



PREFEITURA
RIO

Saúde



Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Giulyana Kelly Marinho de Andrade

**Nas brechas do cuidado: autonomia, autogestão e horizontes de
emancipação no Complexo do Alemão**

RIO DE JANEIRO

2026

Nas brechas do cuidado: autonomia, autogestão e horizontes de emancipação no Complexo do Alemão



Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Orientadora: Prof.^a Dra. Natália Helou Fazzioni

RIO DE JANEIRO

2026

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	
5OBJETIVOS.....	1
3	
JUSTIFICATIVA.....	14
REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
A produção do cuidado e os efeitos do saber-poder na saúde.....	16
A autonomia como produção relacional no cuidado em saúde.....	17
A medicalização da vida e seus efeitos sobre a autonomia relacional.....	19
Atributos derivados da Atenção Primária e Cuidado Transcultural: articulações necessárias.....	20
Territorialização em saúde: o território como condicionante e potência.....	21
METODOLOGIA.....	23
Cenário de pesquisa.....	24
Participantes da pesquisa.....	27
Coleta de dados.....	27
Preparação.....	28
Campo.....	29
Análise de dados.....	30
Elaboração do relatório.....	31
RESULTADOS.....	33
Perfil sociodemográfico dos participantes.....	33
Descrição das cenas.....	34
Entrevistas semiestruturadas.....	35
Produto técnico-tecnológico.....	37
Descrição técnica do produto.....	38
DISCUSSÃO.....	41
Os signos do "cuidado".....	41
Tomo remédio, logo, me cuido?.....	46
A geografia do cuidado	51
Memórias póstumas: autonomia como condição, emancipação como horizonte.....	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, por constituir os laços de afeto que me sustentaram até aqui e por manifestarem, sempre, uma crença inabalável de que eu sou capaz de trilhar qualquer caminho que eu me proponha a seguir.

Agradeço à minha orientadora, Prof.^a Dra. Natália Helou Fazzioni, por todo o direcionamento oferecido ao longo da construção deste trabalho, por sua generosidade em compartilhar conhecimentos e contribuir de forma sensível com esta pesquisa.

Agradeço aos meus pacientes – aqueles de quem cuidei, aqueles que cuidaram de mim e os participantes deste estudo – pela confiança em entregarem seus cuidados a esta jovem enfermeira. Agradeço por me receberem em suas casas, por compartilharem comigo suas histórias de vida e por me ensinarem, cotidianamente, sobre o cuidado. Há muito de cada um de vocês nesta enfermeira de Família e Comunidade.

Agradeço aos meus amigos e companheiros diários nesta formação – Ana Luiza, Patrick Souza, Isabela Estrela, Lainnys Marques, Joyce Fernandes e Isabella Buás. Não exagero ao dizer que me salvaram em muitos momentos de angústia e exaustão, ao mesmo tempo em que produziram encontros que fissuravam a bolha do mal-estar social e me lembravam da potência das redes de afeto e do prazer de estar viva.

Agradeço à minha grande amiga, antiga companheira de equipe e eterna inspiração, Shirley Brasil. Com maestria, produzia cuidado nas brechas e, mesmo quando nos víamos completamente atadas pelas estruturas de poder que atravessam o campo da saúde, conseguia se reinventar. Com muito afeto, compartilhou comigo esse modo de existir e cuidar. Obrigado por ter sido chão firme em momentos de turbulências.

Agradeço à Cláudia, Lucimaria E Valdileia, as primeiras Agentes comunitárias de Saúde com quem trabalhei, que, junto comigo, produziram cuidados potentes e vínculos transformadores.

Agradeço à minha companheira e colega de profissão, Kalyane França, por temperar com amor os dias exaustivos de trabalho e apimentar, com criticidade, nossos debates sobre a nossa profissão.

Agradeço à Lucas Lima e Marcelo Almeida por pavimentarem parte dos caminhos que tornaram possível minha chegada até aqui, por sonharem comigo a aprovação na residência e por oferecerem todo o suporte necessário para essa conquista. Essa titulação é de vocês também.

Por fim, agradeço a mim mesma, pela resiliência, pela insistência e pela luta constante por formas mais éticas, sensíveis e comprometidas de produzir cuidado.

LISTA DE SIGLAS

AP – Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DM – Diabetes Mellitus

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NOBs – Normas Operacionais Básicas

OSS – Organizações Sociais de Saúde

PREFC – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

PSF – Programa Saúde da Família

PTT – Projeto Técnico-Tecnológico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCR – Trabalho de Conclusão de Residência

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Divisão das áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro

Figura 2 – Caixa organizadora de medicamentos que inspirou a temática deste TCR

Figura 3 – Caixa organizadora de medicamentos identificada com imagens e símbolos

Figura 4 – Escada de acesso à residência de C.L.R.

Figura 5 – Registro da autora confeccionando a caixa organizadora após a visita domiciliar de C.L.R.

Figura 6 – Registro da autora entregando a caixa organizadora de medicamentos a C.L.R.

