento da saúde como um fim de manutenção da força de trabalho e de produção. Não é essa perspectiva que adotamos.

Consideramos autonomia como um processo relacional, plural, onde sujeitos em espaços intercessores podem avançar para movimentos de horizontalização de suas relações, de reconhecimento de suas

potencialidades mutuamente. Outro aspecto da produção de autonomias é a de que essa pode passar por momentos de tutela que precisam ser superados, sendo um dos movimentos interessantes a sua identificação.

Tomando o processo de trabalho, a autonomia pode ser um dos instrumentos, uma tecnologia leve, que prescinde de um recorte de objeto de trabalho mais amplo que o corpo biológico.

Pensamos em uma produção de autonomia pautada na possibilidade de construção de cidadania, de liberdade, de produção de vida, e que em última instância também o que chamamos de saúde.

Merhy (1998) compreende a tutela e autonomia como constituintes dos processos de relações, nunca dadas, mas sempre em possibilidades de produção. Ao pensar a produção em saúde, faz-se necessário debruçar sobre as ações e intenções contidas nos seus processos de trabalho, se há agenciamento de protagonismo, se está constituído por “relações e jogos de poder entre ‘sujeitos’ concretos” (MERHY, 1998, p. 4).

O mesmo autor defende que a tutela pode ter efeito castrador ou libertador, independentemente se esta tutela é outorgada ou conquistada, ou seja, independentemente se foi uma tutela concedida ou conquistada por lutas, essa tutela pode assumir posicionamentos de caridade, quando outorgada, ou reação às lutas com punição, quando se trata de tutela conquistada. Já quando a tutela outorgada age como ferramenta de aumento de governabilidade ou, quando conquistada, é respeitada como direito de cidadania, existe ação libertadora.

O ato de cuidar é para o autor um ato de tutela, que poderá ou não libertar, poderá ou não possibilitar autonomia do usuário, e parece estar relacionado à própria autonomia do conjunto de trabalhadores, ou seja, se há autonomia do coletivo no espaço de relações, maiores são as possibilidades de produção de cidadania (MERHY, 1998).

Fortuna et al (2011) trazem a partir de uma experiência em educação permanente, as dificuldades do cuidado existir sem produção de dependência e sem desfocar o cuidado aos usuários.

Desse modo a autonomia envolve decisão de sujeitos com base em diálogo e relações, é, portanto, respectiva, relacional e intrínseca à dependência, à tutela (ALVES, DESLANDES e MITRE, 2009) e também se relaciona ao exercício do poder, mesmo que por negação, no sentido de distribuição, capilarização do poder (CECÍLIO, 1999).

E é no encontro dos sujeitos, na produção em saúde, que se pode perceber esse interjogo entre autonomia e tutela, é no ato de cuidar que há possibilidade de construção coletiva de autonomia para transformação do modelo assistencial.

Para Cecílio (1999) a ideia de autonomia ao mesmo tempo em que está submissa, também embasa um projeto que possibilita a liberdade social.

Ao compartilhar informações, ao relacionar-se com os sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde, há possibilidade de manifestação do protagonismo. Este protagonismo envolve troca, construção de saberes, democratização de informações, compartilhamento nas relações e das responsabilidades (ALVES, DESLANDES e MITRE, 2009).

Neste sentido, autonomia é sinônimo de autogestão, mas só pode existir em condições de propriedade social (CECÍLIO, 1999). Esta autogestão versa no exercício coletivo do poder, e possibilita reduzir a alienação do trabalhador em relação às decisões sobre a produção, aumentar a cooperação e responsabilidade (MOTTA, 1981).

Segundo Merhy (1997) essa autonomia do trabalhador em decisões não se dissocia das necessidades, intenções, desejos, concepções inerentes ao sujeito do processo de trabalho em saúde.

4. METODOLOGIA

A pesquisa realizada é de abordagem qualitativa em saúde, uma vez que investiga o homem, ator social atuante no campo saúde, bem como suas relações, considera sua história e o contexto no qual está inserido (MINAYO, 2008).

Ressaltamos que corroboramos com a referida autora (MINAYO, 2008) ao compreendermos que a teoria e metodologia de uma pesquisa devem ser indissociáveis, e que teoria, método e técnicas são imprescindíveis na produção da pesquisa, e que as ciências sociais apresentam vários problemas ainda sem respostas.

Entendemos que a pesquisa em questão, desde o momento da coleta de dados contribuiu com a reflexão do processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa, uma vez que isso foi verbalizado e observado pela pesquisadora, além de quiçá promover mudanças no modo de produção em saúde, nas relações, nos movimentos.

4.1 Natureza da Pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, na abordagem qualitativa.

Segundo Triviños (1987), os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema e possibilita o levantamento de problemas de pesquisa. E os estudos descritivos pretendem descrever (e também analisar) os fatos e fenômenos de uma

determinada realidade, a partir do conhecimento do campo, sujeitos, relações, valores, enfim, modo de produção e formação social.

Em função das características do objeto de estudo, no qual há a subjetividade dos trabalhadores no processo de trabalho em saúde (CAMPOS, 1997), optou-se pela abordagem qualitativa, que se apoia em Minayo (2007) ao afirmar que para a realização desse tipo de pesquisa, faz-se necessário um aprofundamento dos significados das relações humanas para construção da realidade.

Na pesquisa qualitativa há valorização de crenças, atitudes e representações, ou seja, trabalha com o universo de significados, além disso, considera as relações construídas, as complexidades e especificidades que os problemas e objetos apresentam (MINAYO, 2007).

Na pesquisa qualitativa há necessidade de delimitar as bases teóricas que orientam o pesquisador (TRIVIÑOS, 1987). Neste sentido consideramos que esta pesquisa, com aproximações ao enfoque materialista-histórico, através da dialética, poderá:

[...] assinalar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas, se existirem, e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa (TRIVIÑOS, 1987, p. 125).

4.2 Campo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma cidade do estado de Minas Gerais. O município compreende uma extensão territorial de 2.729,507 km² e possui segundo o IBGE (2010) 109.801 habitantes.

O sistema de saúde do município abrange hospitais, clínicas especializadas e unidades básicas de saúde. No nível primário de atendimento, havia no momento da coleta 13 equipes de saúde da família (DATASUS, 2012), atualmente segundo DATASUS (2013) existem 17 equipes de saúde da família com cobertura de 50,99% da população do município. Há ainda seis equipes de atenção básica que atendem no modelo tradicional. Há um total de 17 unidades básicas de saúde da família, seis unidades básicas de saúde, uma policlínica para atendimento especializado e uma unidade de atendimento primário para saúde da mulher, segundo Costa (2012, informação verbal)¹.

A escolha do município se fez por se tratar de um município médio brasileiro, em vias de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, além do fato de não haver estudos que envolvam estes aspectos no mesmo o que poderá contribuir para com decisões na gestão municipal e para com as instituições formadoras da cidade, além da anuência dos sujeitos em participarem da pesquisa.

Desta forma, foi realizado contato inicial com a Secretaria Municipal de Saúde, no qual o projeto foi apresentado e em seguida foi obtida a autorização para realização da pesquisa.

4.3 População do estudo

A população do estudo é constituída pelos enfermeiros que atuam nas equipes de Atenção Básica do município.

Inicialmente, estava prevista a participação dos enfermeiros que trabalhavam na Estratégia de Saúde da Família, entretanto após o encontro

¹ Informação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde em 2012, no momento da visita para aproximação ao campo.

da pesquisadora com os trabalhadores em uma reunião semanal para todos os enfermeiros da rede de atenção básica do município, no qual foi apresentado o projeto, houve manifestações e questionamentos dos enfermeiros que não atuavam em saúde da família.

Eles verbalizaram: “Nossa, nós da unidade básica, do postinho, do centro de saúde, nunca somos ouvidos!”; “Nunca participamos de pesquisas!”, “Eu queria ter meu trabalho observado!”.

Diante dessa situação, comprometi a conversar com orientadora, e juntas discutirmos como seria esse processo para ampliação do nosso objeto de estudo, uma vez que o projeto estava aprovado no Comitê de Ética para os sujeitos da ESF.

Após esse diálogo, entendemos que pela importância das equipes de atenção básica no atendimento a população, bem como pela abrangência de cobertura dela no município, e principalmente pelo desejo verbalizado expressado pelos sujeitos no grupo para participarem, o projeto inicial foi revisto e os sujeitos da pesquisa passaram a ser todos os enfermeiros trabalhadores da atenção básica que desejaram participar do estudo e que ofereceram seu consentimento para o desenvolvimento da mesma.

Inicialmente estava prevista a observação do trabalho de um enfermeiro, mas a partir do momento que ampliamos o olhar para atenção básica como um todo, sem se ater às especificidades da saúde da família, dois enfermeiros foram observados, um da ESF e outro da rede de atenção básica que não ESF.

Um total de doze enfermeiros ofereceu o consentimento para serem entrevistados. Sendo deste grupo os sujeitos que também foram observados, considerando os objetivos colocados para a presente investigação.

4.4 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde para obtenção da autorização para realização da pesquisa.

Em seguida o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, seguindo as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, deixando registrado o compromisso em divulgar os resultados da pesquisa principalmente junto às instituições envolvidas.

A partir da aprovação pelo CEP, cópia do parecer (ANEXO A) foi encaminhada para a Secretaria Municipal de Saúde, que emitiu declaração autorizando o início da coleta de dados.

No primeiro contato com os sujeitos, foi apresentado o projeto de pesquisa e realizado esclarecimentos acerca do estudo, garantia de sigilo e privacidade, compromisso de não existência de riscos à pessoa que aceitar participar do estudo e garantia de deixar de participar do mesmo em qualquer momento da pesquisa.

Após anuência dos sujeitos, as datas e horários das observações e entrevistas foram agendados e no momento da coleta foi solicitado que os mesmos assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A, e B).

Como se trata da observação do trabalho e o trabalho do enfermeiro é realizado em conjunto com outros profissionais, considerou-se necessária a autorização desses outros trabalhadores, mas os mesmos não constituem sujeitos da pesquisa.

Desse modo, foram elaborados, Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários e outros trabalhadores (APÊNDICES C e D), uma vez que em vários momentos da observação houve presença de outros

indivíduos, tais como usuários e trabalhadores, sejam estes da própria unidade ou não. Houve assim a possibilidade de observação de momentos de trabalho entre os enfermeiros e outros enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos, assistentes sociais, trabalhadores da limpeza, recepcionistas, motoristas e gestores presentes no momento da observação.

4.5 Técnica de coleta de dados

Para a obtenção dos dados primários, iniciou-se o trabalho de campo propriamente dito, foi a partir dessa entrada no campo que as perguntas já formuladas a partir da teoria e conceitos percorridos, que houve o fornecimento da perspectiva de observação e compreensão na pesquisa (MINAYO, 2007).

Os dados primários foram obtidos através de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, para que fossem obtidas maiores informações acerca do objeto de estudo.

Na observação participante, o pesquisador observador torna-se parte integrante da estrutura social do caso estudado e realiza a coleta dos dados na relação face a face com os sujeitos da pesquisa.

O critério para escolha dos sujeitos para observação foi a anuência em ter seu trabalho observado e atuação em unidades de atenção básica diferentes. Caso mais de dois trabalhadores desejem participar, seria realizado sorteio, o que não ocorreu pelo fato de apenas dois sujeitos terem se voluntariado para participar da pesquisa.

Observou-se o trabalho desenvolvido por dois enfermeiros de equipes de trabalho distintas. A observação de cada trabalhador durou cerca de 40 horas e uma vez que o sujeito da equipe da ESF tem essa carga horária de

trabalho semanal, o período de observação foi de uma semana, sendo de duas semanas para o sujeito da outra unidade que trabalha vinte horas por semana.

A primeira observação foi realizada na unidade de saúde, entre os dias 11 e 22 de junho de 2012, no período da manhã, horário de trabalho do enfermeiro, com exceção do dia 15, onde a observação foi realizada em outro prédio, no período da tarde, haja vista que o trabalhador estava em reunião com enfermeiros da atenção básica, não tendo ido à unidade no período da manhã.

A segunda observação foi realizada na unidade de saúde, entre os dias 05 e 11 de julho de 2012, das 8 às 17 horas, horário de trabalho do enfermeiro, com exceções do dia 06, onde a observação foi realizada em outro prédio, em um evento promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, no qual fui convidada a participar, e nos momentos que o enfermeiro saía da unidade para realização de atividades inerentes ao seu trabalho.

Para a coleta através da observação participante, elegeu-se a priori alguns momentos de atendimento, tais como: visitas, reuniões de equipe, grupos educativos, consultas de enfermagem e outros momentos de encontro do enfermeiro com usuários, outros profissionais e/ou gestores, por entendermos que se trata de situações sociais na qual o observador poderá compreender o contexto da pesquisa através da realidade empírica observada (MINAYO, 2007), percebendo nesses encontros entre o enfermeiro e outros sujeitos no processo de produção em saúde, os momentos de autonomia ou tutela, ou mesmo de potencialidades de construção da autonomia.

Neste sentido, foram registrados os aspectos de interação, de como se dá o encontro, o diálogo, os olhares, o recorte de objeto de trabalho, os instrumentos, as necessidades, a interação. Tal etapa foi indispensável para o alcance dos objetivos propostos.

As observações foram registradas em um diário de campo, no qual foram anotados aspectos acima citados (MINAYO, 2008), além das

impressões pessoais do observador. Para tanto foi utilizado um roteiro (APÊNDICE E).

Não havia pretensão de que o roteiro abarcasse e previsse todas as situações e condições de trabalho no campo, uma vez que é um guia que tem como objetivo provocar narrativas sobre as vivências, interpretações, relações sociais emitidas pelo entrevistado e avaliadas pelo pesquisador (MINAYO, 2008).

As entrevistas constituem uma técnica de pesquisa na qual o objetivo é compreender os sentidos e percepções que os entrevistados atribuem às questões e situações. Entender que o sujeito da pesquisa é sujeito de uma sociedade marcada por conflitos, interesses, é compreender os dados produzidos, é incorporar o contexto da produção (MINAYO, 2008).

Além dos dados referentes ao tema em estudo, foram coletadas algumas informações sobre a formação e experiência pregressa dos sujeitos que serviram para contextualizar a população e suas perspectivas sobre o tema.

Foram convidados para a entrevista individual todos os enfermeiros que atuam no atendimento em nível primário do município, desta forma a depender da concordância em participar da pesquisa, o que ocorreu com doze sujeitos.

O número de entrevistas em uma pesquisa qualitativa não se refere ao somatório de falas, é um critério estabelecido para o desenvolvimento da pesquisa, mas não é definidor de relevâncias, uma vez que os significados são conformados por uma *lógica própria do grupo ou, mesmo, suas múltiplas lógicas* (MINAYO, 2008, p. 192, grifo do autor).

Desse modo, todas as entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e julho de 2012, agendadas em dias, horários e locais definidos pelos próprios sujeitos. Por escolha dos próprios sujeitos, as entrevistas ocorreram nas unidades de saúde, em horários de trabalho, mas como foram agendadas por eles mesmos, não prejudicaram o andamento dos serviços, nem os atendimentos aos usuários.

As entrevistas foram gravadas seguindo um roteiro com questões semi-estruturadas (APÊNDICE F), uma vez que possibilita ao informante contribuir com espontaneidade de pensamentos, sem desvio do foco principal (TRIVIÑOS, 1987), após a realização das mesmas, foram transcritas.

Segundo Bom Meihy (1990) existem três formas de transcrever entrevistas: tradicional, que implica em fidelidade total ao que foi dito; conciliatório, que situa o que foi dito e o que está documentado; e a livre, que preocupa com o contexto, com as ideias, não se prendendo às palavras. Neste trabalho optamos pela transcrição tradicional, na íntegra, de tudo que foi dito, inclusive com vícios de linguagem, repetições de palavras, e uso de reticências para demarcar momentos de silêncio dos sujeitos. Definimos que os trechos grifados referem-se a fala do pesquisador e os demais, sem grifos, dos sujeitos da pesquisa.

A transcrição foi um momento ímpar da pesquisa, uma vez que possibilita revisitar onde o pesquisador esteve, relembrar o que foi dito, o clima da entrevista, sentir as angústias e alegrias existentes no trabalho em saúde, compartilhar, e refletir. Fonseca (1996) diz que a transcrição é o momento de:

[...] reviver a experiência, de aprofundar-se no conhecimento do outro, de captar e sentir as suas (do narrador) e as minhas (do entrevistador) angústias, certezas, inseguranças nos detalhes de entonação de voz, reticências, silêncios, nas construções e desconstruções de frases, repetições e negações (FONSECA, 1996, p 52).

As entrevistas tiveram duração média de 36 minutos. A entrevista com menor tempo de duração foi de 13 minutos e a de maior duração, 59 minutos.

Para adequação às normas éticas, no que garante a impossibilidade de identificação dos sujeitos envolvidos, utilizamos as letras “E” para entrevistas, seguidas dos números de 1 a 12 para referirmos aos trechos verbalizados por cada sujeito – E1, E2,..., E12.

A coleta de dados permitiu a obtenção de informações sobre a prática desenvolvida pelo trabalhador enfermeiro tomando por eixo a autonomia e sua materialização no cotidiano do trabalho.

A observação participante e as entrevistas podem ser complementares, uma vez que os elementos que envolvem relações e práticas cotidianas poderão ser revelados (MINAYO, 2008).

Após coleta de dados da observação e entrevistas, procedemos a uma análise, na busca de que informações sobre como está o processo de trabalho.

Onocko Campos e Furtado (2008) colocam a necessidade de recriação das práticas sociais em saúde e proporcionar fundamento e legitimidade social a elas. Ressaltam assim, a importância das narrativas, desvinculadas do caráter descritivo e cronologicamente arranjadas, mas em uma perspectiva em saúde coletiva, como dispositivo potencial, com novos olhares. Para tanto, defendem o envolvimento dos próprios atores ao retomar a sua narração.

É essa a grande aspiração e vontade da nossa pesquisa, que os sujeitos envolvidos fossem convidados a um caminhar não definido *a priori*, e que no próprio caminhar, fosse construída as transformações das falas em ações, das relações de poder às relações de fortalecimento.

Trata-se de mais um modo de apreender aspectos que envolvem o processo de trabalho dos sujeitos, em uma perspectiva de diálogo em grupo, de conversa em grupo.

4.6 Análise dos dados

A análise e interpretação dos dados obtidos através das técnicas mencionadas visaram compreender tanto a dimensão singular quanto os

pontos que convergem, ou seja, procuramos abarcar tanto o que é homogêneo, quanto o que é diverso em um mesmo meio social (GOMES, 2007).

Os dados obtidos foram identificados e categorizados para que fosse realizada posteriormente a análise dos mesmos, esta etapa foi um desafio, visto que como coloca Delgado (2006), não é fácil a partir de falas individuais, singulares, únicas, estabelecer correlações que contribuam para o alcance dos objetivos propostos pela pesquisa.

Para tanto utilizamos a análise de conteúdo, na vertente temática conforme Bardin (2004), na qual o conceito central é o tema, que comporta um conjunto de relações (GOMES, 2007).

Minayo (2008) enfatiza que a análise de conteúdo temática permite que este conjunto de relações possa ser apresentado por meio de palavras, frases ou resumos (unidades de registros); promovendo a análise dos significados do objeto de estudo para além da descrição da mensagem, alcançando, através da inferência, uma interpretação mais densa.

Gomes (2007) trás que além das unidades de registros, é necessário, numa análise de conteúdo, definir as unidades de contexto, que amplia o olhar, uma vez que, por ela há compreensão do contexto na qual a mensagem analisada está inserida.

Essa técnica é centrada no tema e se divide em etapas, a saber (MINAYO, 2008):

- pré-análise, na qual há retomada dos pressupostos e dos objetivos propostos inicialmente pela pesquisa. Envolve as tarefas de tomar contato intenso com o material coletado, verificar se o material apresenta validade qualitativa e retomar a etapa exploratória, na qual há possibilidade de reformulação de pressupostos;
- exploração do material, na qual há determinação da palavra-chave ou frase que indique a unidade de registro, ou seja, o núcleo de compreensão do texto; e

- terceira etapa, na qual o pesquisador propõe inferências, interpreta resultados e os inter-relaciona, ou seja, realiza tratamento dos resultados obtidos e interpretação à luz dos objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

Desse modo, após retomarmos os objetivos propostos e imergirmos no material transcrito e anotações do diário de campo, prosseguimos para a exploração do material.

Para classificação dos elementos em categorias, atentamos tanto para o que havia em comum quanto para as diferenças entre eles, e a partir desse agrupamento, foi possível destacar as seguintes categorias de análise: concepções de autonomia e limites e possibilidades na produção de autonomia no trabalho em saúde.

Tais categorias serão apresentadas nos resultados com suas subcategorias, mas devemos deixar claro que estão separadas a fim didático, devemos sublinhar que todas estão em uma relação dialética, onde estar em uma categoria implica sim em não estar na outra, mas estar com.

Gomes (2007) ressalta a importância da inferência na análise, para o autor, esse procedimento é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação. A inferência produzida na análise de conteúdo é alcançada de forma objetivada a partir do contexto social (BAUER, 2002 apud GOMES, 2007).

Para Gomes (2007), a interpretação é obtida quando se realiza a síntese entre as questões da pesquisa, os resultados obtidos, as inferências feitas e a perspectiva teórica adotada, ou seja, é a articulação da narrativa apresentada e analisada com os fatores que produziram suas características.

Após a organização desta análise no capítulo dos resultados, procedemos à discussão dos mesmos, efetuando-se reflexões e incluindo novas orientações para socialização e avaliação dos conhecimentos alcançados através do uso da triangulação entre os elementos obtidos pelas técnicas de coleta de dados (observação participante e entrevista) e referencial teórico.

Tal escolha se fez pelo fato da triangulação abarcar a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo, além de permitir aprofundamento das discussões ao integrar a análise das estruturas, processos e resultados (MINAYO, 2008).

Desse modo segue a apresentação dos resultados e em seguida as discussões com o uso da triangulação, a fim de compreender como a autonomia é percebida/sentida/vivida pelos sujeitos, singulares nos seus cotidianos, mas múltiplos, recriados, multiplicados em cada unidade de saúde onde as relações são vívidas, intensas e constantes.

5. RESULTADOS

Os resultados desse trabalho foram divididos em duas subseções, a primeira, referente à caracterização dos nossos sujeitos, e a segunda referente as concepções, limites e potencialidades da(s) autonomia(s).

5.1 Apresentação dos sujeitos

Gostaríamos de justificar a você leitor, que não foi objetivo específico do nosso trabalho a caracterização dos sujeitos, mas que é muito importante conhecê-los, pois isso de alguma forma nos ajuda a entender o processo de trabalho no qual eles estão inseridos. Vamos às apresentações!

O conjunto de sujeitos que compuseram este estudo é constituído por doze participantes. Nove desses colaboradores atuam em equipes de saúde da família, e três em unidades básicas.

Nas unidades de saúde da família, onde os sujeitos estão alocados, há no máximo duas equipes atuando, sendo que em três das nove unidades há apenas uma equipe de saúde. A carga horária desses trabalhadores é de quarenta horas semanais.

Nas unidades básicas tradicionais, a carga horária dos enfermeiros é de vinte horas semanais, dois trabalhadores atuam com outros enfermeiros no outro turno, e em uma das unidades só há presença desse trabalhador no período da manhã, ficando a equipe de enfermagem sem a supervisão desse profissional no período da tarde.

Todos os enfermeiros são concursados pelo município com o regime de trabalho celetista, entretanto, como houve concursos específicos para as

unidades de saúde da família, há grande diferença salarial entre os que trabalham nestas unidades com os demais enfermeiros da rede, esta diferença foi verbalizada como sendo na proporção de um terço do salário dos enfermeiros de saúde da família é percebido pelos enfermeiros de unidades básicas. Mesmo considerando que os enfermeiros de saúde da família trabalham o dobro da carga horária dos demais, a diferença salarial ainda é muito grande, sendo umas das queixas mais recorrentes dos enfermeiros que não trabalham na saúde da família, ocasionando ainda mais tensões entre trabalhadores, e entre estes e gestão.

Todas as unidades tem horário de funcionamento das sete horas da manhã às cinco horas da tarde, não havendo atendimento em horário flexível para atendimento ao usuário trabalhador. Em apenas uma das unidades de saúde do município estudadas há o trabalhador auxiliar administrativo, ou seja, em quase todas as unidades a função de telefonista, recepção, digitação, arquivo, e outras são divididas entre os próprios trabalhadores da equipe, sendo que nas unidades de saúde da família esse papel é dividido entre os agentes comunitários de saúde e auxiliares de saúde – nomenclatura dada pelo município aos auxiliares e técnicos de enfermagem. Nas unidades básicas tradicionais estes papéis são desempenhados pelos auxiliares de saúde e também pelos próprios enfermeiros. Deste modo há ainda essa sobrecarga administrativa para estes trabalhadores.

As idades dos sujeitos variam entre 27 e 49 anos. A média de idade é de 35 anos de idade.

Quatro trabalhadores têm abaixo de trinta anos de idade, cinco têm entre trinta e quarenta anos e três têm entre quarenta e cinquenta anos.

Em relação ao sexo dos participantes, 75% são do sexo feminino, ou seja, apenas três dos doze sujeitos são do sexo masculino.

Em relação ao estado civil, sete enfermeiros referiram serem casados, quatro solteiros e um divorciado.

Considerando a formação acadêmica dos sujeitos que trabalham no município mineiro, onze dentre os doze concluíram o curso de graduação em enfermagem em instituições mineiras, sendo oito na cidade de Uberlândia (quatro no Centro Universitário do Triângulo e quatro na Universidade Federal de Uberlândia), dois na cidade de Araguari (Universidade Presidente Antônio Carlos) e um na cidade de Araxá (Centro Universitário do Planalto de Araxá), o outro sujeito concluiu seu curso no estado de São Paulo, na cidade de Marília (Universidade de Marília).

Os sujeitos apresentam entre quatro anos e seis meses a onze anos e seis meses de formados, considerando as datas das entrevistas (julho e julho de 2012). A média de tempo de formado dos sujeitos é de sete anos e oito meses.

Dentre o grupo de sujeitos, apenas um não fez pós-graduação, oito fizeram uma especialização, um fez três especializações, um fez quatro especializações e um fez duas especializações, concluiu mestrado e está cursando o doutorado. As pós-graduações *lato sensu* realizadas foram nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Unidade de Terapia Intensiva Adulta, Administração Hospitalar, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, Saúde da Família, Educação em Ensino Médio para a Saúde, Enfermagem em Nefrologia, Enfermagem do Trabalho. As pós-graduações *stricto sensu*, mestrado e doutorado são em Enfermagem.

Todos os cursos acima referidos foram concluídos há mais de três anos, com exceção do doutorado, que o trabalhador está desenvolvendo atualmente.

Dentre os quatro sujeitos que trabalham carga horária de vinte horas, em unidades básicas, três complementam o salário com outro vínculo empregatício, todos em rede de atenção secundária ou terciária, sendo uma unidade secundária municipal e duas unidades terciárias em um município vizinho, um hospital privado e um hospital universitário.

Dentre os oito sujeitos que atuam em saúde da família, dois trabalham em outro emprego, atuam como enfermeiros, mas na rede de ensino superior para cursos de enfermagem, um em uma universidade pública e outro em uma instituição de ensino privada.

Em relação ao tempo de trabalho como enfermeiros da atenção básica, os sujeitos têm entre três anos e nove meses a doze anos de atuação, considerando as datas das entrevistas (julho e julho de 2012). A média de anos em trabalho na atenção básica é de seis anos e três meses.

Ao considerarmos o vínculo dos trabalhadores com a equipe, o tempo de trabalho com a equipe em questão variou de nove meses a sete anos. A média de anos na mesma equipe é de três anos e três meses.

Foi perguntado aos sujeitos se eles receberam alguma formação específica oferecida pelo município, para atuar no exercício atual, seja em unidade básica tradicional, seja em saúde da família, ao que todos responderam negativamente. Apenas um sujeito recebeu formação específica para atuar em saúde da família, mas o foi em outro município que atuou também neste modelo de atenção. Alguns enfermeiros relataram que os cursos de graduação ou pós-graduação contribuíram para qualificar sua atuação na atenção básica e a maioria referiu que receberam ajuda de outros colegas enfermeiros dentro ou fora das unidades que atuariam.

Eu chegando aqui, eu caí de paraquedas, eu tinha só a noção do que a gente aprendeu durante a graduação, então, eu fui aprendendo no dia-a-dia, batendo a cara na parede e ligando pra um colega e pra outro. Só assim que eu fui realmente me direcionando pra atenção primária. (E10)

Você só sai de lá na hora que você estiver preparada para assumir a equipe. Porque qual é o preparo deles, pelo menos na época? Era saber tudo, tudo, tudo sobre a parte administrativa, sobre a produção do SIAB, sobre os dados do SIAB, saber analisar, saber interpretar e saber conduzir na equipe. Então lá, eles só liberavam o enfermeiro quando você falava assim: “Eu tenho certeza que eu sei!”, porque daí você ia assumir a equipe e tinha que dar conta do recado. Então na época eu fiquei mais ou menos uns quinze dias, eu fiquei duas semanas lá. Aí eu fui pra equipe. Aí quando eu fui, porque eu não tinha experiência nenhuma, porque peguei uma época que estava começando bem

dizer o PSF, na minha faculdade não teve nada sobre o PSF, né? Aí quando eu cheguei na equipe eu tive muita segurança. Mas muita mesma. Depois de algum tempo eu fiz o introdutório lá [no outro município]. (E5)

Nós começamos a especialização em saúde da família e aí houve um pouco de melhora na questão das, das, das ações específicas de... formação para atuar no cargo que estou atualmente. Mas eu não recebi nenhuma formação específica para essa formação. Vinda do município é claro. (E11)

Então foi a própria formação como generalista do curso e a pós-graduação que me deu um pouco de suporte. Mas capacitação específica não. (E1)

A gente foi pegando assim com a prática, algumas coisas eu mudei, que não funcionava, que eu achava, achei que não funcionava direito, eu fui mudando com a prática. No dia a dia. (E4)

Não, porque quando eu entrei na prefeitura, que foi logo depois da minha... formatura, né? Assim, foi bem depois mesmo, foi em sequência, né? Eu fui pra unidade de, de saúde da família, né? Aí... o meu, a minha... grande sorte, foi que eu fui pra uma unidade que eram duas equipes, e que a enfermeira da outra equipe foi minha professora. Então ela continuava sendo a minha professora, né? (risos). Então assim, a [nome], lá do [nome da unidade], ela me ajudou demais da conta mesmo, assim. Eu brinco, eu falo que ela é minha “ídala”. (E6)

Alguns sujeitos colocam que a experiência anterior de trabalho, de alguma forma tranquilizou a realização do trabalho como enfermeiro nas unidades:

Segurança, segurança! E que me ajuda até hoje para realizar as atividades. Porque o conhecimento que eu tive lá, né, o que eles me ensinaram lá foi muito bom. Foi muito válido! (E5)

Então, por eu ter experiência, principalmente na parte de preceptora de estágio em [nome de um município vizinho], sempre fiquei mais com a parte de PSF, aquela parte de saúde pública, então eu já sabia um pouco da rotina, então eles não se preocuparam muito em me passar muita coisa não. (E1)

Eu até já não tinha tanta... dificuldade, dificuldade assim, aquela ansiedade, aquela insegurança, porque já não era o

primeiro mais, né[...]. acaba que você já tem uma certa intimidade com o serviço no geral, com o serviço público mesmo, né? (E6)

Alguns sujeitos colocaram que o envolvimento com o trabalho do enfermeiro na unidade com a participação de outro colega foi restrita a questões de gestão e de forma superficial:

Na verdade, acho que aqui ficou uma enfermeira comigo uma semana para me passar. Nem era a enfermeira daqui, porque aqui já tinha cinco meses que estava sem enfermeira, nessa unidade. [...]mas aí venho uma enfermeira, só para me passar a rotina do município, né. Mas só. Uma semana. (E1)

Nenhum. Eu assinei ali é... Um dia eles me chamaram né, saiu o meu nome lá, aí eu cheguei, apresentei meus documentos, e eles falaram: “Amanhã você começa!” (risos). Aí veio uma enfermeira e me passou as coisas aqui durante dois dias. Ela só me passou mais assim a parte administrativa. Falou assim: “Ó isso aqui você tem que fechar tal dia, isso aqui você tem que fechar tal dia”. Só! (E4)

Com relação à específica ao serviço daqui é só aquela orientação né, a [nome] saiu... Ah é assim, assim, assim, tchau! É aquela que passa o serviço, né. A colega que vai mudar de lugar e que passa o serviço. (E2)

Alguns trabalhadores também tiveram como meio para inserção na rede, palestras e alguns momentos de trabalho em outras unidades de saúde que não seriam necessariamente àquelas nas quais eles iriam assumir o posto de trabalho.

Aqui o que eles fizeram na época foram colocar, eles fizeram algumas reuniões, as enfermeiras antigas davam alguma palestra, mostraram os serviços que existiam e também eles colocavam, às vezes, você em outro serviço, pra você conhecer a realidade. (E5)

É... eu fui convocada pra assumir minha vaga do concurso, e... em um dia eu visitei algumas unidades, né, de estratégia de saúde da família, e já assumi, e comecei a trabalhar. (E9)

É... eu fiquei com alguns enfermeiros. Eu me lembro claramente, que uma pessoa que eu acompanhei foi a [nome], uma enfermeira que até se aposentou. Eu fiquei com ela no [nome da unidade], eu não sei se você chegou a conhecer lá. Eu fiquei alguns dias com ela, na realidade assim, eu acompanhei a rotina de alguns colegas, entendeu? (E8)

A preocupação da gestão parecia ser apenas em relação às questões de coleta de material citológico para prevenção de câncer de colo uterino. A ênfase em se fazer o procedimento é bastante forte, ao ser corrente nos discursos dos sujeitos.

Então vinham algumas enfermeiras só para coleta de citologia, vinha uma vez por semana. (E1)

Aí uma tarde eu fui lá com a doutora [nome de uma médica] colher o preventivo, porque eu não tinha muita prática, fiquei lá uma tarde e aí eu já comecei aqui sozinha. (E4)

Mas... aí quando eu entrei, eu, eu não tinha segurança, por exemplo, na realização de papanicolaou, né? Não tive, é... um tempo hábil na faculdade de, de, de ter segurança pra realizar. Aí foi organizado assim, eu fui pra... para o [nome de uma unidade], que é onde a doutora [nome de uma médica] fazia a coleta do papanicolaou, [...] aí eu fiz um treinamento com ela, um, quase uma semana eu fiquei indo lá e tal, e comecei a fazer. Aí depois também fiz. (E6)

A única capacitação que teve foi em relação à coleta de preventivo, de citológico, com a doutora [nome de uma médica]. (E10)

Além da ênfase a coleta citológica, os sujeitos relataram algumas experiências específicas de formação complementar:

Depois, como a gente já está há mais tempo, há mais ou menos dez anos, né, que já fez dez anos, aí teve sim alguns treinamentos, teve cursos, né? Então o curso da nutrição, depois da epidemiologia, mas assim, você ser admitida e ter aquele curso específico, aquele treinamento específico pra você trabalhar, não teve não. (E5)

Mas assim, quando eu vim pro [nome da unidade] [...] teve uma capacitação em Belo Horizonte pro NUPAD², que é o... do teste do pezinho, uma referência para o teste do pezinho. E aí acho que assim, referente ao [nome da unidade], foi a única coisa que eu fiz que era específico. (E6)

Um dos sujeitos colocou as dificuldades em não conhecer a rede de assistência:

Porque assim, eu não sabia quem eram os médicos da [nome da unidade de referência], eu não sabia quem era pediatra de referência, eu não sabia aonde eram as UBS's, não sabia aonde eram as UBSF's, entendeu? Então, então você acaba ficando muito perdido. Então assim eu acabei contando realmente com a colaboração dos colegas. (E8)

Apenas um dos sujeitos referiu ter tido uma participação maior no processo de implantação da equipe e unidade na qual iria trabalhar:

Eu participei do processo das duas equipes, de... sair da, da unidade antiga, e ir pra uma casa locada, participar do processo de, da construção da planta física, da construção de uma nova unidade, e... hoje eu tô aqui. (E9)

5.2 Analisando as vozes e as ações dos sujeitos

A partir da análise dos dados, foram definidas as categorias: **concepções de autonomia**, com duas subcategorias, a saber, a autonomia como algo centrado em si próprio e a autonomia relacional; **limites e possibilidades para produção de autonomia no trabalho em saúde**,

² O Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico - NUPAD - criado em 1993, é órgão complementar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, e credenciado em 2001 pelo Ministério da Saúde como Serviço de Referência em Triagem Neonatal do estado. Fonte: <http://www.medicina.ufmg.br/nupad/>. Acesso em: 10 de agosto de 2012.

entendendo que eles estão em uma dobra, ou seja, o que é limite pode ser potência e as possibilidades podem ser constituídas a partir dos limites.

Neste sentido, vamos a elas!

5.2.1 Concepções de autonomia

Dentre as concepções de autonomia, várias possibilidades de definições foram apresentadas pelos sujeitos, tais como: poder de fazer algo, responsabilidade, atentar para o limite, ter direito, sendo que desejamos destacar que existem dois grandes polos nas definições analisadas, que são a autonomia como algo próprio de si, centrada em si, ou seja, autonomia como “auto”, como uma propriedade e característica pertencente ao indivíduo e outro polo que é a autonomia relacional, mas que não necessariamente passa pela percepção de algo processual e da importância de se produzira autonomia de si e do outro no cotidiano do trabalho.

5.2.1.1 Autonomia centrada em si próprio

Dentre as várias definições apontadas pelos sujeitos entrevistados, apontamos a seguir aquelas nas quais os trabalhadores quando indagados falam sobre a sua própria autonomia ou mesmo ausência dela, mas sem remeter a possibilidade da autonomia do outro.

A autonomia foi definida pelos sujeitos da pesquisa como **poder de decidir e de fazer**, referida em alguns momentos como poder de fazer algo,

de realizar ações no trabalho em saúde. Também esta relacionada a uma noção de liberdade.