Tabela 1 – Principais Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS

Tabela 2 – Regiões Administrativas da Área de Planejamento 3.1

Tabela 3 – Unidades de saúde da Área de Planejamento 3.1

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos participantes

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido no Complexo do Alemão, conjunto de favelas localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, e emerge de uma inquietação construída no contexto da Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, a partir do acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo geral foi propor estratégias que promovam a autonomia e a autogestão do cuidado em saúde por parte dos usuários da APS no Complexo do Alemão, a partir da articulação entre o saber científico e os saberes comunitários. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, realizado na Clínica da Família Zilda Arns, com quatro participantes. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, observação participante e registros em diário de campo, possibilitando a compreensão das práticas, percepções e significados produzidos no cotidiano da APS. Os resultados evidenciam a centralidade do medicamento como signo hegemônico do cuidado, revelando processos de medicalização da vida e limites impostos aos modos de cuidar nos territórios periféricos. O território, frequentemente mobilizado nos discursos técnicos como determinante central do adoecimento, não emergiu como categoria explicativa relevante na experiência concreta dos participantes, deslocando a análise para as dinâmicas relacionais, afetivas e cotidianas que atravessam o cuidado. O estudo também apontou que, embora o cuidado esteja inscrito em estruturas de poder, existem brechas possíveis de atuação relacional no encontro entre profissionais, usuários e território, capazes de produzir deslocamentos nas práticas e promover autonomia, mantendo a emancipação como horizonte ético-político do cuidado. Nesse contexto, a caixa organizadora de medicamentos, inicialmente produzida a partir de uma visita domiciliar e da implicação ética com o usuário e seu cuidador, emerge como inspiração e, posteriormente, como produto técnico-tecnológico deste trabalho, operando como dispositivo de mediação do cuidado, fortalecimento de vínculos e ampliação da autonomia possível. Conclui-se que, embora a autonomia não assegure, por si só, processos emancipatórios, ela pode tecer caminhos para a emancipação quando sustentada por práticas de cuidado comprometidas com o território, com a escuta e com a reinvenção crítica dos modos de cuidar.

Palavras-chave: Autonomia; Cuidado; Emancipação; Atenção Primária.

ABSTRACT

This study was developed in the Complexo do Alemão, a group of favelas located in the North Zone of the municipality of Rio de Janeiro, and emerges from a concern constructed within the context of the Residency in Family and Community Nursing, based on the follow-up of people with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in Primary Health Care (PHC). The general objective was to propose strategies that promote autonomy and self-management of health care by PHC users in the Complexo do Alemão, through the articulation between scientific knowledge and community-based knowledge. This is a qualitative study with an ethnographic approach, carried out at the Zilda Arns Family Clinic, with four participants. Data production occurred through semi-structured interviews, participant observation, and field diary records, enabling the understanding of practices, perceptions, and meanings produced in the daily life of PHC. The results highlight the centrality of medication as a hegemonic sign of care, revealing processes of medicalization of life and limits imposed on modes of care in peripheral territories. The territory, often mobilized in technical discourses as a central determinant of illness, did not emerge as a relevant explanatory category in the participants' concrete experience, shifting the analysis toward the relational, affective, and everyday dynamics that permeate care. The study also pointed out that, although care is inscribed within structures of power, there are possible openings for relational action in the encounter between professionals, users, and territory, capable of producing shifts in practices and promoting autonomy, while maintaining emancipation as the ethical-political horizon of care. In this context, the medication organizer box, initially produced based on a home visit and ethical engagement with the user and their caregiver, emerges as inspiration and, subsequently, as the technical-technological product of this work, operating as a device for mediating care, strengthening bonds, and expanding possible autonomy. It is concluded that, although autonomy does not in itself ensure emancipatory processes, it can weave paths toward emancipation when sustained by care practices committed to the territory, to listening, and to the critical reinvention of modes of care.

Keywords: Autonomy; Care; Empowerment; Primary Care.

INTRODUÇÃO

O Complexo do Alemão compreende não somente um dos maiores conjuntos de favelas da Zona da Leopoldina, situada na Zona Norte do município do Rio de Janeiro, como também um bairro oficialmente reconhecido deste município. Em 1993, a Lei nº 2055/93 oficializou o Complexo do Alemão como bairro, composto pelas comunidades de Nova Brasília, Reservatório, Alvorada, Morro das Palmeiras, Casinhas, Fazendinha, Canitá, Pedra do Sapo, Mineiros, Morro do Adeus, Morro da Baiana, Matinha, Grota (também chamada de Joaquim Queiroz) e Morro do Alemão. No entanto, sua ocupação de modo geral, teve início muito antes desse reconhecimento formal, ainda no final do século XIX (Velo; Santiago, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), o Complexo do Alemão possui uma população de 54.202 moradores, composto majoritariamente (74%) por negros, onde 36% da população total não possui ensino fundamental completo. O elevado percentual de pessoas negras residentes no Complexo, evidencia a segregação racial que historicamente marcou o processo de urbanização da cidade do Rio de Janeiro (Dantas, 2020).

Fazzioni (2018), em sua tese, traz uma percepção frequentemente ignorada: a dos próprios moradores, que afirmam que a população residente no Complexo gira em torno de 200 mil habitantes. Essa discrepância se deve à forma como é realizada esta estimativa populacional, que utiliza como base cálculo as contas de luz emitidas pela empresa Light. Cabe ressaltar, contudo, que muitos residentes desta favela não possuem acesso regular à eletricidade.

Tais características, orientadas por um viés racista e elitista, tornam a favela um espaço profícuo para as mais diversas formas de repressão, violência e exclusão – das pessoas, das histórias, dos saberes, da cultura, do direito, do acesso e, em última instância, da saúde, que compreende muito além da simples ausência de doença. A partir desse espaço compulsório ao qual a população favelada é historicamente relegada, emergem múltiplas formas de exclusão (Dantas, 2020).