Autonomia... é o poder de decisão né, que eu falo de tomada de decisão. (E3)

Autonomia eu entendo como... é... a gente ter o poder de... de fazer, o poder de fazer e acontecer, né. Dentro das nossas atribuições, dentro dos nossos limites. (E1)

É a gente ter o poder de decisão. É... pra algumas coisas. No caso da atenção básica, eu considero que seja ter autonomia pra resolver a maioria dos problemas, é, que surgem aqui. Não só a nível de equipe, mas de saúde básica mesmo, na área adscrita. (E9)

O quê que eu entendo por autonomia? Uma liberdade. Autonomia eu penso assim: liberdade pra... é... executar coisas, pra definir coisas, né? É... claro que nada... que não é simplesmente que saia da, da cabeça da pessoa, né? Não é... eu quero pular da janela, eu vou pular da janela porque eu tenho autonomia pra pular? Não é assim. Mas assim, de liberdade de realização, né? Até para que o serviço aconteça, que ele flua. Porque muita coisa fica parado e não é desenvolvido porque você depende da autorização de três, quatro pessoas, não é? E não são, e o que mais é complicado, é que acaba que, não seria tão necessário. Coisa simples da gente às vezes se organizar dentro do serviço e tudo mais, acaba tendo algumas dificuldades. (E6)

Autonomia? Eu acho que assim, é eu ter a... a liberdade de, de ação, né, dentro do, do meu limite de trabalho. Né? Sem, sem assim, sofrer barreiras, né, que, que impeçam que eu realize o meu trabalho corretamente. (E12)

Eu acho que a dificuldade é porque você está sempre inseguro, sabe? Você está sempre precisando questionar com alguém, sabe? É você tá sempre tendo que pedir benção pra alguma coisa, então eu acho que isso transmite, sabe, eu acho que isso transmite instabilidade no atendimento, acho que isso transmite né, a falta de segurança, eu, eu acho que não é bom. (E8)

Para os sujeitos ela é indissociável da **responsabilidade**, neste caso há também explícita nas falas do sujeito, o lugar do “eu”, e não das relações.

A sua responsabilidade diante dos seus atos, diante da sua postura, né, do que você fez, do que falou, então assim, é... por isso que é importante estar muito amarrado, muito, muito bem conversado. (E6)

Autonomia? É você ter é... (...) a sua própria forma de trabalho, você ter... a responsabilidade de tá respondendo por aquele trabalho. É... de tá... respondendo pelos profissionais que trabalham na sua equipe, certo? (E7)

Alguns enfermeiros afirmam que a autonomia coexiste com **limites**, leis, regras, **subordinação** a gestão e coordenação.

Que eu posso realizar as atividades dentro do meu conhecimento, mas respeitando o que... o que coloca as leis e o que é estabelecido pela coordenação. Eu vou estar é... tomando uma decisão de, denominada situação, mas sabendo que eu tenho o que os aspectos legais e o que a coordenação tá estabelecendo. Pra eu poder determinar. (E5)

Assim, a liberdade é um direito que a gente recebeu há alguns anos atrás, é, e a cada ano a gente tem que buscar ela de forma mais... válida mesmo, né? Porque às vezes é tão bonito falar em liberdade, e que no final das contas, quando você vai perceber, você não tem tanta liberdade assim! Mas é uma/não vamos filosofar não, vamos pro negócio prático! Mas eu vejo assim, é... tem que ter coerência com as coisas, né? Você tem que ter limite. Nenhum, nada em excesso é saudável. Então, uma autonomia excessiva, também pode causar problemas, causar problemas do, no serviço, tanto autonomia do funcionário, né, do, da equipe, porque se cada um tivesse a sua autonomia, e cada um resolver fazer do jeito que quiser, não vai, o negócio não vai acontecer. (E6)

Mas assim... eu percebo. Eu, eu, eu percebo não. Eu acho que eu tenho praticamente certeza (risos) porque assim eu realmente eu tenho autonomia pra funcionar da, da, pra trabalhar da forma que eu acho sabe? É... não sei se isso é bom ou se isso é ruim. Porque eu acho que falta uma padronização dentro do meu município, entendeu? Eu acho que a padronização é necessária, sabe? Porque hoje cada um trabalha do seu jeito. Cada um trabalha do jeito que acha que é certo. Cada um faz do jeito que quer. Cada agenda é do jeito que a equipe acha que tem que ser, entendeu? (E8)

Eu vou assim, me referir ao meu trabalho (risos). Eu entendo assim, que é, que é realmente eu ter uma, uma liberdade, né? Mas que essa liberdade tem um certo limite, né? Da gente tá

realmente conduzindo as coisas do jeito que eu acho que seria certo, entendeu? Claro que essa, né, essa liberdade entre aspas, essa autonomia entre aspas ela tem um limite, porque assim como eu que sou chefe imediata das meninas, eu tenho a minha chefia imediata e assim vai, né? Mas eu, eu percebo que no nosso serviço é isso, sabe? É eu ter autonomia dentro do meu serviço, pra trabalhar do, do nosso jeito, entendeu? Mas é onde eu te falo a questão da padronização, né? Talvez se a coisa fosse um pouco mais padronizada, eu poderia trabalhar do nosso jeito, mas de uma maneira talvez melhor, que tivesse um resultado melhor, sabe? Essas... essas questões, eu entendo mais ou menos isso. (E8)

Alguns sujeitos entendem ainda autonomia como capacidade de **decidir clinicamente** sobre um caso, estando relacionada com a legislação da assistência de enfermagem, podendo ser exercida a partir de protocolos, da sistematização de ações.

Autonomia eu vejo quando eu, quando, profissional de enfermagem, eu tenho... plena convicção de poder realizar aquilo dentro do meu parâmetro legal, seja pelo COREN, seja autorizado pelo Protocolo de Enfermagem, entendeu? No qual eu posso, não só realizar hoje o que rege o COREN, tá? Eu posso tá solicitando algum exame laboratorial, eu posso tá transcrevendo alguma medicação, só que para isso, eu teria necessitando de um Protocolo de Enfermagem, que já foi elaborado, porém ainda não foi autorizado. (E10)

Então se vem uma mulher pra mim, com suspeita de amenorreia, não é? Ou com suspeita de gestação com amenorreia, eu... assisto ela, identifico aquele quadro, percebo uma possível gravidez, realizo o preenchimento do formulário, da solicitação de exames para essa mulher, mas não posso assinar esse documento pra se encaminhado para o laboratório, isso eu percebo ausência de autonomia. (E11)

É... eu não falo que a autonomia foi tolhida, que ela é realmente inexistente, que seria no caso os protocolos de enfermagem. Inexistente. Quando eu tenho que, faço o acolhimento da gestante, é bem claro, a primeira consulta com o enfermeiro, e eu não posso propiciar pra ela os exames laboratoriais básicos. Eu dependo de um profissional médico, entendeu? É... não questão de conduta, de traje de profissionais não. Pelo contrário, eu faço acolhimento, eu faço todas as orientações, faço a primeira consulta, em contrapartida, não posso oferecer pra ela os exames básicos, tá? (E10)

Os sujeitos compreendem que a autonomia como poder de decidir só é entendida como tal, quando nas tomadas de decisões não há interferência ou contribuição de outrem nas ações. Ou seja, há nas falas certa valorização em ignorar as interferências de alguma forma.

Então... eu penso que autonomia é... tomada de decisões, tá? É... baseada em critérios clínicos, epidemiológicos, administrativos, sem a intervenção das outras pessoas. Eu penso que autonomia é isso. (E11)

Eu sempre falo para as meninas, do jeito, a nossa forma de trabalhar aqui dentro da unidade, se a gente definiu assim, tá dando certo assim, é assim que vai ser! A gente não tem que fazer do jeito que a secretaria quer. Tem listas de determinados, de quase todas as especialidades e o poder de resolver essa lista zero! Quase que zero. Então a gente não concorda. (E2)

Nós iniciamos a classificação com o Protocolo de Manchester. E o preconizado era que estabelecia as consultas médicas mais resultados, retornos dos pacientes pra verificar resultados de exames no período da manhã. Todos juntos. E a realidade aqui, nós tínhamos separado, antes do protocolo né? Os pacientes vêm ver resultados de exame à tarde. Aí o quê que eu observei? Que quando teve essa mudança, é lógico que tem um período de adaptação, mas o quê que eu observei? Que esses pacientes que vêm fazer o retorno pra olhar o resultado e acabar de concluir a sua, o seu atendimento, eles estavam utilizando pra uma nova consulta médica. Então o que a gente estabeleceu dali e o número de pacientes no período da manhã estava sendo impossível, o médico começou a ficar estressado. Aí o que eu fiz? Sem comunicar ninguém eu alterei, por minha conta! E tá dando certo. Aí logo depois passou mais ou menos uma semana, veio uma supervisora de Uberlândia, eu comuniquei a ela, ela falou que eu deveria rever, deveria retornar, mas eu não retornei, tô mantendo. (E5)

É igual aquele exemplo que eu te dei lá, que eu... denunciei à vigilância, eu não... eu não... não pedi é... ajuda pra ninguém, eu mesmo decidi que o melhor a ser feito era denunciar, então eu peguei, fiz o ofício e denunciei. Não, não, não pedi ajuda pra minha coordenadora, pra, porque ninguém tava resolvendo, então isso que eu acho que é autonomia. A gente... resolver um problema que a gente mesmo é... é igual, eu mesmo achei que era o certo eu fazer, e eu fui lá e resolvi. Aí eu usei a minha autonomia. (E4)

A concepção de autonomia também aparece como capacidade de gerir/coordenar o trabalho. A relação com a gestão municipal aparece como uma certa restrição da autonomia.

Olha... Coordenando né a equipe. Coordenação da equipe, do trabalho mesmo, né, que eu tenho que coordenar aqui tudo, as agentes, entendeu? Ah... até as consultas, até como que é agendado, esse negócio tudo eu que... então acaba sendo tudo né? (risos) (E4)

Então você entende como responsável técnico aquele que coordena não só as atividades de enfermagem, mas a... os serviços gerais, né, a... a assistente da odontologia, os horários médicos, né, a produtividade dos médicos, é... a auxiliar administrativa. Tudo tá sob é... a coordenação da enfermeira. (E3).

Quando foi perguntado se o sujeito reconhecia e pudesse descrever ao pesquisador uma vivência no seu trabalho onde identificava de alguma forma promoção de autonomia, o mesmo respondeu da seguinte forma:

Olha, eu acho [nome], que autonomia aqui é só com relação aos funcionários mesmo... Porque eu não vejo em outra... tudo é meio imposto, as vagas vêm pra gente, a gente marca daquele jeito... quantidade de guia de fisioterapia, quantidade de oftalmo, o que a gente faz é repassar isso pro pessoal, pro pro usuário. (E2)

5.2.1.2 Autonomia relacional

Como sinalizamos, é muito tênue a linha que demarca a posição dos sujeitos em conceber autonomia centrada em si e autonomia relacional, a partir dos próximos parágrafos, percebemos um caminhar em direção ao outro nas relações, mesmo assim esse contraponto entre os dois grandes eixos é incipiente.

Isso porque quando o aspecto relacional está nas falas dos sujeitos, ele está carregado por questões de subordinação, de hierarquia, no sentido de que não há desenvolvimento conjunto da autonomia do outro, mas há subordinação do outro para exercer sua autonomia.

Esse aspecto é explorado tanto nas relações com a equipe, no caso referindo como coordenação da mesma, quanto com os usuários, que estão ainda mais distantes nessa relação.

As questões de autonomia e gestão do trabalho, são percebidas entre dois extremos, em algumas falas a autonomia remete a coordenação, muitas vezes até compartilhada, mas em outros fica explícito o sentido controlador por parte do trabalhador enfermeiro em relação à equipe, principalmente os trabalhadores de nível médio – agentes comunitários de saúde e de enfermagem.

Eu acho que entre o enfermeiro e o auxiliar é até uma questão de hierarquia né? Igual entre o enfermeiro e a gestão. O médico e o enfermeiro não. (E3)

É, os agentes comunitários eu, já é uma forma mais assim, né, eu tenho que ser mais... firme né? Eu já tenho que chegar: “Ó, tem que ser dessa forma, é dessa forma” (E4)

É... eu tenho autonomia quando... eu... desenvolvo ações junto com os agentes comunitários de saúde, eu percebo que eu tenho autonomia sobre esses agentes comunitários de saúde. Há autonomia de várias formas, há autonomia com relação a questão é... da gestão, administrativa deles, com relação a questão de horários, com relação ao cumprimento de metas, com relação ao cumprimento de coisas de ordem administrativa, eu percebo isso. Autonomia com relação à questão dos agentes, dos auxiliares e técnicos de enfermagem, da questão da capacitação desses profissionais. Autonomia para tomada de decisões com relação aos usuários, da forma de atender os usuários, eu percebo isso como autonomia. É evidente quando eu percebo também que... é... eu já trabalhei com... com médicos recém formados e que a gente percebe uma autonomia no serviço porque... percebe-se que eles ainda não conhecem as rotinas do serviço, ou mesmo não conhecem as ações de fato da estratégia de saúde da família, então se percebe uma autonomia na questão da formação dentro dos serviços destes outros profissionais, que a gente vai trabalhando com isso. (E11)

Eu não tenho problema de forma geral, com a equipe não, né? Uma ou outra às vezes tem um pouquinho mais de dificuldade de compreensão, às vezes você explica, fala uma coisa, e acaba que a pessoa entende de forma diferente, então, em tempos depois você percebe isso, você tem que chamar e conversar novamente, né? Pra que seja entendido, pelo menos da forma que, que eu gostaria que fosse, né? Eu como, como orientadora, como supervisora de enfermagem, né? Então, é... eu que vou responder, então que eu responda por alguma coisa que eu orientei (risos), né? (E6)

Uma coisa assim: privilégios de uns, em detrimento dos outros, uns cumpriam a carga horária certinha, outros saíam no horário de trabalho para fazer n coisas, e eu e a [nome] tentamos e conseguimos mudar isso. Melhorou bastante... [...] sem seu controle, chega uma hora que você perde a rédea mesmo. (E2)

Autonomia que eu vejo principalmente, que vai me nortear todas as atividades, quando eu tenho autonomia com a minha equipe. Respeitando a hierarquia, é lógico, entendeu? Eu tenho autonomia plena sobre as agentes comunitárias de saúde, sobre as técnicas de enfermagem, entendeu? Inclusive sobre o médico. Porque a gente consegue trabalhar em equipe e cada um alçar em sua atividade. Eu vejo isso como a principal autonomia. (E10)

Neste sentido de controle no trabalho, as questões de hierarquia são correntes nas falas dos sujeitos.

E a autonomia do... funcionário, seja ele o profissional médico ou o agente de saúde ou o técnico de enfermagem, eles são subordinados todos ao RT, que é o enfermeiro da unidade, né? Mas cada um exerce a sua autonomia conforme o contrato de trabalho frizado, dentro da sua particularidade. (...) Então, retomando, existe a autonomia no âmbito geral, para os trabalhadores, na unidade, mas existe uma vinculação a uma... A uma hierarquia. ... dentro da unidade. Dentro da unidade. Com certeza. (E10)

Então, um simples telefonema da secretaria não era falado pra qualquer um, sempre se reportando ao enfermeiro do lugar. Hoje não é mais assim... até pela questão ah nem o colega, às vezes o colega liga aqui e fala com a técnica, até eu falei isso com as meninas sexta porque fizeram isso, falou com uma funcionária aqui. Eu falei: ó, você não falou com a [nome], das sete as onze, a Alessandra que é responsável. Então tudo que você precisar, se reporte à ela, mesmo que ela vá dizer pra você: eu não sei, vê

com a [nome] a tarde... mas eu acho que é com ela que tem que falar. (E2)

Porque assim... eu não sei nem se, se, se isso seria definido como ausência de autonomia, mas algumas situações que é referente ao serviço de enfermagem, eu como enfermeira da unidade, quem deveria responder e deveria organizar seria eu. E às vezes isso não acontece, né? É... vai direto pra, pra minha direção por exemplo, e aí a direção resolve uma coisa que no final das contas não poderia porque não, não tava dentro da possibilidade da rotina do serviço, né? E aí acaba que eu não fui nem consultada. Não por má intenção, não é que houve uma intenção de passar, de fazer qualquer coisa. Querendo agilizar acaba mesmo é... tumultuando o serviço. Eu não sei se isso seria é, é... essa situação assim, de autonomia não. (E6)

Então a hierarquia é necessária, claro, porque você precisa de ter uma organização do serviço, uma organização de, estrutural, administrativa. Mas, é... essa autonomia dada de forma coesa, de forma é... é real, né? Porque, por exemplo, eu sou uma enfermeira, eu tenho, na, na, as minhas funções são muito bem definidas, né? As minhas condições de trabalho, a minha possibilidade de trabalho, de resolução, minha competência profissional, ela é real, não é? Então, eu acho que assim, é, então eu posso, poderia ser dado uma autonomia de forma... de forma assim de, que eu pudesse usar toda esse, essa, essa potencialidade, né? Mas também não quero que coloquem na minha responsabilidade, como a autonomia minha, coisas que eu não vou poder é... eu não vou ter condições de responder no futuro. Então assim, eu sou a enfermeira da unidade, o meu papel é esse, né? Eu não quero é... fazer, ter, ser responsável ou responder, por situações de outro setor, mesmo que seja dentro da unidade. (E6)

Porque acima de mim aqui na unidade é o médico né? Então assim, eu também tenho essa hierarquia com eles. Respeito também. Mesmo que ele não faça o trabalho dele correto, é... eu não posso ultrapassar essa hierarquia, aí já é uma questão individual da, da, profissional dele, né? Correto? Então aqui é... você vê como... hierarquicamente você e o médico não estão no mesmo nível? Não... né? Ele... é... infelizmente né? A gente trabalha dessa forma. É... eu sei que o enfermeiro poderia sim, ter mais autonomia junto ao médico, mas... é... tem essa hierarquia, né? Existe essa hierarquia. (E7)

Eu acho que sempre a gente tem muita barreira, né, principalmente, por exemplo, do médico, né? O enfermeiro, ele não tem é... ampla autonomia aqui na, no trabalho dele. Que é um problema que a gente enfrenta. Sempre vai esbarrar se, se o

médico, se ele vai concordar, se o... o gestor, né, vai concordar. (E12)

Como já dito, em muitos momentos quando o trabalhador é questionado sobre autonomia, ele pensa na sua própria autonomia. Para explorar o aspecto relacional, perguntou-se sobre a autonomia dos outros trabalhadores e sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde. Para os entrevistados a autonomia do usuário é dependente do uso que ele fará dela, ou seja, permanece o entendimento que a autonomia do outro só é importante e válida se ele fizer “bom” uso dela, e este julgamento do “bom” ou “ruim” é feito pelo próprio enfermeiro, permanecendo assim a questão de tutela, de controle.