Diante desse cenário de desigualdade histórica e exclusão social vivenciado pelas populações que habitam territórios como o Complexo do Alemão, torna-se evidente a urgência de políticas públicas que garantam o acesso universal e equitativo aos direitos fundamentais, entre eles, a saúde. A luta por esse direito esteve no centro das discussões que emergiram durante o processo de redemocratização do Brasil, quando diversos movimentos sociais e

sanitaristas passaram a reivindicar um modelo de atenção que fosse capaz de responder às demandas reais da população, especialmente daquelas mais marginalizadas.

A partir do final dos anos 1970, no contexto de redemocratização do país, a articulação entre movimentos sociais e sanitaristas passou a promover mudanças estruturais na forma como a saúde era ofertada à população, culminando na Reforma Sanitária Brasileira, que teve como principal objetivo a criação de um sistema público, único e universal de saúde. Tais discussões influenciaram de maneira decisiva a elaboração da nova Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” (Brasil, 1988).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido constitucionalmente, surgia também o desafio de sua organização e efetiva operacionalização. Nesse cenário, foram instituídas as Normas Operacionais Básicas (NOBs), documentos normativos que orientaram a descentralização das ações e serviços de saúde, a gestão compartilhada entre as esferas de governo e a estruturação das redes de atenção, com ênfase crescente na Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial ao sistema. A Tabela 1, a seguir, resume as principais NOBs implementadas no processo de estruturação do SUS.

Tabela 1 – Principais Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS

NOB	ANO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
NOB 01/1991	1991	Primeira a ser criada após o surgimento do SUS, objetivou a descentralização e organização das responsabilidades entre os entes federativos (União, estados e municípios), bem como iniciou na definição dos papéis dos municípios frente a gestão em saúde.
NOB 01/1993	1993	Esta NOB avançou no processo de municipalização da saúde, estimulando maior autonomia dos municípios no processo de gestão dos recursos, delimitando dois tipos de gestão municipal: gestão semiplena (atenção básica) e gestão plena (atenção básica e especializada), aproximando a gestão das realidades locais.

NOB 01/1996	1996	Com a criação da figura da gestão plena da atenção básica, esta NOB é considerada um marco para a gestão, promovendo mais autonomia aos municípios e fortalecendo o papel da atenção primária como nível prioritário de atenção à saúde. Neste período, o Ministério da Saúde direciona recursos para Atenção Primária, especialmente com a expansão do precursor da atual Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Saúde da Família (PSF).
----------------	------	--

Fonte: Elaboração pela própria autora com base em dados do Ministério da Saúde (1991, 1993, 1996)

Nesse contexto de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial do SUS, destaca-se a contribuição teórica da médica e pesquisadora norte-americana Barbara Starfield, que cunhou conceitos fundamentais para sua plena operacionalização e resolutividade. Seus estudos contribuíram para a incorporação de atributos essenciais ao modelo de saúde brasileiro, divididos em dois grupos: **os atributos essenciais** – acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – e **os atributos derivados** – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2006).

Posto isso, durante minha vivência como enfermeira residente no Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), atuando na APS, percebo uma lacuna significativa na produção de um cuidado que considere, de forma efetiva, a orientação comunitária e a competência cultural. Para Starfield (2006), a orientação comunitária refere-se à capacidade dos serviços de saúde de considerar as necessidades e características da população atendida, utilizando dados do território para planejar ações em conjunto com a comunidade. Já a competência cultural diz respeito à habilidade dos profissionais em reconhecer, respeitar e integrar aspectos culturais diversos na prática de cuidado.

Embora essas orientações estejam presentes no escopo da APS, o que observo na prática é a imposição e supervalorização do saber científico em detrimento dos saberes comunitários

dos pacientes. Michel Foucault (2024), na obra *Microfísica do Poder*, discorre sobre a relação entre o saber e poder, destacando que o saber científico participa da regulação dos discursos e da produção de verdades socialmente legitimadas. Para o autor, o enunciado não é apenas uma proposição, mas uma forma de possibilitar certos discursos e silenciar outros, gerando efeitos de poder a partir dessa dinâmica.

A valorização assimétrica do saber científico, enquanto discurso legitimado pelas instituições, produz efeitos concretos sobre as práticas de saúde, moldando não apenas o que é considerado verdadeiro, mas também quem tem autoridade para enunciar essas verdades. Como aponta Foucault (2024), o saber não é neutro, mas sim atravessado por relações de poder que normatizam comportamentos e silenciam outras formas de conhecimento.

No contexto da APS, isso se traduz na desqualificação dos saberes populares e na imposição de condutas muitas vezes desconectadas da realidade vivida pelos sujeitos. Essa lógica de dominação discursiva compromete a construção de vínculos horizontais e afeta diretamente a autonomia do paciente, que passa a ocupar uma posição passiva frente ao cuidado, sendo conduzido por protocolos e prescrições que pouco dialogam com sua experiência e contexto social.

A imposição do saber científico como verdade incondicional é equivocada e contribui para perpetuação de um processo de exclusão das populações faveladas – um fenômeno que, historicamente e de maneira sistemática, tem marginalizado esses grupos sociais. Como aponta Foucault (2024), o saber científico não é neutro; ele é atravessado por relações de poder que definem quais discursos são legitimados e quais são silenciados.

Essa lógica dificulta a construção de um modelo de cuidado que considere a complexidade do sujeito e de seus saberes, resultando em práticas unilaterais e verticalizadas. Tal abordagem ignora a autonomia dos pacientes e desvaloriza sua capacidade de autogestão em relação à própria saúde, comprometendo as possibilidades de um cuidado verdadeiramente integral. Esse cenário aprofunda desigualdades, fragiliza o vínculo entre usuários e profissionais e impede o avanço de práticas de cuidado mais equitativas, sensíveis e dialógicas.

Diante desse cenário, faz-se necessário refletir sobre como os processos históricos e sociais, atravessados por marcadores como raça, território e classe, influenciam a forma como o cuidado em saúde é produzido em espaços marcados pela desigualdade. Nesse contexto, a questão que norteia esta pesquisa é: de que forma a supervalorização do saber científico, em detrimento do saber comunitário, influencia a autonomia dos sujeitos e a autogestão dos seus processos de saúde e de doença?

OBJETIVOS

Antes de apresentar os objetivos deste estudo, é importante destacar que ele não se propõe ao julgamento indiscriminado dos profissionais de saúde, tampouco de seus processos de trabalho individuais. Trata-se, sobretudo, de um convite à reflexão crítica sobre o tipo de cuidado que vem sendo produzido, o cuidado que é possível produzir e as formas como as estruturas sociais influenciam nesse processo, especialmente em um território historicamente atravessado por exclusões, como o Complexo do Alemão.

Geral

- Propor estratégias que promovam a autonomia e a autogestão do cuidado em saúde por parte dos usuários da Atenção Primária à Saúde no Complexo do Alemão com base em uma abordagem integrada entre o saber científico e o saber comunitário;

Específicos

- Identificar as lacunas existentes na construção do cuidado, considerando as tensões entre o saber científico e os saberes comunitários, com ênfase na perspectiva relacional entre os sujeitos envolvidos;
- Compreender como ocorre a autogestão dos cuidados em saúde pelos pacientes, buscando modos de promover a autonomia;
- Propor um produto técnico-tecnológico que promova a autonomia e autogestão dos cuidados em saúde para os pacientes;

JUSTIFICATIVA

A escolha do presente tema emerge de uma inquietação vivenciada ao longo do primeiro ano da residência em Enfermagem de Família e Comunidade, especialmente durante as consultas de acompanhamento de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Observou-se que, mesmo diante de diagnósticos estabelecidos há anos, grande parte dos usuários comparecia às consultas com dificuldades significativas de manejo do próprio cuidado. O uso irregular das medicações, a baixa compreensão sobre a periodicidade do acompanhamento e a ausência de ações básicas de cuidado, como a avaliação do pé diabético, revelaram que apesar do seguimento clínico frequente, muitos desses encontros pareciam sempre inaugurar uma nova trajetória terapêutica. Diante disso, emergiu a seguinte questão: que tipo de comunicação se estabelece com os usuários quando a principal mensagem – o entendimento e o engajamento com o cuidado – não é efetivamente compreendida?

Essa problemática evidencia uma lacuna entre o que se propõe como cuidado na APS e o que de fato se concretiza no cotidiano dos serviços. A APS, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (2017), deve pautar-se na integralidade, no vínculo, na longitudinalidade do cuidado e na corresponsabilização entre equipe e comunidade. No entanto, o cenário observado revela a persistência de práticas centradas na prescrição e verticalidade de condutas, o que compromete o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e o fortalecimento do autocuidado.

A experiência aponta, ainda, para uma sobrecarga do sistema de saúde em função da crescente demanda de atendimento agudos, muitas vezes decorrentes da descompensação clínica relacionada, principalmente, ao uso inadequado das medicações e ao acompanhamento insuficiente. Essa lógica produz um ciclo vicioso: a falta de autonomia dos usuários no cuidado de saúde favorece o agravamento das condições crônicas, o que, por sua vez, culmina no aumento do consumo medicamentoso e na fragmentação da prática clínica. Assim, observa-se a disrupção dos princípios fundantes da APS, cuja centralidade deve estar na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Nesse sentido, torna-se essencial repensar as estratégias de cuidado, de modo a reconhecer o usuário como sujeito ativo na produção de sua saúde. Essa perspectiva dialógica e emancipatória, inspirada nos pressupostos de Paulo Freire (1987), compreende o cuidado não como uma ação impositiva, mas como um processo construído entre sujeitos, no qual o saber técnico e o saber popular se encontram para gerar novos sentidos e práticas. O cuidado,

portanto, deve extrapolar a lógica biomédica e promover também o empoderamento, a escuta qualificada e a corresponsabilização – pilares que resgatam o papel do profissional como facilitador de processos e não como apenas prescritor de condutas.

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A produção do cuidado e os efeitos do saber-poder na saúde

Poder esse que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos – o seu corpo – e que se situa no nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana, e por isso pode ser caracterizado como micropoder ou subpoder. O que Foucault chamou "microfísica do poder" significa tanto um deslocamento do espaço da análise quanto do nível em que esta se efetua (Foucault, 2024, p. 14).