Para você o que a autonomia poderia oferecer para o usuário? Depende né? De como que ele vai usar essa autonomia dele (risos). Que eu tenho muito paciente aqui com a cabeça aberta mesmo, que usa a autonomia e funciona muito bem, inclusive gestante: “Ah, eu fiz isso e isso porque o postinho estava fechado sábado, e deu certo!”. E na verdade ela usou a autonomia dela e deu certinho. Agora, num caso desse aí, né? Que usa a autonomia pra passar não sei o quê de cabrito na ferida. A ferida estava bonitinha, hoje ela não estava tão assim, já estava avermelhada, deu uma inflamada, entendeu? Então isso vai depender dele. Às vezes tem paciente que usa a autonomia pra chegar aqui pra gente e falar assim: “Olha a minha pressão tá normal e aí eu resolvi dar uma parada com o medicamento.”. Aí vem... aferir, aí já tá subindo de novo, entendeu? Então depende de como tá. (E4)

“Fulano, você mora em tal lugar, a, a, atendimento é assim, assim, assado. Se você passar lá e te encaminhar a gente vai te atender, mas tem que ser assim. É uma rotina do serviço, é pra organização do serviço no município.”, e tudo mais. Se a pessoa não quer entender, ela não quer aceitar aquilo, né? Não é questão de autonomia, né? É uma questão mesmo de, de, de dificuldade até de relacionamento interpessoal. Porque se você tá recebendo uma orientação, eu acho que no mínimo você vai buscar, se aquela não foi satisfatória, você vai buscar então naquela outra unidade compreender, né? Então, assim, se eu sou de uma outra unidade, e por exemplo, vacina, eu quero ser vacinada aqui. A gente faz a orientação da mesma forma: “Fulano, você tem a unidade de referência, mais próxima da sua casa, é mais fácil de você ir com seu filho.”. “Não! Eu quero ser vacinado, eu quero que meu filho seja vacinado aqui!”. [...] A

vacina, ela não pode ser negada de forma alguma. Primeiro a gente orienta, mas se a pessoa continuar a insistindo, a gente, né, acaba atendendo sem problema nenhum. (E6)

Quando os sujeitos são questionados sobre a autonomia do usuário, há uma certa desconfiança em aceitar a autonomia do outro, talvez pelo fato de os sujeitos relacionarem que a relação de cuidado inclui um certo “fazer pelo outro”. As falas remetem desde a negação da autonomia do usuário, perpassando pela autonomia relativa, até o entendimento de autonomia como possibilidade para contribuir com a cidadania do usuário.

Então assim, acaba que, é, é o que eu falei, é uma faca de dois gumes, essa, a, a autonomia é, de forma geral, claro que pra gente também, o usuário, o funcionário também, né? Porque assim, se eu, se você souber usar a sua autonomia, de forma correta, te trás vários benefícios, mas se não, se virar um, um, um... uma, uma autonomia, que na verdade é uma ditadura, assim, né: “Eu, eu mando, eu posso, eu, eu quero.”, não vai acontecer as coisas, aí vai barrar do mesmo jeito, vai ficar bloqueado do mesmo jeito. (E6)

Com relação ao usuário? Não acho que seria uma boa não. Então às vezes se eles tivessem essa autonomia, isso não seria legal pra os cem por cento. Pra um ou outro às vezes até acho que até seria, mas... [...] A questão de eles se reportarem a nós com mais facilidade pra falar: olha, isso é legal pra nossa área, isso não é... esse número de vagas está insuficiente, tem como vocês brigarem por nós? Discutir de forma legal isso com a secretaria? Com quem é da competência... Eu acho que assim... seria positivo. (E2)

E por que quê você acha que isso não acontece? Ai, eu, eu, eu acredito que na maioria das vezes, é, é, eu acho que é relapso do paciente, sabe? É relapso, ou algumas vezes irresponsabilidade, sabe? Outras vezes ele não dá a devida importância à saúde dele, sabe? Não sei. Uma série, eu acho que envolve muito também o fator social, sabe? A questão social que interfere muito no nosso trabalho, sabe? Então eu acho que é muita coisa envolvida. (E8)

Eu acredito que isso acontece em virtude de uma série de coisas, a primeira delas é que a gente vem com uma formação. Independente desse indivíduo que eu tô atendendo aqui, ele tem uma ideia, uma pré-concepção do seu próprio processo saúde-doença, isso que vai interferir, se ele faz ou não. Se ele acredita

que aquela minha orientação é de fato eficaz, ele vai cumprir. Se ele talvez observa que aquela orientação não é eficaz, ele pode não... é... executar aquela tarefa. (E11)

Em outras falas, os trabalhadores entendem a autonomia do usuário como sinônimo de poder ser ouvido. Entretanto, há uma sinalização de que o trabalhador visualiza o direito de reclamar e de estar descontente com o serviço por parte do usuário como um “ataque” ao próprio trabalhador.

O fato de o usuário estar descontente com o serviço, não é considerado como expressão de necessidades de saúde não atendidas ou mesmo como uma possibilidade de diálogo entre os trabalhadores e usuários para qualificação dos serviços de saúde.

Mas, a autonomia do usuário, esta é de excelência, porque nós não temos uma ouvidoria no município, e hoje no Brasil, qualquer reclamação que você queira fazer, você faz anonimamente. E aí a gente é questionado sem direito à resposta. Simplesmente você é questionado, né? Se o usuário, por exemplo, chegar aqui hoje, quiser um atendimento médico, eu não tenho médico, o meu está de férias. Eu não tenho substituto. Eles vão me ligar aqui na hora: “Ah por que você não fez, por que?”, bom, aí eu tenho que explicar de novo uma coisa que é do conhecimento, né, de toda a administração! (...) Mas aí se ele quiser ligar na rádio, falar mal de mim, detonar com todo nosso trabalho, por conta disso, ele vai fazer. Mas aí, eu não tenho direito de resposta, porque o servidor municipal em [nome da cidade], ele só pode responder publicamente alguma coisa, com autorização. (E9)

Em relação à autonomia do usuário, eu já tenho percebido esses três anos que já melhorou bastante, mediante a ouvidoria pública, entendeu? (...)Então hoje eles têm mais autonomia de fazer uma queixa sem ter medo, de ter receio de ser assistido pela unidade de saúde. Então a ouvidoria veio pra isso, tanto a municipal, quando a própria ouvidoria do SUS, a nível federal. (E10)

Por outro lado, mesmo que pouco evidenciado nas falas, houveram discursos que correlacionaram autonomia com direito, com a construção de cidadania:

Então eu não vejo só como autonomia que eles possuem, mas também como direito, né, cidadania. (E9)

Ela tem autonomia, ela tem autoridade, ela tem esse direito de escolha, né? (E6)

Olha, eu acho que na hora que o usuário tiver conhecimento real e verdadeiro, e assumir a, a responsabilidade do que é ser cidadão. Que ele exerce como a maioria, só para reclamar, mas a partir do momento que ele começar a se envolver, a ser um pouquinho mais responsável por si, pelo outro e pelo meio, ele vai entender que o homem é produto do meio, e aí tudo pode melhorar, não só a saúde. Mas o mundo pode melhorar, com as pessoas percebendo isso, né? Que o que eu faço, eu não faço só pra mim, eu faço pra todos. (E9)

O usuário, ele tem o direito dele também. Ele tem o direito de ser bem atendido, né, pelo profissional, ele tem o direito de... de conseguir o que ele... o que ele veio buscar, né? (E7)

Pra ver se eu tô entendendo, você está ligando a questão da autonomia com a questão do direito, e nesse caso também com a responsabilidade? Eu acho que ele deve participar, né? Ele deve se envolver. (...) A estratégia de saúde da família, a gente busca isso. A parceria não é só dos serviços não, mas a parceria da própria comunidade, do cidadão, que ele conheça as doenças que têm pelo menos no bairro que ele mora. Que ele participe, que ele ajude a gente a fazer a promoção e a prevenção. Que ele modifique o hábito alimentar lá dentro da casa dele, porque ele modificando lá, ele vai tá interferindo aqui também. Então essa corresponsabilidade... não é só autonomia não, é a vida, autonomia de vida. (E9)

Na observação, um dos momentos em que identificamos algo diferente com relação a autonomia do enfermeiro e usuário foi o seguinte:

Caso discutido na reunião de equipe, em relação à usuária que vai constantemente à unidade, e quando o não encontra o enfermeiro age de forma agressiva com os outros membros da equipe. Segundo o enfermeiro, a usuária é também acompanhada pelo serviço de saúde mental do município, faz uso de psicotrópicos, e com relação à família, foi vítima de violência econômica pelos próprios filhos que comprometeram a renda mensal da mesma. Os ACS's, auxiliares de saúde e médico questionam a forma com a qual o enfermeiro lida com a usuária. Para eles há excesso de paternalismo, uma vez que

o trabalhador procura atender outras necessidades da usuária, como por exemplo, levá-la ao banco para receber sua aposentadoria, “gastar tempo” indo ao INSS para regularização, etc. Para os demais trabalhadores, é uma usuária que sequer deveria ser acompanhada pela equipe de saúde da família. Durante a discussão deste caso, o enfermeiro não argumentou sobre sua conduta. Após a mesma comentou com a pesquisadora que continuará atendendo a usuária desta forma, pois entende isto como cuidado. (OBSERVAÇÃO 2).

5.2.2 Limites e possibilidades para produção de autonomia no trabalho em saúde

Como sinalizamos no início deste capítulo, o agrupamento desta categoria se fez para fins didáticos, ou seja, discorreremos a seguir sobre limites e possibilidades de forma separada a fim de compreensão, mas devemos destacar que os aspectos limitadores podem vencer dificuldades, assim como as possibilidades podem se tornar limitadoras na produção de autonomia no trabalho em saúde e também se constituir como possibilidade à partir dos limites. É uma questão dialética que será mais abordada nas discussões.

5.2.2.1 Limites para produção de autonomia

Alguns aspectos foram apontados pelos trabalhadores como dificultadores na produção de autonomia a partir das relações no trabalho em saúde, dentre eles foi destacada a **sobrecarga no trabalho**.

Olha, eu acho... eu acho tão complicado assim, porque assim, ao mesmo tempo que eu tenho, eu, eu me vejo assim, a, a... eu me vejo atolada, né, num monte de coisa, igual você tá vendo a situação da minha mesa, e, e a gente se vê com, faltando tempo, né, pra um monte de coisa, então assim, mas eu acho que, que a gente precisava ter uma, um tempo maior reservado pra isso, sabe? (E8)

O quê dificulta? Nó... ... Eu acho que nós temos excesso de trabalho, e aí quando eu falo nós, eu não falo só de mim, a equipe, eu falo até na administração. A gente começa por aí. (E9)

Eh... como assim... às vezes eu tenho que passar a bola pra a frente, entendeu? Por exemplo, alguma vez eu tô aqui, as meninas têm que resolver, muita coisa ali, só depois que vai me passar, entendeu? Então, como a equipe é muito, e aqui a demanda é muito grande, muito grande, então, tem isso também, a minha auxiliar de saúde mesmo, a minha técnica muito faz, muito papel meu ali na frente, entendeu? (E4)

É... e eu não consigo fazer isso, porque tem enfermeiro que fala assim: “eu não posso fazer, eu não posso sair pra uma visita, eu não posso fazer um curativo, eu não posso atender um paciente porque eu tenho a parte administrativa pra fazer”. Então eu acabo levando muita coisa pra casa pra fazer. Porque eu não consigo sentar aqui na mesa, eu tenho um papel pra entregar amanhã e eu tenho uma visita para ver um pós operado ou uma pessoa. “Eu não vou pra fazer”, eu não consigo, então muitas vezes me sobrecarrega por causa disso. Quantas vezes eu levei SIAB. Eu tenho SIAB aqui nesse computador e tenho na minha casa, entendeu? (E4)

É interessante ressaltar que apesar dos discursos acima, em relação à sobrecarga no trabalho, foi observado no trabalho dos enfermeiros que, quanto mais sobrecarregados os trabalhadores estavam, mais delegação e menos interferência no trabalho dos outros havia.

O enfermeiro está com problemas na câmara de vacinas, precisa ligar na vigilância epidemiológica, e nas outras unidades para encaminhar usuários, resolver outras tantas demandas do serviço de saúde, em uma manhã de segunda-feira após um feriado! Diante de tantas tarefas, a própria equipe se organiza, se mobiliza, os usuários escolhem dentre as opções ofertadas: esperar para vacinar ali mesmo daqui alguns dias, ou procurar outra unidade. Enfim, no vai e vem

intenso de uma unidade cheia, cheia de demandas, de ofertas, de pessoas, de sentimentos e de relações, a sobrecarga do trabalhador enfermeiro vai se fazendo com que cada tarefa encontre quem a possa realizar, cada um realiza sem tensão, e o enfermeiro comanda, mas também é comandado pelo serviço em saúde. (OBSERVAÇÃO 1)

A equipe do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) faz uma visita de avaliação na unidade de saúde, o enfermeiro com tantas atividades a serem realizadas, tantos usuários a sua espera, fica cerca de uma hora antes da visita da equipe, reunindo documentos, prontuários, cadernos, anotações, e sua própria equipe se organiza para atender a demanda da unidade, receber os usuários, atender necessidades, fazerem ligações, e também contribuir com os documentos que serão avaliados pelo PMAQ. Observo que apesar da centralidade dessa avaliação no enfermeiro, a todo momento este se reporta a sua equipe no momento da avaliação, a sua sobrecarga de trabalho possibilita o compartilhar de ações e a participação em um projeto de melhoria que deveria envolver todos. (OBSERVAÇÃO 2)

A **falta de recursos humanos e materiais** foi apontada em muitos momentos como algo que dificulta no trabalho a prática pautada na autonomia do outro.

O quê que você acha que dificulta é, a realização de uma prática pautada na autonomia? O que dificulta?... ... Primeira coisa é recursos humanos que falta. Eu não tenho recursos humanos suficientes. Eu posso até ter autonomia pra fazer, mas eu não tenho mão de obra. Omelete sem ovo, não tem como fazer... Material, eu já percebo assim, nós tivemos uma melhora nessa gestão impressionante. Sabe? Que a gente tinha uma carência muito grande. E desde o início da gestão melhorou muito, muito, muito, muito, muito. Assim, material, exames, né. Mas... falta ainda uma estrutura na coordenação. A coordenação do PSF falta estruturar. (E5)

É... o quê que dificulta essa prática pautada na autonomia do outro. Ah tá. É isso mesmo, que eu tava querendo chegar lá, e... vai dar certo. É... a limitação de... de... de como é... distribuído essa forma de trabalho. Como... me... chega aqui, como... a ferramenta que eu tenho pra tá trabalhando, certo? Com o que eu tenho pra trabalhar, certo? Por exemplo, me deram um... Os recursos? É. Os recursos. Justamente. Me deram uma laranja pra fazer uma salada de fruta, uma... laranjada e uma... pra colocar ela numa feijoada, picar e colocar numa feijoada. Então eu tenho uma laranja pra fazer três coisas! Aí como que eu vou

fazer com essa laranja? Aí eu tenho que saber, né, que parte que eu vou usar, quê, qual que é mais importante, quê que me requer mais. É... é... eu vou saber sempre quando é... é... quê que eu tenho que fazer com aquela laranja? Vai depender também como que, que vai tá a situação no momento. Às vezes eu vou, vai me, vão me passar a laranja e eu não vou saber nem o que fazer porque é... não são só três opções que eu tenho e... às vezes é, eu, é, ou melhor eu tenho só três opções mas eu tenho é... cinquenta e oito é... possibilidades lá de pessoas que querem tá usando essa laranja, né? Usuários né, aguardando com uma laranja. (E7)

A gente vê, até pra gente ter autonomia, pra ter condição boa de trabalho, a gente precisa de infraestrutura, precisa ter um local bom pra trabalhar, né? (E3)

Então assim, idealizar a gente idealiza milhões de coisas, né, mas a gente às vezes não tem autonomia pra resolver, inclusive aqui a principal questão é a estrutura física, né. Como diz, se eu tivesse a autonomia de resolver eu não estaria aqui, estaria trabalhando num local mais apropriado, mais salubre, digamos assim.... (E1)

O espaço é precário, o espaço não tem. Mas o que a gente conseguiu organizar, a secretaria fala que não, vai ser mais um consultório médico porque a necessidade da população é médico. Né? Independente se você tem espaço físico ou não. Então eu vejo isso como uma retirada da autonomia. (E3)

Outro aspecto que prejudica a construção de autonomia nas relações no trabalho em saúde, segundo os entrevistados, é o sentimento de inversão de papéis dentro do trabalho em saúde apontado pelos sujeitos quando estes percebem que o outro também pode ser um sujeito autônomo. Entendem este fato como inversão na escala de hierarquia que para tantos deve ser rigorosamente seguida.

O quê que pode ocasionar essa autonomia? Bom... acho que tudo envolve uma questão de respeito, de limites, né? Sempre tem o limite do outro, então... corre o risco de ter... de ultrapassar esses limites mesmo. Quando você, às vezes, dá muita autonomia ao outro, né... e corre o risco também de.. dos papéis, ou seja, das atribuições se perderem, né? Às vezes a pessoa acha que tem muita autonomia para uma coisa e às vezes ela passa dos limites daquilo e acha que tem uma atribuição além daquela que foi indicada, vamos dizer assim...

então corre esse risco também. Por um outro lado, se houver respeito mutuamente... é bom. Então tem esses dois lados, né... é favorável... indiretamente. (E1)

Problemas relacionais com o **gestor municipal** da saúde foram apresentados de forma recorrente nas entrevistas. Os trabalhadores relataram falta de diálogo e não se sentem incluídos nas tomadas de decisões por parte da secretaria de saúde.

Que é a secretária de saúde, que eu vejo mais, eu não posso falar é... comprovadamente falar assim: “não, ela é resistente”, né? O que dá de entender é que tem uma resistência, ou falta de autonomia ou falta de interesse, não sei, pra resolver os problemas. Mas... existe uma dificuldade da gente conseguir, da gente mostrar o quê que a gente tá vivendo, o quê que a gente tá vendo, sempre... sempre tem uma resistência com relação, não, uma imposição: “não, é pra seguir assim e ponto! Não quero saber se vocês estão passando por tais e tais problemas” né? (E3)

Né, quando ela chama os auxiliares lá, tanto dos serviços gerais quanto de saúde pra pedir para que vigiem os horários dos enfermeiros, pra pedir que... “é, agora nós vamos remanejar e tipo assim, não quero saber como tá na sua unidade, eu vou remanejar”. (interrupção). É... então ela quebra essa autonomia... (risos) E olha que a gente tá falando de autonomia... (E3)

Porque sem o apoio da gestão não tem como a gente... estabelecer essa autonomia, da gente, muito menos do usuário. Eu acho que falta mais uma organização dos serviços. Falta administração. O serviço não é, eu não vejo o serviço hoje como bem administrado. (E3)

A compreensão de autonomia é algo que pode ser medido, mensurado, dado e recebido, também pode ser um entrave no processo de construir coletivamente a autonomia dos envolvidos na produção em saúde.

É porque como a gente não tem essa autonomia a gente não consegue passar... pro outro. Acho que é bem, bem baseado nisso. (E2)

Existe um grau de autonomia. E o usuário? Você acha que ele também tem um certo grau de autonomia? Sim. É, sim. (E7)

O modo como o trabalhador vê o usuário, reflete em uma visão reducionista que o sujeito entrevistado tem da autonomia do usuário.