Sob a égide da noção de poder proposta por Foucault (2024), é possível refletir sobre as vias pelas quais o cuidado em saúde é produzido no dia a dia, nas interações entre os profissionais de saúde e os usuários. A análise do poder desloca-se das instituições e passa a considerar como ele se engendra nas práticas mais corriqueiras: no modo como se comunica um diagnóstico, se prescreve um medicamento, se conduz uma consulta, se escuta ou se silencia a fala do paciente. Na APS, tais práticas, frequentemente, expressam formas sutis, porém potentes, de condução de consultas, das falas e, até mesmo, das percepções dos sujeitos sobre seus próprios corpos, experiências de adoecimento e autonomia nos processos de produção de saúde.

Essa dimensão subjetiva do cuidado, que produz efeitos na autopercepção dos usuários sobre seu protagonismo no processo de cuidado, tensiona as fronteiras entre autonomia e subordinação e se revela nas falas dos participantes deste estudo, que, mesmo discordando de algumas condutas profissionais, relatam não externalizar tais discordâncias durante o atendimento. Tal postura evidencia como os micropoderes atuam na regulação das relações entre pacientes e profissionais de saúde, muitas vezes, silenciando resistências e naturalizando posições de obediência frente ao saber técnico-científico.

O corpo, nesse contexto, torna-se alvo e instrumento de intervenções normativas que dialogam com os interesses do aparelho de Estado. Ele é examinado, medido, classificado e disciplinado segundo critérios científicos que, embora legitimados institucionalmente, nem sempre dialogam com a singularidade das trajetórias de vida dos sujeitos. Como afirma Foucault (2024, p. 27,28) ‘todo conhecimento, seja ele científico ou ideológico, só pode existir a partir de condições políticas que são as condições para que se formem tanto o sujeito quanto os domínios de saber [...] não há saber neutro. Todo saber é político’. Tal afirmação reforça

que a ciência, não constitui um campo puramente objetivo, mas sim atravessado por relações de poder, cujos efeitos se materializam sobre os corpos, especialmente os mais vulnerabilizados socialmente.

Ao desnaturalizar a noção de neutralidade do saber científico, Foucault (2024) permite compreender como a ciência moderna, especialmente, a biomédica, se constitui como dispositivo de poder, organizando discursos e práticas que regem o corpo social. No campo da saúde, isso imprime uma hierarquização do conhecimento, onde o saber técnico-científico – legitimado pelas instituições – assume o papel central, desconsiderando as contribuições comunitárias que podem emergir a partir dos usuários. Essa assimetria não é apenas epistemológica, mas política: define quem pode falar, ser ouvido e participar ativamente das decisões sobre o próprio cuidado.

1.2 A autonomia como produção relacional no cuidado em saúde

“O genuíno encontro do cuidado é possível a partir da disponibilidade de uma escuta que traz a pessoalidade do *Dasein*. O profissional se abre a esta escuta, não como porta-voz do discurso instrumental, mas como aquele que acolhe o outro e torna suas demandas válidas” (Anéas; Ayres, 2011, p. 659).

Esse trecho lança luz sobre a autonomia não enquanto característica individual, mas enquanto construção relacional, resultado da horizontalização da relação entre profissional de saúde e usuário. A partir dessa compreensão, o cuidado só pode ser efetivamente centrado no paciente quando há abertura real para uma escuta que rompa as fronteiras da rotina técnica e vá de encontro com uma disposição ética que reconheça a subjetividade e agência do outro. É nesse horizonte que a escuta qualificada passa a incorporar a pessoalidade do *Dasein*, conceito heideggeriano que expressa o ser humano em sua existência concreta e singular (Heidegger, 2015). Reconhecer o outro como *Dasein* implica compreendê-lo não apenas como portador de um adoecimento, mas como sujeito que interpreta e dá sentido à sua própria experiência. É nessa abertura existencial que germina a base relacional para o protagonismo do usuário, fortalecendo-o como intérprete ativo do seu processo de saúde (Anéas; Ayres, 2011).

No cenário da saúde, a autonomia é frequentemente compreendida sob um recorte individual, sendo posta, muitas vezes, como a capacidade de seguir orientações em saúde ou

prescrições medicamentosas. Contudo, quando analisamos a autonomia a partir da perspectiva foucaultiana (2024), ela assume um sentido mais complexo, marcada por disputas simbólicas e tensionadas por relações de poder que atravessam os saberes, os corpos e as instituições. Nessa lógica, a autonomia não é dada, mas tecida a partir das relações entre profissional e usuário, podendo ser nutrida ou restringida, a depender da costura sob a qual se engendrará esse cuidado (Ayres, 2004).

Ayres (2004) aponta que o cuidado centrado no usuário requer o reconhecimento da subjetividade das experiências e a valorização da autonomia como produção relacional. Isso implica deslocar o foco da adesão para o diálogo, da prescrição para a escuta, da imposição para a corresponsabilidade. No cotidiano da APS carioca, contudo, essa perspectiva é comprometida pelos interesses do capital, que emergem com força sob a lógica mercantilista promovida por uma gestão privada, como é o caso das administrações realizadas pelas Organizações Sociais da Saúde (OSS). Essa lógica mercantiliza o cuidado, subordina os processos clínicos aos interesses do capital, tornando o tempo escasso, desumanizando os vínculos, priorizando os números em detrimento da qualidade e reforçando padrões verticais de cuidado.

Corroborando essa perspectiva, Sodr e e Rocon (2023), ao revisitarem o conceito da tecnologia leve aplicada ao trabalho, proposta por Emerson Merhy (2005), dialogam com Antonio Negri; Michael Hardt (2001; 2004; 2005), Maurizio Lazzarato (2001) e Michel Foucault (1995; 2004; 2010), colocando em relevo a autonomia para al em de uma competência individual, sendo, então, fruto de a oes relacionais que se produzem no âmago do trabalho vivo em saúde e na potência dos encontros. Sob a  tica da micropolítica do cuidado, os autores elegem a autonomia como produto das tecnologias leves, aquelas forjadas a partir do vínculo, da escuta qualificada, do acolhimento e da corresponsabilidade. Captar o trabalho a partir desse prisma contribui para o tensionamento do modelo hegemônico e institui, como pano de fundo, caminhos possíveis para emancipa o na produ o do cuidado.

Diante do exposto, compreender a autonomia como constru o relacional implica reconhecer que para superar tais lacunas torna-se necessário promover condi oes  ticas, políticas e estruturais que extrapolem as fronteiras da clínica.   preciso romper com paradigmas que instrumentalizam o cuidado e limitam o sujeito a um objeto de controle, reconhecendo a importância e reafirmando a necessidade de práticas que dialoguem com o vínculo, os saberes e subjetividades dos usuários. Frente a um cenário onde o tempo   capturado por metas quantitativas e a saúde se torna mercadoria, fortalecer a autonomia exige resistência cotidiana dos usuários – e também dos profissionais (Ayres, 2004).

1.3 A medicalização da vida e seus efeitos sobre a autonomia relacional

“A medicina, ao expandir seus limites, ameaça a própria saúde que deveria proteger”
(Illich, 1975, p. 1).

Embora a autonomia relacional seja central para a produção do cuidado centrado no usuário, é preciso reconhecer que, no cotidiano da saúde, os medicamentos assumem um papel predominante na experiência de adoecimento e na percepção de autocuidado. Evidência empírica deste estudo, obtida através das entrevistas semiestruturadas que serão discutidas posteriormente, indica que a maioria dos participantes associa o significado de “cuidar da própria saúde” principalmente à consumo de medicamentos, revelando a internalização de um paradigma medicalizante que direciona o cuidado para o campo biomédico.

Segundo Zorzanelli et al. (2014), a medicalização descreve o processo pelo qual comportamentos ou problemas outrora não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, incorporando práticas externas à medicina para seu campo de intervenção. Esse fenômeno articula tanto o poder profissional da medicina quanto o desejo social de delegar à ciência médica a regulação de comportamentos. Nesse sentido, Foucault (2000) contribui para compreensão da medicalização como um dispositivo de poder vinculado à biopolítica, capaz de normatizar corpos e regular aspectos da vida cotidiana.

Contudo, a medicalização não ocorre de forma uniforme, devendo ser analisada nos contextos específicos em que se manifesta. Em territórios periféricos, como favelas urbanas, o acesso a medicamentos e programas de saúde pode constituir também um meio de inclusão social e cidadania, conforme Biehl (2004) traz em estudos sobre pacientes HIV positivos. Nesses casos, o medicamento deixa de ser apenas recurso terapêutico e torna-se um instrumento que articula direitos, cidadania e condições de vida, evidenciando a necessidade de considerar processos de medicalização em contextos marcados por vulnerabilidades estruturais, múltiplas violências e negação de direitos.

Dentro desse panorama, o presente estudo propõe uma intervenção tecnológica, a caixa organizadora de medicamentos, que busca ampliar a autonomia relacional do usuário. Mais do que um suporte à adesão, a ferramenta oferece condições para que o indivíduo participe

ativamente do seu cuidado, integrando controle do tratamento, organização e ressignificação da experiência de adoecimento. Assim, a intervenção se conecta à perspectiva teórica discutida anteriormente, na qual a autonomia é construída no encontro e na corresponsabilidade entre profissionais e usuários, desafiando a centralidade exclusiva do medicamento e promovendo formas mais amplas de protagonismo em saúde.

1.4 Atributos derivados da Atenção Primária e Cuidado Transcultural: articulações necessárias

“A atenção primária à saúde deve adaptar-se às características culturais da população, sendo organizada de modo a respeitar suas crenças, práticas e valores, sem comprometer a efetividade do cuidado” (Starfield et al., 2006, p. 52).

A APS compreende um componente fundamental para a promoção da equidade e integralidade do cuidado, devendo, portanto, organizar-se a partir de atributos essenciais que garantam a plena operacionalização das ações, bem como o vínculo com a comunidade. Starfield (2006) traz em seus textos também os atributos derivados – competência cultural, orientação comunitária e orientação familiar – como dispositivo para efetividade das práticas na APS. Destaco, dentro dos atributos derivados, a orientação comunitária, que consiste na competência dos serviços de saúde de pensar as necessidades e singularidades da população atendida, empregando a realidade territorial no planejamento das ações em saúde, e a competência cultural, que compreende a habilidade dos profissionais de saúde em identificar e integrar a amplitude cultural dos usuários no processo de cuidado.

A operacionalização dos atributos destacados acima torna-se ainda mais relevante ao se considerar os contextos sociais marcados por desigualdades estruturais, vulnerabilidades e medicalização dos corpos e das práticas cotidianas em saúde. Em territórios periféricos, a escuta qualificada e o reconhecimento da singularidade cultural não apenas promovem a efetividade das ações, mas também fortalecem a autonomia relacional dos usuários, permitindo que eles participem de forma ativa do cuidado e do manejo de seus tratamentos, incluindo a adesão e organização dos medicamentos.