E o usuário, quando eu comecei aqui, eu já percebo uma diferença do usuário. O usuário daqui é... ele é mal educado é.... ele não tem educação em saúde, né? É um usuário que... não tem conhecimento do que é uma unidade básica de saúde, do que a gente tá aqui para oferecer, tanto que quando eu entrei aqui a [nome] fazia algumas visitas e eles sempre questionavam porque a gente não sai para fazer visitas. Então é um usuário que não sabe porque que lá no [nome da unidade] tem visita, aqui no [nome da unidade] não tem. Ele não sabe, não tem educação em saúde aqui [nome da cidade], eu percebo que é um problema geral. Ele não sabia o quê é uma unidade básica de saúde, eles querem ser atendidos na hora, né? (...) É... é um usuário difícil, né, de, de aceitar, mas que em pouco tempo a gente vai conseguindo reeducá-los, e eu falo pras meninas, que precisa ter uma reeducação, né, às vezes a própria equipe sentia pressionada de o paciente chegar aqui bater a mão no braço e “preciso medir minha pressão, e tem que ser agora! Se não for agora não serve, e se não olhar agora eu vou na rádio, na “rádia”!” (risos). Eles têm uma cultura aqui de “radia”, que não... que não, que é difícil de mudar, mas por quê? Porque não sabe. Né? Não sabe que ele tem que sentar, que se eu estou fazendo outro serviço, ele tem que me esperar. Porque a pressão dele não é, não caracteriza nem uma urgência, quanto mais uma emergência. Então são usuários que precisam de educação em saúde. Mas com o tempo a gente vai conseguindo, até com a classificação agora, a gente tá conseguindo reeducá-los né? (...) Então é um usuário difícil, mas que a gente tá conseguindo reeducá-los, mas que, que vai... isso é com o tempo. (E3)

É o que iria dificultar, eu não sei, eu ainda não consegui perceber essa autonomia do usuário, autonomia em que sentido em relação a nós. Ainda não ficou muito claro pra mim isso, não to conseguindo visualizar isso muito bem. Eu só vejo a autonomia do usuário no sentido de... agilizar os processos pra ele próprio, né? De entender, de saber aonde ele tem que ir, de saber o quê que ele tem que buscar. Eu to entendendo autonomia como isso, eu não sei se está certo. (E3)

A **tutela no trabalho** pode ser considerada um limitador mais ao mesmo tempo um possibilitador. Dessa forma optamos por apresentá-la

entre esses dois aspectos. A relação de tutela no trabalho é dialética no sentido de potencial emancipador que carrega em si, ao mesmo tempo em que carrega a força protetora.

O enfermeiro tem uma relação de tutela com o outro, da necessidade do trabalho do outro estar vinculado a “aprovação” do mesmo. No caso do usuário, de verificar se foi apreendido o que foi dito pelos trabalhadores de saúde.

Mas quanto aos funcionários eu não vejo muito problema atualmente, já melhorou muito, então assim, o que eu espero é que qualquer dúvida que eles tenham, que seja tirado no momento para evitar erros né? (E1)

Porque é uma população muito humilde, tem um grande quantitativo de analfabetos, então... tudo que você vai explicar, você tem que explicar mas depois você tem que pedir, principalmente para o agente de saúde, tá ali conferindo aquilo... quanto à medicação, quanto ao funcionamento da unidade, com tudo eles tem essa, meio que essa dúvida, você explica aqui mas em casa... pode ser que não entendam. (E1)

Há um avanço na coparticipação, quando os sujeitos abrem possibilidade dos outros trabalhadores fazerem juntos, entretanto não há nos discursos a inclusão dos usuários neste processo.

Então assim... é igual eu reuni com a equipe tem duas semanas, eu falei não, na nossa próxima reunião a gente precisa inovar, tentar chamar a atenção do usuário pra alguma coisa diferente, por que? Porque esse tipo de usuário, ele já tá cansado de saber que ele não pode comer verdura, oh, gordura, açúcares, e etc, e que ele tem que fazer atividade física, e que tudo isso envolve a questão do... a questão psicológica também, e ele já tão careca de saber disso, então com o tempo ele não, o próprio usuário não tem aquele interesse mais, né. Às vezes vão na reunião, com o intuito de pegar uma medicação mas não é com o intuito de ouvir. E pra nós do programa o principal enfoque seria a orientação. Né? Então o profissional tem que ter um jogo de cintura imenso pra lidar com isso, pra que o usuário não perca o interesse. E assim como o enfermeiro também, pra que a equipe não perca o interesse de tá inovando. (E1)

5.2.2.2 Possibilidades para produção de autonomia

A partir das possibilidades que a própria tutela no trabalho deslumbra, destacamos a seguir, aspectos que foram trazidos pelos trabalhadores que vão ao sentido da promoção de autonomia nas relações em saúde.

Em alguns momentos, os trabalhadores colocam autonomia como algo próximo ao autoritarismo, mas essa forma de pensar a autonomia também é contraposta com o entendimento de que **decisões coletivas** são vistas como melhores para o funcionamento do trabalho em saúde, ou seja, ao mesmo tempo que defendem um certo mandar/obedecer, reconhecem a necessidade de espaços coletivos. Os trabalhadores defendem a reunião de equipe como um espaço para a produção dessa coletividade.

Eu acho assim, eu ainda vejo isso, eu vejo que tem momentos que a gente tem que ter autonomia, igual eu falei aquela hora, tem coisas que a gente precisa impor, eu preciso mostrar pra elas que o trabalho funciona melhor assim, até por isso que a gente é enfermeiro e tá aqui né, pra coordenar isso. Mas eu acho que funciona melhor com essa tomada de decisão conjunta. (E3)

Olha, as reuniões que a gente tem é muito bom. Sabe, porque toda vez a gente senta, talvez ela quer mudar o serviço, talvez uma pessoa da equipe quer mudar o serviço, aí a gente fala: “Então vamos tentar.”. Aí a gente vai e olha que na prática não, não é bem aquilo que ela tava pensando. Então reunião de equipe é muito bom, porque a gente senta, conversa, vê o quê que deu certo, vê o que, vê o que não deu, entendeu? Vê o que pode melhorar, pensar junto, entendeu? (E4)

Às vezes a gente tá... indo com um serviço que não dá certo, que, quantas vezes a gente chegou ali na quinta-feira e falou assim: “Gente, desse jeito aqui que eu pensei que tava dando certo não deu! Alguém tem um, uma sugestão?”. E a gente segue aquela sugestão e realmente vê que deu, que dá certo, entendeu? Do jeito que a outra tava pensando. Então reunião de equipe não pode faltar. Tem que ter toda semana mesmo. (E4)

Porque talvez a... igual a médica entrou há um mês, ela viu que ela... que do jeito que nossa rotina está, algumas coisinhas ela tá querendo mudar, então ela já teve autonomia de chegar e falar (risos), e falar: “Oh, eu quero mudar isso e isso.” E a gente já tá tendo autonomia de chegar pra ela e falar (risos): “Não, vamos deixar quieto, desse jeito que tá!”, entendeu? (E4)

Porque foi assim, foi uma luta muito constante dos enfermeiros. Aí nós demoramos mais ou menos uns cinco anos pra conseguir essa liberação, aí nós conseguimos. Porque antes era um transtorno. A partir do momento que nós conseguimos, eu acho que tá desde dois mil e cinco, abrindo a unidade, fechando a unidade às três horas na quinta-feira. Então desde que fechou a unidade, o ganho que eu tive nas reuniões semanais foi assim muito bom. Porque eu faço a reunião semanal. Toda semana! É sagrado. Aí, é onde que eu vejo que o resultado é muito positivo, tanto pra questão do, do, da prática do dia a dia, quanto pra interação com os funcionários, que é um momento que a gente consegue ficar mais light, consegue identificar mais a pessoa que tá no ser humano, entendeu? E agora foi tirado. E eu não tenho autonomia pra mudar isso. Isso pra mim é altamente frustrante, isso. (E5)

Recentemente, a nossa coordenadora que é a, não é coordenadora, ela é referência da atenção básica, nos enviou um ofício proibindo o fechamento da unidade, e conseqüentemente, né, as reuniões [...] Diante disso nós é... nos reunimos, semana passada, e fizemos um ofício à nossa referência técnica e à nossa secretária de saúde, solicitando o fechamento da unidade e a continuidade das reuniões, por entender que essas reuniões ela é de extrema importância. (E9)

Eu tinha estilo autoritário, depois eu fui mudando. Antes você tinha? Eu tinha, totalmente. (risos). Aí, antes eu não deixava nada. Então eu percebia que assim, a reunião era muito complicada. Porque o meu estilo era de autoritarismo, e as pessoas escutavam, algumas tentavam falar e eu não dava abertura. Mas aí eu comecei a perceber que precisava mudar. Aí eu comecei a mudar. Então o que eu fazia? Eu deixava eles tomando café, às vezes comprava alguma coisa diferente pra comer, né? Então era um momento de descontração. Aí em torno de três e meia eu começava a chamar para a reunião, daí a gente sentava. Aí eu já tenho uma pauta pronta, porque os assuntos que vão acontecendo durante a semana, porque aquele que precisa resolver de imediato eu já resolvo, mas tem coisa que mesmo que eu resolva de imediato, eu vejo que eu tenho que falar em reunião. Pra eu estar conscientizando os funcionários. A partir daí, eu anoto no meu caderno, na pauta de reunião, e a gente vai e discute. E aí, o que é mais importante: o meu médico participa! (E5)

Praticamente todas as minhas decisões, eu não tomo mais sozinha. Eu sempre opinião primeiro. Aí eu vou lá nas auxiliares de saúde, de enfermagem, eu não falo o que eu decidi, mas eu pergunto o quê que eles acham. (E5)

A partir do momento que eu passei a ouvir as agentes comunitárias, passei a ouvir as meninas, eu percebo que a minha decisão às vezes ela tá imatura, quando eu chego nas meninas, até porque elas são enfermeiras também, né, então elas têm um amadurecimento, uma visão diferente de só de auxiliar de enfermagem. Então é aonde que eu percebo que as decisões são melhores. Quando eu vou decidir, já, porque assim eu pergunto pra elas e vou lá: “Ó, a [nome] e a [nome] falou isso, isso, isso, isso, isso, isso e isso.”. Daí as meninas: “Não, poderia fazer assim, poderia fazer assado.”. E aí é onde eu que eu tomo decisão. Então é compartilhado. (E5)

Durante o período de coleta de dados, registramos em nosso diário, o seguinte fato:

Estava agendada entrevista com um dos sujeitos, quando o enfermeiro da observação disse-me que devido ao intromissão da gestão, os colegas se reorganizaram para alterar o horário da reunião semanal, pois o gestor municipal havia manifestado sua intenção em participar da mesma, desconfiando da reunião como um espaço de “complô”. A reunião desse modo manteve na mesma data, mas foi adiantada para que os enfermeiros pudessem discutir sobre suas reivindicações e estratégias sem a presença do gestor neste momento. Devido a alteração tivemos que entrar em contato com o sujeito da entrevista para remarcarmos a mesma, entretanto, este me disse para mantermos a entrevista, pois a partir daquele momento havia decidido não mais participar das reuniões semanais dos enfermeiros, pois a mesma na sua percepção, estava se tornando um momento de “desabafos e queixas”. (OBSERVAÇÃO 1).

Esse fato denota exercício de autonomia por parte do coletivo e também por parte do enfermeiro que não entende como produtor de mudanças, o espaço de reunião que os enfermeiros tinham na rede.

Afirmamos o ter no passado, pois durante a observação 1, nos foi mostrado ofício enviado pela gestão municipal, determinando que a partir do próximo mês, as reuniões dos enfermeiros seriam mensais, e as unidades de saúde não poderiam mais ser fechadas para reunião semanal de equipe.

O autoritarismo por parte do enfermeiro é percebido como algo que dificulta o compartilhamento de autonomia, e neste sentido há a mudança nas relações com os trabalhadores. Há construção de possibilidades.

Por exemplo, em relação a funcionário, né? Antes eu chegava, eu fazia imposição no trabalho. Eu forçava prazos pra terminar, eu falava da maneira que tinha que fazer. É... principalmente de uma maneira vamos colocar um exemplo assim, impressos. Hoje eu já passo o material pra elas e pergunto: “Como vocês vão fazer?”. E aí elas me falam, me falam o que vão fazer. Então eu mudei, antes eu determinava o que ia ser feito, hoje elas que determinam. E aí eu procuro às vezes, eu percebo que uma agente comunitária tá assim numa situação: “Ah eu vou fazer assim, assim e assim.”, eu percebo que não está muito condizente com a situação da experiência que a gente tem profissional. Mas aí eu começo a observar que dos aspectos que ela deixaria a desejar dentro do profissionalismo, mas que eu posso reverter isso de uma forma sadia. Então às vezes eu deixo passar pela situação, que não está fazendo nenhum mal nem pro serviço, nem pro paciente, mas que eu vou reverter no dia de amanhã de uma outra forma. Aí no outro dia, no outro dia ou mais tarde, eu consigo mudar a forma de conduzir, entendeu? E antes eu não conseguia isso, eu não tinha essa sabedoria. (E5)

Na relação com usuários e trabalhadores, a autonomia é considerada como ferramenta que valoriza, reconhece o outro, com reflexos diretos no trabalho em saúde, ao olhar para o outro na sua integralidade e dotado de singularidades.

Ah, se o outro tem autonomia, ele vai trabalhar com segurança, né? Ele trabalha com segurança, ele se sente valorizado. Porque é assim que a gente se sente quando a gente consegue é, tomar uma decisão, fazer determinada ação, você se sente valorizado, você se sente reconhecido e você consegue trabalhar muito melhor. Então quando eu percebo que o outro consegue fazer, é... o grau de satisfação do funcionário, principalmente, é... tá no olhar. Você percebe a expressão facial do funcionário. Ele muda, ele melhora, né? E pro paciente não é diferente, porque antes eu cuidava do paciente como um todo, mas eu, eu é, determinava o foco no paciente. O quê que eu queria ver naquele paciente. A partir do momento que eu comecei a observar que ele queria uma dipirona e não queria uma consulta médica, mas que eu não dei a dipirona, mas eu consegui conversar e consegui entender. Porque eu já, eu já conhecia a família, eu já conhecia a estrutura familiar da casa, mas eu não me dava conta que eu tinha que somar, né? Que eu

conhecer você aqui no serviço é uma situação, quando eu vou lá na sua residência e conheço a sua estrutura familiar e seus familiares, é outra situação. Eu não somava os dois. Então quando eu chegava na sua casa, eu conseguia fazer muito bem, aquela, a questão da empatia, da interação, sabe? Eu conseguia. Quando eu chegava aqui no posto, por causa do estilo autoritário, eu mudava completamente minha conduta. E eu vivia em intenso conflito. Aí eu comecei a perceber que eu falei: “Gente, eu não, o que eu vejo lá, eu não to somando com aqui.”. Aí eu comecei ver a pessoa de uma forma diferente, tratada da forma diferente. E eu consegui muito com isso. Muito, muito, muito, muito, muito. Foi muito bom. (E5)

Então... nós até fizemos um pouco diferente na última reunião, né. A gente pediu pros próprios... porque no ano passado por exemplo, a própria, a gestão ela dava lanche nas reuniões. Que que era o lanche? Rosca, biscoito, refrigerante, esse tipo de coisa, então às vezes a gente falava, falava, falava: não coma, não coma, não coma; e depois oferecia o lanche. E assim, né, achavam maravilhoso, principalmente os diabéticos, né, comendo uma rosquinha bem açucarada. Mas... aí a gente pediu que cada um levasse uma fruta, pra gente fazer uma salada de fruta, ou seja, ah, fulano leva a sua fruta de... a sua maçã picadinha, ciclano leva o seu mamão, principalmente aqui que é zona rural, todo mundo tem o pezinho de mamão no fundo do quintal. Então foi bom por isso, porque cada um tinha, se sentiu naquela responsabilidade de levar o seu, né pra fazer algo em comum, e foi diferente pra questão do lanche, porque pela primeira vez acho que teve aquela interação do que a gente fala do que deve ser feito, né. Fizemos o alongamento, então foi muito bom por isso, né. A gente às vezes, como diz, colocou um pouquinho na prática, tudo que a gente sempre falou. (E1)

Compreender que o outro tem sua singularidade, abre uma possibilidade na compreensão desse outro, nas decisões que ele toma, e contribui para refletir sobre a produção da autonomia desse sujeito.

Na autonomia do outro? Pensar diferente né? (risos). Nenhum pensa igual o outro. Eu acho... porque às vezes ela acha que é melhor assim, pra mim não é! Pra mim. Entendeu? (E4)

O trabalhador constrói possibilidades na produção de autonomia ao perceber quão é importante e válida a tomada de decisões de outrem.

É, também quando eu vejo algumas situações em que a auxiliar chega pra mim e diz: “[nome], chegou um paciente com essa e essa

queixa, e faltou um outro paciente na, na agenda, e eu já encaixei ela.”, eu gosto demais disso, porque eu percebo que ela foi, teve autonomia, teve um poder de decisão e resolveu o problema do usuário. Quando às vezes um agente chega pra mim, e, e faz alguma queixa, que eu fico pensando assim: “Gente, o agente trouxe essa queixa pra mim, mas por quê que ele já não pensou algo pra poder resolver o problema da, desse indivíduo?”, é... eu percebo que, como há uma formação para o técnico e auxiliar de enfermagem específica sobre essa questão do cuidado, e não há para o agente comunitário de saúde, eu percebo que por muitas vezes, o auxiliar ou o técnico, aí depende do profissional, é lógico, né, tem uma autonomia nesse sentido. [...] Eu acho que autonomia se faz também com capacitação, uma vez que esse indivíduo, ele é capacitado, ele é capaz de ser autônomo nas suas ações. Uma vez que ele não é capacitado, ele fica mais interdependente de outros profissionais. (E11)

Foi apontada a necessidade de formação e informação como ferramentas para uso da autonomia no trabalho.

Eu preciso formar esse indivíduo, de forma mais clara, orientar ele pra ele tá em ações autônomas, explicar pra ele o quê que é autonomia, tomada de decisões, como ele pode fazer isso sem ferir o outro, como ele pode fazer isso discutindo os processos, e explicando e orientando, e informar, qual é a minha capacidade do serviço, né? (E11)

A própria organização da gestão, vista como não adequada é um propulsor na produção de autonomia, ao “deixar” o trabalhador sozinho, ele que “resolve”.

Ao mesmo tempo... olha pra você ver que engraçado... tem até uma palavra correta que eu não estou lembrando agora. Como eu não tenho essa estrutura na gestão lá da secretaria de saúde, toda correta, toda certinha que a gente vê em outros municípios, eu não tenho, é... a autonomia que eu preciso. Mas ao mesmo tempo pra alguns aspectos por ela ser dessa forma eu tenho! Por quê? Porque eu não sou assistida diretamente, eu não tenho uma supervisão direta. Então na verdade às vezes o que eu sinto? Eu sinto, vamos dizer assim, carência né? (risos). [...] Aí o quê que acontece: eu não consigo tomar decisão, é... baseado numa determinação dela, numa orientação dela. Então muitas vezes eu me vejo numa situação que eu sou obrigada a decidir, eu sou obrigada a ter autonomia, mesmo sem ter essa, esse, vamos dizer, esse apoio que eu preciso. (E5)

Quando interrogado sobre possibilidade de fortalecimento da autonomia do outro no trabalho em saúde, o sujeito refere ao diálogo como caminho possível para esta construção.