A integração da orientação comunitária e da competência cultural na APS encontram ressonância na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (2002), que enfatiza a importância de compreender e respeitar a diversidade cultural dos pacientes como

condição para a prestação de um cuidado efetivo e dialógico com as necessidades dos usuários. Para Leininger, o cuidado não pode ser padronizado; deve considerar os valores, crenças, práticas e experiências de vida dos indivíduos, garantindo que as intervenções de saúde dialoguem com os contextos socioculturais nos quais estão inseridos.

Apesar de essencial para a efetividade da APS, articular a orientação comunitária com a competência cultural e os pressupostos da Teoria do Cuidado Transcultural torna-se particularmente desafiador quando realizada em espaços públicos sob administração privada, nos quais o cuidado é permeado por valores mercantilistas. Nesses contextos, profissionais enfrentam pressões por produtividade, cumprimento de metas quantitativas e otimização de recursos, que frequentemente subordinam a qualidade do vínculo e a escuta qualificada a indicadores de desempenho. Essa lógica mercantil não apenas limita o tempo disponível para o estabelecimento de relações terapêuticas profundas, mas também restringe a possibilidade de incorporar os saberes culturais dos usuários, compromete a corresponsabilidade no cuidado e dificulta a promoção da autonomia relacional, tornando a prática de um cuidado humanizado e culturalmente sensível um verdadeiro exercício de resistência profissional.

1.5 Territorialização em saúde: o território como condicionante e potência

“O território não é apenas um conjunto de recursos, mas também o lugar onde se constrói a vida, a solidariedade e a possibilidade de invenção do futuro” (Santos, 2002, p. 255).

O conceito de território, historicamente vinculado à dominação político-jurídica da terra, ultrapassa sua dimensão meramente geográfica e material para se constituir como expressão das relações sociais, econômicas e culturais que nele se inscrevem (Raffestin, 1993; Nunes, 2006). Nessa perspectiva, a territorialização em saúde não se restringe a uma delimitação técnica de áreas de atuação do sistema, mas deve ser entendida como um processo

vivo, dinâmico e historicamente situado, que revela tanto vulnerabilidades quanto potencialidades dos sujeitos e coletivos que habitam um espaço (Godim, Monken, 2008).

No campo da saúde coletiva, a territorialização é reconhecida como estratégia metodológica para compreender a relação entre condições de vida, situação de saúde e acesso aos serviços, subsidiando práticas de cuidado e políticas públicas (Teixeira et al., 1998; Ceccim, 2005). Entretanto, limitar-se a uma leitura tecnicista e objetificante do território, reduzindo-o a mapas epidemiológicos ou fluxos assistenciais, pode invisibilizar dimensões simbólicas, afetivas e relacionais que estruturam o cotidiano das populações. O território, nesse sentido, não é apenas *locus* de adversidades, mas também lugar de pertencimento, de sociabilidade e de produção de vida.

Esse aspecto emergiu de forma inesperada durante a realização das entrevistas desta pesquisa. A partir do Bloco 4 ‘*Território e contexto social*’, esperava-se que os participantes associassem o Complexo do Alemão sobretudo a fatores de risco e precariedades. Para a surpresa da pesquisadora, a quase totalidade das respostas negaram uma influência negativa direta do território sobre a saúde. Tal resultado provocou uma reflexão crítica acerca da tendência, muitas vezes presente no olhar acadêmico e institucional, de associar o território favelado exclusivamente à vulnerabilidade.

A reação dos entrevistados revela que, para além das carências objetivas, o território pode representar potência, pertencimento e formas próprias de organização social, compondo um repertório de significados que não se reduz às lentes hegemônicas de risco e precariedade. Como lembram Gondim e Monken (2008), territorializar implica ‘habitar o território’, o que supõe incorporá-lo em sua complexidade, reconhecendo tanto os fluxos de adversidade quanto os fluxos de vida que se entrelaçam em sua dinâmica.

Dessa forma, compreender o território sob uma perspectiva ampliada significa deslocar o olhar do déficit para a potência, reconhecendo que os moradores produzem cotidianamente estratégias de cuidado, solidariedade e resistência. O território, enquanto categoria analítica e vivencial, revela-se como elemento *sine qua non* para a construção de práticas de saúde contextualizadas, capazes de articular singularidades, coletividade e integralidade.

METODOLOGIA

“[...] o que significa fazer etnografias em serviços de saúde, hoje? Por que nos interessam? O que é que encontramos neles? Por que insistir em uma perspectiva micro, da proximidade, do princípio de união ingoldiano, em momentos em que o foco parece se endereçar para a saúde global, para os processos migratórios e as questões de saúde que suscitam? Por que insistir nos serviços que, geralmente, são contextos de tecnologias leves, quando as questões importantes parecem migrar para as altas tecnologias, para as experimentações genéticas, as biotecnologias, as biossocialidades?” (Bonet, 2018, p. 23)

A epígrafe que inaugura esta nova seção, advém do texto *“De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde”*, nesse texto, Bonet, um antropólogo, reflete sobre a motivação pela pesquisa etnográfica nos serviços em saúde. Sob a citação clássica de Geertz (1982) ele se guia ‘não estudamos aldeias, mas em aldeias’, ou seja, não é a aldeia em si onde se debruça o processo investigativo, mas em todo o ‘resto’ que a atravessa. No contexto do território desta pesquisa e dos dados empíricos que motivaram a pesquisadora, a partir de Bonet e Geertz, fazer etnografia na Clínica da Família Zilda Arns, Complexo do Alemão, com o objetivo de promover autonomia e autogestão, consiste em compreender todo o ‘resto’ que se engendra na construção da relação e do cuidado que se produz com o usuário.