Ah, pra mim, eu acho que poderia ser uma, um diálogo mesmo, né, da, da equipe, ou... durante os grupos, né, com o usuário, né, e mostrar pra eles que eles, o direito que eles têm também. (E12)

A reflexão sobre o processo de trabalho ao responder as questões da pesquisa é percebida como possibilidade de mudanças.

Você gostaria de dizer mais alguma coisa que não tenha sido perguntado? Que não tenha sido dito? Não... só dizer que esse tipo de pesquisa realmente favorece a enfermagem, porque é um momento né da gente refletir sobre as nossas atitudes, sobre o nosso trabalho, sobre a questão das nossas atribuições que às vezes fica tão bonita no papel, mas que no dia-a-dia, tem aqueles entraves, que a gente fica meio impotente... E, é o momento de repensar mesmo nas nossas ações, se a gente realmente pode fazer mais... com certeza acho que sempre pode né? (E1)

Aí a gente para pra pensar: “É mesmo né? Até que ponto eu tenho autonomia? O quê é autonomia pra mim aqui? Eu to vindo aqui só pra fazer meu serviço ou existe uma autonomia né, pra eu resolver os problemas? (E3)

A pesquisa também é percebida como possibilidade de encontrar o que já se sabe, o que se tem certeza, neste caso, de que os enfermeiros não têm autonomia:

Então aí eu quero ver com vocês...

Pra gente ver que a gente não tem autonomia! Só para saber isso! (risos). (E2)

Muitos outros dados poderiam integrar esses resultados, optamos alguns que podem ilustrar e guiar as discussões apresentadas a seguir.

6. DISCUSSÕES

O nosso campo de pesquisa, não se encerra nele próprio. O que observamos, acontece nas unidades de saúde estudadas, se multiplica pelo país, quiçá pelo mundo, pois os encontros incontáveis estão acontecendo neste momento, com possibilidades e limites na construção de autonomia, com aprisionamentos e libertações do fazer em saúde, com práticas tradicionais e criativas, todas acontecendo agora, simultaneamente em distintos campos, independentes de serem campos de pesquisa ou não, por inúmeros sujeitos.

O trabalho em saúde como prática social é processual, e também conforma a construção dos sujeitos, desse modo, iniciamos as discussões a respeito deles, dos sujeitos que estão inseridos neste processo de saúde, ou seja, trabalhadores, gestores e usuários olhando para nosso objeto de estudo no plural: as autonomias.

Optamos por fazer uma discussão geral sem se ater a cada categoria específica presente nos resultados, pois consideramos que as concepções, os limites e possibilidades são interdependentes.

Iniciaremos pela discussão da caracterização dos sujeitos, entendendo-a também como aspecto interligado com as categorias e subcategorias.

Assim como no nosso trabalho, Gomes e Oliveira (2010) em pesquisa realizada na atenção básica, em um município do Rio de Janeiro, tiveram como sujeitos enfermeiros em sua maioria do sexo feminino, com tempo de formado entre três e seis anos.

Sabemos que o trabalho da enfermagem é historicamente realizado por mulheres (HEIDEMANN, GOMES e SANCHES, 2008); em relação ao vínculo empregatício, percebemos uma possível mudança com relação a rotatividade. Os dados do estudo possibilitam afirmar que a partir da despreciação do

trabalho em saúde, da realização de concursos públicos ou processos seletivos mais transparentes, há maior permanência dos enfermeiros nas unidades (MACHADO, 2005). Isto é fator importante na construção de vínculos dos trabalhadores com a equipe, com os usuários, além de possibilitar maior conhecimento da rede de atenção, o que pode resultar em exercícios de autonomia.

Gomes e Oliveira (2010) trouxeram em seus dados que a maioria dos sujeitos da sua pesquisa não tinha realizado curso de pós-graduação, em contraposição com nosso estudo, onde quase todos os sujeitos realizaram pelo menos um curso de especialização.

Isso pode indicar modificações no preparo dos trabalhadores com maior acesso a cursos de pós-graduação atualmente. Certamente podemos nos questionar se esses cursos vêm sendo espaços para práticas que promovam autonomia dos estudantes ou baseiam-se em estratégias pedagógicas tradicionais em que o estudante é ouvinte e o docente o transmissor de conteúdos.

Em relação ainda ao preparo dos trabalhadores na perspectiva da saúde coletiva, Barrêto et al (2010) trazem a problemática, da falta de formação complementar e específica para desempenhar as ações no âmbito da saúde da família. Não foram mencionadas pelos sujeitos quaisquer experiências em educação permanente ou mesmo em educação continuada, ofertadas por parte da gestão que contribuíssem de alguma forma com o trabalho nas unidades de saúde.

Estaria sob a responsabilidade individual de cada trabalhador a busca de cursos e capacitações? Nossos dados não nos permitem explorar esse aspecto.

Experiências neste sentido são apresentadas como exitosas (GUEDES, ROZA e BARROS, 2012; Franco e Koifman, 2010) ao convidar os sujeitos a pensarem sobre o processo de trabalho, lidar com os conflitos que são fomentadores de discussões, e desse modo caminhar na construção das autonomias.

Como vimos, os sujeitos dessa investigação são mulheres, em sua maioria que vivenciam processos de autonomia possivelmente também vinculadas as condições femininas em nossa sociedade. Esse estudo não nos permite avançar nesse aspecto, mas talvez caiba como questão: será a autonomia vivenciada e concebida diferentemente por trabalhadores enfermeiros homens e mulheres?

Outro aspecto ao nosso ver relevante são as condições de trabalho e vínculo empregatício apresentados: a gestão local remunera de forma diferente os enfermeiros da atenção básica sendo que os da ESF ganham maiores salários (três vezes mais).

Assim pode ser que a constituição do coletivo de enfermeiros para pensar o trabalho e propor ações assistenciais mais voltadas a melhoria da atenção, seja atravessado pelas diferenças salariais que expressam valores diferentes desses trabalhos.

Com relação a PNH, que indica a necessidade da escuta dos trabalhadores e educação permanente na perspectiva da produção de autonomia e protagonismos dos envolvidos, parece-nos que o município estudado ainda possui muitos desafios nessa direção.

Passemos a discutir as concepções, possibilidades e limites.

O que é autonomia?

Bem, esta é uma pergunta instigante, que não tem resposta correta ou errada, mas interdependente. Autonomia é relacional, é processo, é difícil de definir porque é difícil de ser percebida pelos trabalhadores quando eles a vivenciam.

Então, de que autonomia estamos falando?

Esta talvez seja uma pergunta relevante para as discussões que tecemos neste trabalho.

Consideramos a autonomia como proposta pela política brasileira de humanização, apesar de que nem nesta política, há uma definição clara do conceito de autonomia, ou seja, é importante construir um conceito, uma

vez que segundo Guattari e Rolnik (1986) os conceitos são ferramentas e podem operar praticas. Não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade. Neste sentido, eles nos chegam como ferramentas.

“Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar” (PASSOS e BENEVIDES de BARROS, 2000, p. 77).

Queremos discutir autonomia como operadora do processo de trabalho, presente nas relações, de forma transversal, a partir do diálogo entre, com, nos espaços de produção de saúde.

Autonomia que não esteja somente explícita nos discursos como algo politicamente correto, mas inatingível. Propomos pensá-la como presente no cotidiano constituída nos encontros entre os sujeitos, materializada no trabalho em saúde para um dado fim.

Considerando o trabalho em saúde como um trabalho social, entendemos que existe um recorte de objeto de trabalho, a partir de concepções desse objeto e de uma dada leitura de necessidades que vai guiar esse processo. Ao mesmo tempo a finalidade desse trabalho nem sempre esta clara para seus operadores (GONÇALVES, 1992).

Os trabalhadores utilizam os instrumentos de trabalho de determinada maneira, e aqui vamos considerar autonomia como um desses instrumentos, como tecnologia leve. Neste sentido, a discussão sobre autonomia no processo de trabalho, deve levar em conta o contexto no qual os trabalhadores, no caso, enfermeiros, estão inseridos. Para discutirmos a autonomia como algo que está presente, nos serviços, devemos demarcar onde os sujeitos estão, seus interesses existentes neste contexto e a finalidade do trabalho em saúde para eles, já que isso determina a forma como tomam as relações com os outros envolvidos neste processo.

Autonomia é o modo de viver a vida, no trabalho, é o modo de escolher como será este processo, e sendo assim, estando relacionada ao “auto”. Não há uma autonomia, mas múltiplos exercícios de autonomia, de cada sujeito,

com cada diferença, e deste modo não nos atemos a um julgamento se ela é boa ou ruim, pois ela é relativa.

Não encontramos na literatura analisada, trabalhos que questionaram as concepções de autonomia na direção que pretendemos aqui trabalhar. Existem estudos; que se prenderam a autonomia profissional (GOMES e OLIVEIRA, 2010 ou autonomia pessoal VEIGA, 2011), e neste sentido as concepções de autonomia são mais voltadas para as profissões e para a relação com o usuário, sendo que para os sujeitos são mais fáceis de serem apreendidas.

Mas por que será que quando são questionados sobre definições ou concepções de autonomia, de forma mais ampla, os sujeitos adotam um ou outro polo, ou seja, referem a autonomia centrada em si próprio ou a autonomia relacional?

Qual a finalidade do trabalho em saúde para os sujeitos? Que tipo de tecnologia é a autonomia para estes sujeitos?

Como vimos, a concepção predominante é a de que a autonomia é algo que o sujeito exerce a partir de si próprio sem a interferência do outro. Podemos dizer que quase se confunde com exercício de poder.

Decidir por si no trabalho passa a ser um valor e uma possibilidade de reconhecimento e de satisfação.

A profissão de enfermagem é compreendida a partir da legislação e é a gestão municipal quem deve conceder mais autonomia.

Estudos clássicos vão assinalar a dificuldade de se pensar a enfermagem enquanto trabalho, prática social. Para Pereira et al (2009) a concepção de profissão, na valorização técnica e científica, é insuficiente quando pensamos na enfermagem enquanto trabalho, ou seja, como prática social que estabelece relações e contribui com a conformação de outros trabalhos, intervém e sofre intervenções. Há necessidade de compreender essa inserção se pensamos em um trabalho constituído em um contexto de atendimento às necessidades de saúde na perspectiva da integralidade.

Importante ressaltar que em nossa investigação, não foi questionado aos sujeitos sobre a autonomia profissional, ou seja, sobre a autonomia específica para realização do trabalho em enfermagem, já que essa não era uma perspectiva do nosso referencial de estudo.

Entretanto, mesmo sem abordar este aspecto, alguns sujeitos definiam autonomia no trabalho em saúde como sinônimo de autonomia profissional, ou seja, faziam relação com o fazer, bem focalizado na assistência, de forma sistematizada, amparado por conselhos de classe e protocolos institucionais.

Gomes e Oliveira (2010) trazem resultados de um trabalho cujo objeto foi a autonomia profissional, específica ao trabalhador enfermeiro, e os sujeitos relacionaram essa autonomia às práticas e aos saberes específicos da enfermagem ao resolver as necessidades dos usuários. Consideravam o binômio autonomia e responsabilidade de gerenciar a equipe de saúde, ao papel da enfermagem e à organização no qual está inserido, dentro de normas e protocolos anteriormente estabelecidos.

Se o sujeito vê a enfermagem como profissão e não como trabalho isso resulta numa dada forma de entender autonomia, e consequentemente faz diferença em como os sujeitos vão constituir e se constituir nas suas práticas.

Os entrevistados assinalavam a questão da ausência de autonomia da enfermagem como atributo a ser conseguido pela profissão.

Pode ser mais simples se pensar enfermagem como profissão, pois desse modo se os sujeitos têm um código bem definido, estruturado e reconhecido, ele terá autonomia. Indagamos: será que esse sujeito terá autonomia? Que autonomia seria essa? Parece-nos uma palavra esvaziada, um chavão.

Esta forma de conceber a autonomia por parte do enfermeiro reduz a possibilidade de construção de autonomia nas relações, ao focalizar ao exercício da profissão. Não desconsideramos este aspecto, mas entendemos que o mesmo é apenas uma das possibilidades dentro de um contexto maior

de construção coletiva, já que a atuação restrita aos programas, normas e rotinas, tem como consequência limitações.

Alguns enfermeiros, dentre eles, o da pesquisa de Gomes e Oliveira (2010) e alguns do nosso campo de investigação, explicitaram em suas fala que a limitação da autonomia reside no fato de não poderem solicitar exames de apoio diagnóstico ou de prescrever determinados medicamentos.

Eles entendem que esta limitação prejudica o andamento dos serviços, visto que aumenta a demora ao atendimento da necessidade do usuário, bem como coíbe a autonomia do trabalhador, que se sente de “mãos atadas”. Esta visão mais uma vez consolida o atendimento a saúde às práticas centrada na figura do atendimento médico, com oferta de exames e medicamentos, valorização dos procedimentos, dificultando a mudança do modelo biomédico para o modelo de construção de cidadania, ao inibir a criatividade dos trabalhadores, em pensar outras formas tão importantes para o cuidado.

Concordamos com a limitação da assistência quando práticas profissionais são parceladas, como no caso da coleta exame citopatológico para detecção de câncer de colo uterino pelo enfermeiro, em que a decisão terapêutica não lhe é assegurada, podendo cair num fazer técnico e pouco resolutivo.

A questão que se coloca ainda é de que ao entender autonomia como atributo de profissões, a historicidade das mesmas, a disputa por mercado de trabalho, o contexto social e a própria divisão técnica e social do trabalho se apagam.

Em vários momentos da coleta de dados, sentimos certa hesitação dos sujeitos em construir um conceito, em dizer o que pensava sobre autonomia, já que ao se posicionar teoricamente, de alguma forma o sujeito está relacionando com o seu trabalho em ato.

A maioria dos conceitos por eles citados nos parece relacionado ao modelo biomédico, uma vez que se pauta na identificação pontual de um problema, uma queixa e sua resolução, em geral técnica. Então se o

enfermeiro consegue resolver esse problema, ele considera-se com autonomia.

Esconde-se para ele próprio as inúmeras vezes que toma decisões exercendo seu autogoverno e que o faz a partir de um dado jeito de pensar o trabalho em saúde.

Na observação participante 2, vimos que no momento que o enfermeiro reconhece outras necessidades de saúde e realiza uma abordagem diferente com a usuária, ouvindo-a e estabelecendo uma relação para além dos aspectos biológicos, o mesmo exerce autonomia pois decide e faz essa ação independentemente das críticas da equipe mas não reconhece essa perspectiva como exercício de autonomia.

Também não avança nesse exercício de autonomia discutindo com a equipe abertamente seu ponto de vista e a relação desse fazer com um projeto de cuidar que se materialize em direção a atenção integral, mas deixou claro que continuará atuando dessa forma.

Campos (2007) trabalha com o conceito de ampliar o olhar da clínica, entendendo a importância de não só ampliar o objeto de trabalho, ou seja, não olhar apenas para a doença mas também para os problemas de saúde que conformam as doenças, e considera que a ampliação maior que conforma a clínica ampliada que se almeja, se dá apenas se considerar o sujeito, sem clínica do sujeito não há clínica ampliada. O autor afirma que ao reformar a clínica, deslocando-a da doença para o sujeito concreto, constrói-se uma perspectiva de cidadania, de protagonismo do sujeito e da construção de autonomia.

Outro aspecto bem destacado nos dados, tanto pelas falas, quanto pela observação, foi a ênfase no poder, no poder fazer, no poder sobre o outro e no poder que o outro exerce.

As relações de poder estão presentes no trabalho em saúde. E deste modo a autonomia está relacionada a ele. Quando os sujeitos alegam ter “autonomia total” sobre um determinado grupo de trabalhadores, isto nos remete as questões de dependência, e se o sujeito sente autônomo

hierarquicamente acima do outro, este outro passa a viver a heteronomia nesta relação. Quando os sujeitos relataram: “Você vai ver com sua pesquisa o quê? Ah, que nós não temos autonomia!”, este é um olhar de quem se coloca como heterônomo.

Para fomentar nossa discussão entre autonomia e heteronomia vamos utilizar contribuições de Lourau (1993) que ao tratar da análise institucional e do desafio da construção da autogestão vai dizer:

Nós funcionamos, todos, em todos os lugares, sob a heterogestão; ou seja, "geridos" por "outrem". E a vivemos, geralmente, como coisa **natural**. A ciência política e todas as novas ciências da racionalidade econômica seguem por essa via. Pretendendo-se científicas, aceitam a instituído como natural, como se os homens tivessem uma natureza de escravos, como se sonhassem estar sempre submetidos a outros homens, e como se estes outros homens fossem super-homens... como se houvesse uma raça de homens superiores que **naturalmente** detém a propriedade privada da gestão "do mundo". As ciências são extremamente racistas. Consideram existentes duas raças de seres humanos: os dominantes e os dominados. A isso, se acrescenta o racismo sexual: as mulheres como dominados. Esta afirmação talvez surpreenda; no entanto, é a verdade nua e crua. Nós aceitamos, eu e vocês, essas coisas racistas e inaceitáveis. Aceitamos todas as racionalizações da heterogestão e, em geral, a pensamos insuperável. Talvez porque não tenhamos, ainda, conseguido efetivamente inventar a autogestão. A autogestão que existe, a que tem podido existir, acontece dentro de uma contradição total, já que a vida cotidiana, a minha e também a de vocês, se passa no terreno da heterogestão. [...] Cotidianamente, preferimos não nos colocar muitos problemas e, "permitindo" que se dê a heterogestão, "confiamos" a "autogestão" a outras pessoas. Isto alguns - Marx, por exemplo - chamam "alienação". Amamos nossa "alienação". Sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações; ou melhor, a análise dos "lugares" que ocupamos, ativamente, neste mundo. Ou, por exemplo, em nosso local de trabalho. Um coletivo de trabalho urge que "ocultemos" de nós mesmos, digamos, 80% de seu funcionamento real (ou "relacional"). Inclusive, necessita desse "ocultamento" para funcionar. É a verdade, a realidade. Não é mau, apenas, contraditório. (LOURAU, 1993, p. 14-15, grifo do org.).

O autor fala da autogestão dentro da contradição, já que o que vivenciamos é a heterogestão. Podemos articular a fala de Lourau, para

pensarmos a autonomia como contraditória também, pois a autonomia necessariamente envolve assumir um dado desconforto e as escolhas que fazemos inclusive pela heteronomia, pelo outro decidir por nós.

Assim como a autogestão, a autonomia está distante na prática para os sujeitos, quando se espera sempre do outro, da gestão, quando há queixa em não estar inserido, e ao mesmo tempo não se cria compromisso em construir com os outros sujeitos. Parece ser mais fácil agir deste modo, se vitimizar em relação ao outro, e esquecer que com a heteronomia se produzem outros assujeitamentos.

Retomando com as palavras de Lourau, isso foi de alguma forma naturalizado. Nos discursos, nas ações. É normal achar que o outro tem que nos levar em consideração, mas nós mesmos não levamos em consideração as pessoas que estão conosco.

Nos resultados vimos que os enfermeiros reclamam da gestão que não os inclui nas decisões e planejamento e ao mesmo tempo raramente eles consideram importante construir as decisões do trabalho com a equipe local. Nem sempre referem que desejam ter em sua equipe, principalmente os trabalhadores de nível médio e os usuários em movimentos de decidirem juntos.

Consideramos a articulação entre a gestão e a autonomia para tanto utilizaremos o conceito de cogestão, que se refere à gestão compartilhada, participativa.

A cogestão é definida por Campos (2000) em transformar as formas de gestão das instituições, ao produzir nas organizações sociais, liberdade e autonomia em substituição do controle e dominação. O autor discorre sobre a ampliação e democratização do poder da sociedade e das equipes de trabalho, sem, contudo privatizar o sentido público das políticas, defendendo espaços de cogestão do Estado, da Saúde, dos serviços e do trabalho em equipe (CAMPOS, 2007).

Guizardi e Cavalcanti (2010) entendem que o conceito construído por Campos (2000) é uma resposta à produção de alienação no trabalho, de

desapropriação e restrição de decisões, “trata-se de incorporar o desejo dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, sem que isto signifique desconsiderar o diálogo com as necessidades sociais.” (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010, p. 1248).

Barrêto et al (2010) apresentam que enfermeiros destacaram autonomia e qualificação como fatores importantes em relação à gestão. Entretanto, não definiram e se posicionaram em relação a qual autonomia eles tratavam. Parece ser uma autonomia como algo centrado em si, uma vez que os sujeitos mencionam a necessidade própria de desempenho de funções e vontade para alcançar mudanças, mas não incorpora em seus discursos a participação da comunidade, dos usuários.

Guedes, Roza e Barros (2012) apresentam uma experiência no qual os preceitos da PNH, ressaltando a autonomia, podem ser vislumbrados além de uma política pública puramente governamental, uma vez que a partir da experiência em unidades básicas de saúde, por meio de rodas de conversa entre gestores e trabalhadores, foi possibilitado o compartilhamento de experiências exitosas no SUS. A partir de práticas concretas com apoio institucional, foi possível construir espaços de cogestão nos processos de saúde.

Os fóruns foram alicerçados na defesa do fortalecimento de práticas dialógicas, transversais e não hierarquizadas, descentralizadas e não burocráticas, buscando privilegiar práticas e movimentos inventivos por parte dos trabalhadores e gestores, a partir de questões postas pelo próprio processo de trabalho (GUEDES, ROZA e BARROS, 2012).

Neste sentido, a partir da própria fala dos sujeitos entrevistados, na qual há reconhecimento da necessidade de espaços coletivos, pode haver possibilidades da construção de outras rodas de conversa, além de reuniões de equipes e encontros entre enfermeiros.

Pensamos a construção de espaços para diálogo entre equipe e gestores, não a fim de reunir, juntar, agrupar, para cobrança, para ordenar, mas para estarem com, ouvirem e serem ouvidos, de forma mais horizontal,

percebendo as possibilidades que já estão em ato em algumas equipes e que podem ser construídas em outras, e quiçá convidar também usuários para estes diálogos.

Trata-se de compor um grupo orientado por relações horizontais, com fomento ao processo de decidir, através de implementação de projetos que desfazem a lógica de separar quem decide e quem executa, aproximando os sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2000).

Desse modo há necessidade de se produzir autonomias relacionais horizontalizadas, de produção nos encontros, sejam eles entre trabalhadores, gestores e/ou usuários, considerando todos os atores como corresponsáveis pelo trabalho em saúde. Além disso, a incorporação da participação popular neste processo é indispensável na consolidação da garantia de saúde como direito (BARRÊTO et al, 2010).

Entretanto, o que percebemos são relações verticalizadas entre os trabalhadores de saúde e os usuários. Há uma reprodução do que os trabalhadores vivenciam com os gestores, só que na relação com os usuários, os papéis se invertem e os trabalhadores passam a pensar que decidem pelo outro.

O próprio exemplo trazido com relação ao cuidado com a ferida de um usuário, em que o mesmo testa outros produtos que não os recomendados, indica que esse também exercita sua autonomia pautado em seus valores e na busca do que compreende como resolutivo.

O trabalhador identifica esse processo como desobediência e como uso “maléfico” da autonomia, reconhecendo a existência da autonomia, mas buscando cerceá-la, negando-a de um certo modo.

Entendemos que essa relação inicia-se com a necessidade apresentada pelo usuário, ao compreender o trabalhador como alguém que realmente pode ofertar algo, e constroem e aceitam em um primeiro momento uma relação mais “tutelada” pelo trabalhador (MERHY, 1998).

No trabalho em saúde, esse momento inicial pode se prolongar, e desse modo criar relação de dependência que pode ser entendida como ato de cuidar.

“A característica do cuidar, como gesto e atitude solidária, inclina-se para proteger e assegurar vida, direitos e cidadania. Porém, a relação fraterna aí impulsionada também é opressora e subjugante, utilizando-se de artifícios calcados na solidariedade para manter-se em oposição de domínio.” (PIRES, 2005, p. 1026)

Discutiremos a questão da tutela mais adiante como possibilidade de emancipação dos sujeitos.

Como vimos nos resultados, outro aspecto que parece sustentar a concepção de autonomia é o entendimento do cuidado como um “fazer pelo e para o outro”. Este aspecto é reforçado pela ideia de que o trabalhador de saúde é sujeito que ajuda o outro, detém o conhecimento sobre o corpo e a doença e assim poderia promover a saúde através do seu saber (PIRES, 2005).

Concordamos com a autora sobre a vértice da produção de domínio e opressão quando se pensa o trabalho em saúde como aquele que ajuda o outro, que de uma certa forma faz algo pelo outro.

Apesar disso, as falas ainda vão à direção de que o usuário tem vez e voz. Entretanto, os trabalhadores referem a verbalização de queixas do serviço por parte dos usuários. E em muitos momentos há um incômodo por parte dos trabalhadores em relação as reclamações, que são consideradas afrontas ou ataques.

Entendemos que este “reclamar” pode tomar dois rumos diferentes, pode ser paralisante, se os sujeitos expressarem suas dificuldades e resultar em estagnação, ou pode ser agente de mudanças, quando há mobilização social e busca por atendimento aos direitos. Pode criar distanciamento na relação usuário-trabalhador, ou por outro lado, possibilitar uma

aproximação, a construção de vínculo, um ouvir mais atento por parte do trabalhador, do que de fato é problema para o usuário.

Quando o trabalhador e o usuário constroem uma relação na base do diálogo, há maiores chances de acolher o que o outro não compreendeu, em entender as diferenças e construir juntos o melhor caminho para ambos.

Um exemplo disso foi relatado por Franco e Koifman (2010) em um município brasileiro. Os usuários de uma unidade de saúde da família, insatisfeitos com os serviços prestados, se reuniram e encaminharam documento à ouvidoria municipal solicitando que esta unidade fosse transformada em unidade básica de saúde, entendendo que desta maneira teriam mais atendimentos médicos e outras especialidades. Ou seja, os usuários tinham a compreensão que a saúde da família, na forma como estava sendo operacionalizada, era um entrave, um obstáculo para o acesso à saúde, percebido também por eles como simplesmente acesso às consultas médicas. Desse modo a partir de um conflito, os trabalhadores tinham dois caminhos, um paralisante, sem diálogo, mas optaram pelo outro, do conflito ser um fomentador de discussões a respeito do que estava acontecendo.

A partir daí foram organizados encontros entre os trabalhadores e os usuários para que de forma organizada e coletiva, as atividades da equipe de saúde da família fossem planejadas (FRANCO e KOIFMAN, 2010).

Neste sentido os sujeitos envolvidos nesse planejamento, passam a ser sujeitos dotados de autonomia nesse processo, saem do lugar passivo, de ouvir e atender, para um lugar de ação, de transformação, uma vez que suas percepções, desejos e saberes são incluídos nestes espaços.

A PNH vai indicar esses processos como importantes para provocar mudanças nas relações entre trabalhadores e trabalhadores, entre esses e gestores e entre trabalhadores e usuários.

Entendemos que dialogar, ouvir e ser ouvido transforma o que é percebido como reclamação em fomento do exercício de autonomia. De uma autonomia relacional horizontalizada, pautada no vínculo. Não estamos falando em acabar com os conflitos. Não se trata disso. Os conflitos ao

contrário, são motores indispensáveis para que os sujeitos se relacionem e pensem nas possibilidades existentes. Se não existissem conflitos, mais uma vez ficaríamos na zona imóvel de conforto. Sem movimento, sem passagem para o novo, para a criação.

Dessa forma, os ruídos existentes nas relações em saúde, são potentes ferramentas de transformações, ou seja, devemos atentar à eles para que a partir de um problema real, do cotidiano de trabalho em saúde, possamos fortalecer vínculos, estabelecer corresponsabilidade e contar com novos protagonistas nesse território permeado de tensões. (MALTA e MERHY, 2003).

Vimos nos resultados alguns ruídos estiveram presentes como por exemplo a conversa do gestor municipal com os auxiliares de saúde e de limpeza, a supervisão da equipe estadual do PMAQ, o atendimento do enfermeiro a usuária de saúde mental, no entanto, esses ruídos não foram explorados para a produção de mudanças nas práticas de saúde.

Consideramos que ao deixar de agir com heteronomia, os sujeitos são convidados a desenvolverem autonomias, mas como não existe autonomia plena, em concordância com Merhy (1998) entendemos que ela se dá na dobra com a tutela.

É através do ato de cuidar que há possibilidade de (re)significar a tutela, é neste encontro que o projeto de autonomia de um indivíduo passa a existir apenas como parte da autonomia coletiva e ser entendida como relacional (PIRES, 2005).

Entendemos a tutela como possível etapa para a produção de autonomia, tanto entre membros da equipe, quanto e principalmente dos trabalhadores em relação aos usuários.

Por exemplo, um enfermeiro pode agir durante algum tempo tutelando outro trabalhador recém-chegado na unidade, transmitindo conhecimentos que acha importante para a realização do trabalho, ensinando de forma bancária este trabalhador, ampará-lo a fim de verificar se foram apreendidos os ensinamentos, autorizando ou não ações, mostrando o que é melhor ou

pior para o outro, como se o outro fosse um ser que dependente (GUEDES, ROZA e BARROS, 2012), mas à partir do cotidiano de trabalho, da criação de vínculo e da compreensão do outro como sujeito, há possibilidade de constituírem juntos uma ação libertadora, emancipada e que considere as construções do próprio trabalhador (Merhy, 1998), bem como de seus desejos.

Desse modo, consideramos que a tutela é parte do trabalho em saúde mas a partir do reconhecimento do outro como capaz, ela vai dando lugar a construção de autonomia(s).

Isso demonstra o quanto a autonomia horizontalizada é processual, e é potência em todas as relações.

Estas relações passam por “estágios” até alcançar momentos de autonomia, que também nunca é plena, está sempre em processo e na dobra com a tutela, porque há sempre novas chegadas e saídas, criação de novos vínculos, aprisionamentos e libertações no trabalho: criação, produção e reprodução.

Considerando as questões de hierarquia, as relações com gestores municipais e médicos são pensadas como cerceio da autonomia, o trabalhador refaz o trabalho ao seu modo e exerce sua autonomia dentro de um dado perímetro.

Vimos nos resultados que os enfermeiros organizam o trabalho da forma como pensam ser correta, mesmo havendo diretrizes diferente da gestão, é o caso do agendamento e das vagas nas especialidades, da realização das reuniões, entre outros.

O delineamento desse perímetro para exercício da autonomia, certamente não é explícito por regras e normas ditas, mas é alargado e restrito num processo de tensão de forças que se produzem nas relações e cruzam o cotidiano do trabalho.

Em relação aos demais membros da equipe a autonomia é entendida pelos enfermeiros como capacidade de gerenciar o trabalho destes trabalhadores e gerir a unidade.

O enfermeiro é o coordenador, o supervisor da equipe, no município estudado se intitula o coordenador da unidade. Para Campos (2011) ele é o trabalhador que se ocupa de fazer com que as normas sejam cumpridas. Apesar de sinalizarmos nosso entendimento de que a autonomia é relacional, é processual, alguns sujeitos entendem “possuir” autonomia plena sobre outros sujeitos, a autonomia passa a ser percebida como sinônimo de gerenciar as ações do outro.

Neste sentido, quais seriam as circunvizinhanças desse limite da autonomia do enfermeiro?

Nas falas dos sujeitos vimos que há esse entendimento de algo que é gradual, alguns possuem mais que outros, ou ainda, como um objeto que pode ser dado e recebido. Entretanto as falas vão mais uma vez na direção da hierarquização, como se o gestor tivesse uma quantidade de autonomia maior que os trabalhadores, que também se diferenciam de acordo com a profissão, até a autonomia em menor grau do usuário.

Estamos concordando com Onoko Campos e Campos (2006) ao relativizarem o conceito de autonomia, entendendo-o como processual, com graus variáveis, relativos ao próprio sujeito e histórica e socialmente constituídos.

Estes valores, ou graus de autonomia são dependentes do acesso do indivíduo a informação, e não só a informação, como também a capacidade de utilizá-la em exercício crítico, reflexão e ação. Ou seja, não basta o indivíduo conhecer sobre si e sobre o mundo no qual está inserido, ele deve ser sujeito reflexivo e ativo, capaz de lidar e interferir no sistema estabelecido, agir sobre conflitos e com outros sujeitos para um dado fim (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Para os autores, a autonomia ocorre “sempre em coeficientes, sempre em alguma gradação” (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006, p. 671).

A autonomia por ser relacional, processual, não é nunca absoluta, ou seja, não é um valor em si mesmo, e desse modo não há como ser dada ou recebida. Reconhecemos a autonomia em potencia, em possibilidade, e deste

modo há como ser coproduzida nas relações (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Em relação as questões de hierarquia, Franco e Koifman (2010) vivenciaram uma mudança no processo de produção em saúde, onde o autoritarismo e arbitrariedade das decisões deu lugar, após uma luta tensa, para uma participação bem vinda, que proporcionou inovações como grupos comunitários e autonomia para todos os sujeitos envolvidos nesta nova lógica compartilhada.

Defendemos a asserção de Guedes, Roza e Barros (2012) sobre a produção de saúde transversal, em oposição ao corporativismo e hierarquias absolutas, onde a produção de saúde se reduz às condutas frente às queixas, e gestão e atenção estão em polos completamente opostos.

Com a experiência em fóruns de humanização, os autores indicam a superação do controlar e prescrever por parte de uma gestão verticalizada e tutelar, que ainda é bastante imperativa e presente em vários municípios, para uma prática de autonomia e protagonismo (GUEDES, ROZA e BARROS, 2012).

Outros aspectos apontados pelos sujeitos como limitadores na produção de autonomia, além das questões de conflito com a gestão, foi a sobrecarga no trabalho e a falta de recursos.

Há uma apreensão da autonomia como algo que requer tempo para ser exercida, então, se o trabalhador não tem tempo, devido sobrecarga, não tem autonomia.

Por outro lado, na observação, constatamos que em períodos com diversas atividades e sobrecarga de trabalho, havia maior compartilhamento nas ações com a equipe. Não estamos com isso dizendo que serviços sobrecarregados sejam apropriados, mas ha que se questionar que ausência de sobrecarga e maior disponibilidade de tempo, por si só não garantem a produção de praticas autônomas, podendo ate mesmo restringi-las na ausência de um projeto de trabalho que incluia a produção da autonomia como instrumento para produção de saúde.

Os enfermeiros não percebem autonomia como algo relacional, que o próprio dia a dia tumultuado e com tantas atividades passa a ser motor para que haja coprodução dela, nas relações, nos encontros.

Entretanto, percebemos nas observações 1 e 2 momentos de sobrecarga no trabalho do enfermeiro, nos quais houve exercícios de autonomia com outros sujeitos, apesar de não perceberem este movimento.

Em relação a falta de recursos humanos e materiais, alguns trabalhadores entendem que fazer um papel de outro trabalhador, de nível médio, é uma forma de apagamento da autonomia pessoal. Parece haver nas falas um processo de naturalização ao considerar como um profissional autônomo um ser capaz de exercer bem as suas funções desde que haja condições ideais de trabalho, como materiais suficientes.

Um outro aspecto presente que tanto pode ser potencializador da produção de autonomia como limitador são os processos formativos.

Considerando a formação, essa se faz para além daquela oficial e estruturada nas escolas e universidades. O trabalho também forma, nele aprendemos, nos formamos e conformamos como trabalhadores (CECCIN, 2005). Essa dimensão educadora (e deseducadora) do trabalho pode ser apropriada como ferramenta da gestão.

A formação no trabalho em saúde implica em ações permanentes, como defendidas pela Política de Educação Permanente (BRASIL, 2009), deve ser coletiva e problematizada a partir de práticas reais que ocorrem nos serviços de saúde. Devem ser construídas a partir de diálogos entre os sujeitos e a partir de modos efetivos de cuidar.

Os fóruns de discussão, as rodas de conversa, são exemplos de mecanismos disparadores nessa construção coletiva.

Guedes, Roza e Barros (2012) apontam uma experiência de um curso que iniciou com o mapeamento dos problemas nos serviços de saúde elencados pelos próprios trabalhadores. Esse considerou abordou como questões disparadoras assuntos como vínculo empregatício, estrutura física, problemas na rede de assistência, relações conflituosas intra e inter equipes,

com os usuários, falta de recursos e outras. O mapear permitiu que os trabalhadores saíssem do lugar de passividade e culpabilização dos gestores, para um lugar concreto, de inclusão dos conflitos e relações de poder, e vislumbrar coletivamente possibilidades reais.

Compreendemos que este movimento não é fácil de ser alcançado, e que o espaço para diálogo, pode ser significado também como um espaço de derramamento de desabafos, como exemplificado com a observação 1 em que os enfermeiros se organizavam para reinvidicar condições de serem escutados e um dos mesmos refere não querer mais participar pois as reuniões não estavam produtivas na sua visão.

Destacamos o paradoxo dessa situação, em que houve uma reação dos enfermeiros contra a ação do gestor, entendida como “quebra” da autonomia, pois o mesmo chamou auxiliares de saúde e limpeza para dizer que os remanejaria e solicitou que controlassem, “vigiassem” o cumprimento de horário dos enfermeiros. Diante desse fato os enfermeiros organizaram-se. Vemos aqui um paradoxo, pois houve desconforto e mobilização, ao mesmo tempo não houve o reconhecimento por parte dos enfermeiros da autonomia exercida por eles próprios, inclusive autonomia para alterar o horário da reunião, impedindo a participação do gestor.

Esse fato corrobora com nossa impressão de que ha exercícios de autonomias (no plural propositadamente), entretanto como a concepção predominante é de algo centrado em si mesmo, objeto dado, esses trabalhadores não a apreendem e esperam que a gestão, os conselhos e a legislação a assegure.

Por fim, gostaríamos de assinalar que em processos de trabalho que se fazem na lógica predominante, onde o objeto de trabalho é a doença ou agravo, comandados essencialmente pelas tecnologias duras e leve-duras, em que as necessidades de saúde são recortadas pelo enfoque biomédico, a autonomia certamente não terá outros sentidos que não esses encontrados majoritariamente nesse estudo.