O presente estudo possui caráter qualitativo e abordagem etnográfica, com o objetivo de compreender percepções, práticas e significados produzidos no cotidiano da APS no Complexo do Alemão. A pesquisa qualitativa permite analisar o modo como sujeitos interpretam o cuidado, enfrentam barreiras à adesão medicamentosa e desenvolvem estratégias de autogestão, valorizando a interpretação de significados e a perspectiva dos participantes (Minayo, 2017).

A abordagem qualitativa, conforme aponta Minayo (2017), concentra-se em compreender processos, contextos e experiências humanas, valorizando a densidade interpretativa e a perspectiva dos sujeitos em seu contexto social. Tal abordagem permite analisar o modo como os usuários vivenciam e interpretam o cuidado, como enfrentam as barreiras à adesão medicamentosa e como desenvolvem estratégias de autogestão e autonomia, aspectos centrais para o atingimento dos objetivos deste estudo.

Como afirmam Hammersley e Atkinson (2021), a etnografia é uma metodologia que privilegia a imersão prolongada no campo, a observação participante e a construção de conhecimento situado, entendendo o comportamento e as experiências a partir da perspectiva dos sujeitos no contexto social e cultural em que estão inseridos. Portanto, a escolha pela

abordagem etnográfica se fundamenta na necessidade de observar o cotidiano dos serviços de saúde de forma próxima, valorizando as micropolíticas do cuidado, as negociações e tensões entre profissionais e usuários e as práticas que muitas vezes passam despercebidas em abordagens mais distanciadas.

Do ponto de vista ético e procedimental, o estudo utilizou entrevistas semiestruturadas como instrumento principal de coleta de dados, associado a registros em diário de campo e observação participante, permitindo explorar as percepções dos pacientes sobre a comunicação, abordagem dos profissionais de saúde e dificuldades no manejo de seu tratamento. A pesquisa foi realizada na Clínica da Família Zilda Arns, com quatro participantes, todos com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as Diretrizes das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) via Plataforma Brasil, sendo aprovado no período de 38 (trinta e oito) dias sob o parecer nº 7.601.481, e autorizado pela instituição mediante Termo de Anuência Institucional.

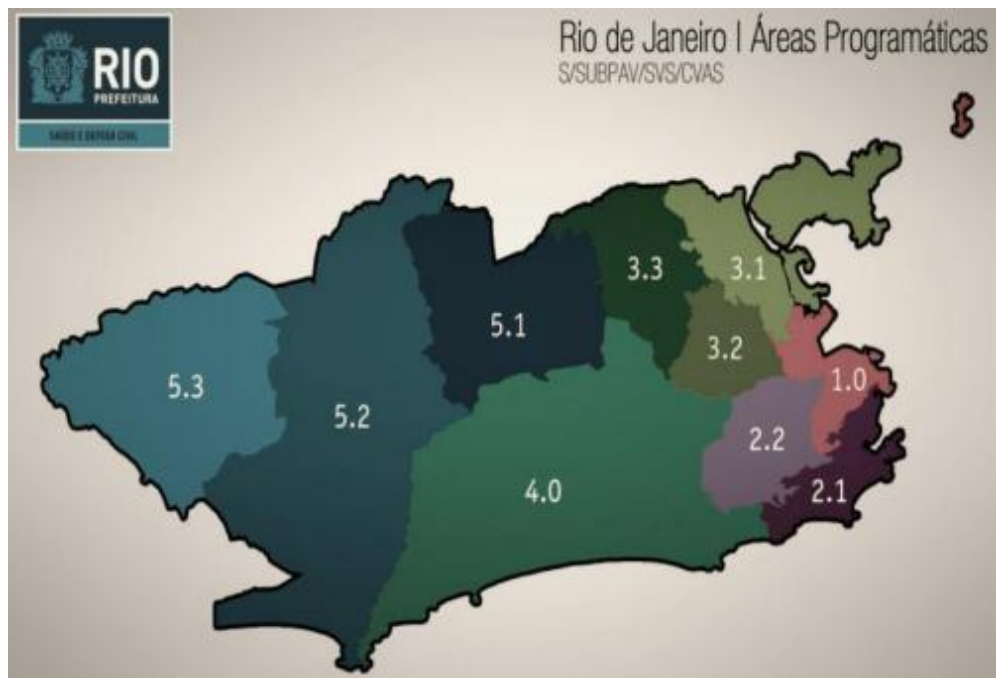
2.1 Cenário de pesquisa

O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do processo formativo da pesquisadora no processo de pós-graduação lato sensu, nos moldes da residência em Enfermagem de Família e Comunidade pelo Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, com aproximadamente 15 dos 24 meses de duração do curso. Inserida na Clínica da Família Zilda Arns, localizada no conjunto de favelas e também bairro, Complexo do Alemão, na área programática AP 3.1. As entrevistas foram realizadas durante visitas domiciliares ou consultas na clínica, respeitando a disponibilidade dos participantes e a dinâmica do serviço, alinhando-se ao princípio da etnografia de observação situada.¹

¹ A observação situada é um princípio central da etnografia, que consiste em observar e analisar os fenômenos sociais no contexto em que eles ocorrem, levando em consideração as interações, relações e