Destacamos que sem projetos de trabalho que incluam a produção de sujeitos e sem a finalidade para além do imediato e aparente no cotidiano, resta-nos processos hierárquicos em que a autonomia é um ideal, externo e que está por vir.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Creio nos valores humanos
e sou a mulher terra.

Creio em Garça e na sua gente.
Creio na força do trabalho
como elos e trança do progresso.

Acredito numa energia imanente
que virá um dia ligar a família humana
numa corrente de fraternidade universal.

Creio na salvação dos abandonados
e na regeneração dos encarcerados,
pela exaltação e dignidade do trabalho.

Exalto o passado, o presente e o futuro de Garça,
no valor da sua gente,
no seu constante poder de construção.

Acredito nos jovens à procura de caminhos novos
abrindo espaços largos na vida.

Creio na superação das incertezas
deste fim de século.
Cora Coralina
1889 - 1985

Finalizamos essa dissertação afirmando a potência da vida e a possibilidade da produção de autonomia(s) no trabalho de enfermeiros e demais trabalhadores da atenção básica.

Destacamos a surpresa que tivemos quando os sujeitos dessa investigação assinalaram a importância da reflexão produzida pela presença e pelas indagações realizadas.

Consideramos atingidos os objetivos de identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de atenção básica, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde.

Existem várias formas de entender e conceber autonomia no trabalho em saúde, e as concepções guiam a forma como o trabalho é desenvolvido e conformam o modelo assistencial.

A autonomia, percebida pelos sujeitos como algo centrada neles mesmos está relacionada com o saber técnico, o poder decidir, nesta perspectiva a autonomia é colocada como um certo objeto, sendo quantificada, estratificada de acordo com posições na hierarquia do trabalho e podendo ser dada ou recebida.

A concepção relacional da autonomia esteve presente, mas de forma restrita, ou seja, por ela compreende-se a possibilidade do exercício da autonomia na perspectiva das relações entre os trabalhadores, usuários e gestores, mas hierarquizada, verticalizada, onde a presença da autonomia de um enfraquece ou cessa a autonomia do outro.

Esta autonomia relacional foi observada nas relações em saúde entre os sujeitos, entretanto os sujeitos não a percebem como tal.

Diante das múltiplas facetas da autonomia, consideramos a como plural: autonomias, também relacionais, processuais, podendo ser conformadas horizontalmente.

Vários limites para a construção da autonomia foram elencados pelos sujeitos, como a sobrecarga no trabalho, a falta de recursos e as relações conflituosas com a gestão.

Entretanto, entendemos os limites na dobra com as possibilidades, ou seja, o que é fator limitador pode ser percebido como motor potente de mudanças, assim como também as potencialidades se conformam a partir de fatores limitantes no processo de construção de autonomia.

Fizemos uma aproximação com o referencial teórico do processo de trabalho, mas pontuamos que não aprofundamos em analisar e discutir o que os sujeitos da pesquisa tomam por objeto de trabalho, as necessidades envolvidas, os instrumentos que eles utilizam e as finalidades do trabalho.

Olhamos para o sujeito da ação, o trabalhador que também é produzido nesse processo, e consideramos a autonomia no trabalho como tecnologia leve,

coproduzida nos encontros, nas relações e materializada no cotidiano de trabalho.

Entretanto, essa mesma tecnologia pode reconfigurar em tecnologia leve-dura, fruto de um trabalho vivo que foi capturado, cerceada pelas normas, regimentos, regras, e até mesmo valores.

Ouvimos trabalhadores que defendem o cuidado, mas ainda há muito da lógica de procedimentos nas ações, e entendemos que isto se dá devido aos atravessamentos que o trabalho em saúde comporta.

Será que a atenção básica pode ser um espaço mais aberto a (re)inventar novos processos de trabalho? Pode ser que sim, já que identificamos como possibilidades colocadas pelos sujeitos a constituição de coletivos, o entendimento das necessidades do usuário, e pelo vínculo que os sujeitos podem estabelecer neste nível de atendimento.

As reuniões de equipe e dos enfermeiros são momentos importantes na produção de coletivos, e destacamos que outros espaços além dos já existentes também são necessários serem construídos, como espaço para educação permanente e cogestão.

Como foi válido ver a tensão entre gestão e trabalhadores resultar em movimento, ação, envolvimento de vários sujeitos em prol de um objetivo comum, lutar por aquilo que já tinham conseguido, que eram as reuniões. Nestes acontecimentos vislumbramos que nem tudo está consolidado, que há necessidade de construção permanente de projetos de saúde, de movimentos em prol de uma consolidação e efetivação do direito à saúde de qualidade e da defesa da vida dos trabalhadores de saúde e dos usuários.

Devemos sair da zona do conforto de deixar o outro decidir por nós, fazer por nós, lutar por nós, devemos buscar novas formas de (re)viver o trabalho em saúde, a partir da busca pelo sentido do trabalho em saúde.

Superar a lógica dada pressupõe necessariamente em construir um projeto que não entenda como natural estar afastado, dominar ou ser dominado.

Assinalamos que o caminho pode ser trilhado, pois nem a lógica dominante, de um sentido que não leve em consideração o sujeito, é algo que é, apenas assim está nesse momento.

Acreditamos que construindo um trabalho com sentido de olhar com e para o outro, ouvi-lo, senti-lo na relação, enfim, (re)compreender para quê é o trabalho em saúde, possamos de fato, produzir ações mais humanizadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 581-594, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BARRÊTO, A. J. R. et al. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 300-308, 2010.

BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 41, n. esp., p. 793-798, 2007.

BARROS, M. E.; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho: o instrumento Programa de Formação em Saúde e Trabalho. **Cad. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-48, 2006.

BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16(Supl. 1), p. 1417-1426, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BERTI, H. W. et al. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 16, n. 2, p. 184-191. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2009.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>. Acesso em: 24 de outubro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a, 256 p. (Cadernos HumanizaSUS, v.2)

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b, 242 p. (Cadernos HumanizaSUS, v.1)

_____. Ministério da Saúde. GM. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília: 24 de outubro de 2011. Seção 1. p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000, 236 p.

_____. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007. 185p.

CAMPOS, L. V. O. **A estratégia de saúde da família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. 132 f.

CAMPOS, D. C. F.; GRAVETO, J. M. G. N. Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 17, n. 6, p. 1065-1070, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CORALINA, C. 1889-1985. **Vintém de cobre: meias confissões de Aninha**, 7ª Ed. São Paulo: Global, 2001. p.155 e 236

DATASUS. **CNES – Equipes de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeMG.def>. Acesso em: 18 de mar. 2012.

SCOREL, S. et al. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, EUA, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FONTANA, R. T. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p.200-207, 2010.

FORTUNA, C. M. et al. Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n.2, p. 411-420, 2011.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In **O trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface Comun. Saúde Educação**. Botucatu, v. 14, n. 34, p. 673-681, 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 79-108.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 387-392, 2005.

_____. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 63, n. 4, p. 608-615, 2010.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes. 1986. 327

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

HAESER, L. M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**. v. 22, n. 2. P. 605-620, 2012.

HEDEMANN, M.; GOMES, M. L. B.; SANCHES, M. C. O. O pensamento de Antônio Gramsci como referencial teórico na pesquisa em história da Enfermagem. **Rev. Elet. Enf.** Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1159-1164, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=310350>. Acesso em: 18 de mar. 2011.

KAWATA, L. S. **Os desempenhos da enfermeira na Saúde da Família** – a construção de competência no processo de trabalho. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. Tese (Doutorado).

KOHLRAUSCH, E. O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 70-85, 1999.

LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. **Acta Paul Enferm.** v. 22 (esp.), 2009, p. 916-920.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ 1993**: Análise institucional e práticas de Pesquisa. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 1993. 114 p.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.** Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 18(Supl), p. 163-171, 2002.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado).

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 45, n.4, p. 953-958. 2011

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

_____. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. **Saúde soc.** São Paulo, v.15, n.2, p.72-87, 2006.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

_____.Merhy E. A rede básica como uma construção de saúde pública e seus dilemas. In: Merhy E, Onocko-Campos R, editors. **Agir em saúde. Um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997b. p. 197-266.

MERHY, E. E. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. **Cadernos do Centro de Estudo Hospital Cândido Ferreira**. Campinas, 1998, 20 p.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOTTA, P. R. Participação na gerência: uma perspectiva comparada. **RAP**. v. 15, n. 4. p.: 4-33. 1981.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 669-688.

PASSOS, E.; BENEVIDES de BARROS, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PEREIRA, M. J. B. et al. A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.62, n. 5, p. 771-777, 2009.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PIMENTEL, A. F.; BARBOSA, R. M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 741-754, 2011.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP.** vol.45, n.spe. 2, p. 1710-1715. 2011.

_____. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 10, n. 4, p. 1025-1035.2005.

PIRES , M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v.62, n. 2, p. 294-299, 2009.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dezembro 2000.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A.; Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucatu*, v.13, supl.1, p.603-613, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VEIGA, J. Autonomia pessoal e cuidado de enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica. **Pensar Enfermagem**, v. 15, n.1 p.39-69, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ENFERMEIRO: OBSERVAÇÃO DO TRABALHO

Nome da Pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”.
Pesquisadores Responsáveis: Prof^a Dr^a Cinira Magali Fortuna – Orientadora e Franciele Maia Marciano – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe por duas semanas o trabalho realizado pelo(a) senhor(a) na unidade de saúde e/ou no atendimento domiciliar. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação não vai colocar o(a) senhor(a) em situação de risco, uma vez que será realizado somente observação do trabalho e assim, não se altera as condutas comumente adotadas neste serviço, no entanto havendo desconforto do senhor(a) ou do usuário, ou outro(s) envolvido(s) no trabalho, devido a presença de um observador, a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os enfermeiros da rede de saúde entendem e se relacionam com a autonomia do outro, e assim pensar em estratégias para melhorar as relações no trabalho em saúde da família do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Não haverá custos para o(a) senhor(a) participar, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu trabalho. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº ____/2012).

De acordo,

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura do pesquisador

Franciele Maia Marciano	Cinira Magali Fortuna
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (34) 8818-2302 Pesquisadora Responsável	Prof ^a Dr ^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (16) 3602-3476 Orientadora

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ENFERMEIRO: ENTREVISTA

Nome da Pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”.
Pesquisadores Responsáveis: Profª Drª Cinira Magali Fortuna – Orientadora e Franciele Maia Marciano – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo uma entrevista, que será em dia e local escolhidos pelo(a) senhor(a), de acordo com suas possibilidades. O tempo previsto será em torno de 40 minutos. Esta entrevista será gravada em aparelho digital e transcrita. Após a transcrição, as gravações serão destruídas e o material será analisado, sendo garantido que não será possível a identificação da pessoa que deu a entrevista. A entrevista não o(a) colocará em situação de risco para sua saúde, sendo garantido que será tratado(a) com respeito. Sua participação é voluntária, e você poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo a sua pessoa ou para o seu trabalho na unidade de saúde. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadores responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Não haverá custos para o(a) senhor(a) participar, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a realização da entrevista. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº ____/2012).

De acordo,

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura do pesquisador

Franciele Maia Marciano	Cinira Magali Fortuna
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP	Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Telefone para contato: (34) 8818-2302	Telefone para contato: (16) 3602-3476
Pesquisadora Responsável	Orientadora

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIO: OBSERVAÇÃO DO ATENDIMENTO

Nome da Pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”.
Pesquisadores Responsáveis: Profª Drª Cinira Magali Fortuna – Orientadora e Franciele Maia Marciano – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe o atendimento que o(a) senhor(a) irá receber na unidade de saúde ou na visita domiciliar. A observação durará o tempo que durar seu atendimento. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação não vai colocar o(a) senhor(a) em situação de risco, uma vez que será realizado somente observação de um atendimento já previsto e assim, não se alteram as condutas comumente adotadas neste serviço, no entanto havendo desconforto do senhor(a), devido a presença de um observador, a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. A pesquisa também não lhe trará nenhum prejuízo financeiro, ou seja, o senhor não pagará nada por aceitar participar e nem receberá. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e nem para o acompanhamento que o(a) senhor(a) faz na unidade de saúde. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os enfermeiros da rede de saúde entendem e se relacionam com a autonomia do outro, e assim pensar em estratégias para melhorar as relações no trabalho em saúde da família do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Não haverá custos para o(a) senhor(a) participar, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu atendimento. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº ____/2012).

De acordo,

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura do pesquisador

Franciele Maia Marciano	Cinira Magali Fortuna
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (34) 8818-2302 Pesquisadora Responsável	Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (16) 3602-3476 Orientadora

APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TRABALHADOR: OBSERVAÇÃO DO TRABALHO NA PRESENÇA DO ENFERMEIRO

Nome da Pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”.
Pesquisadores Responsáveis: Prof^a Dr^a Cinira Magali Fortuna – Orientadora e Franciele Maia Marciano – Aluna de mestrado do curso de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

Estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar no processo de trabalho do enfermeiro de saúde da família, a produção de autonomia dos sujeitos envolvidos nas relações de produção em saúde. Caso concorde, a sua participação será permitindo que o pesquisador observe o momento de encontro entre o(a) senhor(a) e o enfermeiro no trabalho em saúde na unidade, reunião de equipe e/ou atendimento domiciliar. O pesquisador vai registrar o que observou em um caderno que se chama diário de campo para depois ler e analisar. A observação não vai colocar o(a) senhor(a) em situação de risco, uma vez que será realizado somente observação pontual, enquanto o(a) senhor(a) estiver na presença do enfermeiro, e assim, não se altera as condutas comumente adotadas neste serviço. No entanto havendo desconforto do senhor(a) ou do usuário, ou outro(s) envolvido(s) no trabalho, devido a presença de um observador, a pesquisadora interromperá a observação e se retirará do local. Sua participação é voluntária, sendo garantido que não será possível a identificação das pessoas observadas. O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. O benefício do estudo é que seus resultados poderão fornecer elementos para entender como os enfermeiros da rede de saúde entendem e se relacionam com a autonomia do outro, e assim pensar em estratégias para melhorar as relações no trabalho em saúde da família do município. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos como congressos, em publicação em revistas científicas e para os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. O(a) senhor(a) poderá ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que desejar. Assim como qualquer dúvida que surgir poderá ser esclarecida diretamente com as pesquisadoras responsáveis. Para comunicar-se com as pesquisadoras o(a) senhor(a) poderá se dirigir a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, ou ainda pelo telefone (016) 3602-3391, e solicitar para falar com as pesquisadoras. Não haverá custos para o(a) senhor(a) participar, e também não haverá pagamento de qualquer natureza por ter permitido a observação de seu trabalho. Caso concorde em participar, uma cópia deste termo de consentimento será entregue ao(a) senhor(a). Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP (Protocolo nº ____/2012).

De acordo,

_____, ____ de _____ de 2012.

Nome/Assinatura do participante da pesquisa

Nome/Assinatura do pesquisador

Franciele Maia Marciano	Cinira Magali Fortuna
Aluna de pós-graduação do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (34) 8818-2302 Pesquisadora Responsável	Prof ^a Dr ^a do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP Telefone para contato: (16) 3602-3476 Orientadora

APÊNDICE E³

Roteiro para observação participante da pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”

- Data da observação:
- Horário de início:
- Área de atendimento:
- Profissional observado:
- Forma de identificação ao público:
- Horário de término:
- Espaço físico onde ocorreu o atendimento:

O pesquisador deverá acompanhar as atividades e ações de um enfermeiro da unidade de saúde da família por um período inicialmente previsto de duas semanas, descrevendo no diário de campo:

- Tipo de atividade/ação (visitas, supervisões, consultas, outros tipos de atendimento, grupos operativos, assistência, realização de procedimentos, reuniões, interação com outros sujeitos, tomada de decisões, intervenções; e outras), quanto ao objeto de trabalho, instrumentos, finalidade;
- Sujeitos envolvidos na atividade/ação observada;
- Tecnologias presentes na atividade/ação observada;
- Características dos diálogos observados (ouve seu interlocutor, clareza, coerência, coordenação de ideias, tonalidade da voz);
- Conteúdo dos diálogos observados;
- Há espaço para o outro expor sua fala, impressões, sentimento e escolhas;
- Proposta terapêutica: construída de forma conjunta ou imposta;
- Características do ambiente em que ocorre a ação;
- Atitudes, posturas, interações, conflitos e resolução destes, afetos, auxílios e posturas observadas na atividade/ação;
- Expressões faciais, olhar para seu interlocutor, expressão corporal;
- Expressão corporal (movimentos: suaves/coordenados, abruptos/bruscos; displicência; irritação; atenção);
- Executa outra atividade que não está relacionada com o atendimento que executa;
- Solicitações, interações e questões dirigidas ao pesquisador (observador);
- Observações pessoais do pesquisador acerca da atividade/ação observada.
- Alternativas de comunicação (demonstração; escrita)

Observar o usuário atendido quanto:

- A forma como o usuário se porta no local de atendimento;
- O usuário parece livre para se expressar e de forma ele o faz;
- O usuário demanda?
- Como ele se coloca frente ao trabalhador?
- O profissional responde as questões elencadas pelo usuário?

³ Este roteiro é uma adaptação do instrumento utilizado por MATUMOTO, S. em sua dissertação de mestrado, 1998.

APÊNDICE F⁴

Roteiro de entrevista da pesquisa: “Autonomia no trabalho do enfermeiro na Atenção Básica”

Data:

Local:

Horário de início:

Horário de término:

Dados de identificação:

- Nome:
- Data de nascimento:
- Idade:
- Sexo: M () F ()
- Estado civil:
- Instituição na qual concluiu graduação em enfermagem:
- Ano de formação:
- Pós-graduação (tipo/área):
- Instituição:
- Ano de conclusão:
- Função atual:
- Tempo de atuação na função atual:
- Tempo de atuação em Atenção Básica:
- Tempo de atuação nesta equipe:
- Carga horária:
- Horário de trabalho:
- Tipo de vínculo de trabalho:
- Outras atividades profissionais atuais:

Recebeu formação específica para exercer o atual posto de trabalho?

Descreva uma vivência de trabalho em que você identifica aspectos de promoção de autonomia. Justifique

Descreva uma vivência de trabalho que ilustra ausência da autonomia. Justifique

Quando orienta alguém (seja o usuário ou trabalhador da equipe) o que espera? O que observa que ocorre? Por que acha que isso ocorre?

Para o(a) senhor(a) o que a autonomia consegue oferecer ao usuário?

O que na organização do trabalho da equipe de saúde da família dificulta a realização de uma prática pautada na autonomia do outro? O que favorece?

O(a) senhor(a) tem alguma sugestão para o fortalecimento da autonomia do outro no processo de trabalho em saúde?

Com base em todo o exposto defina autonomia com suas palavras.

Gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?

⁴ Este roteiro é uma adaptação do instrumento utilizado por MATUMOTO, S. em sua dissertação de mestrado, 1998.

ANEXO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 087/2012

Ribeirão Preto, 17 de maio de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de maio de 2012.

Protocolo CAAE: 01067612.3.0000.5393

Projeto: A autonomia no trabalho do enfermeiro na atenção básica.

Pesquisadores: Cinira Magali Fortuna
Franciele Maia Marciano

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP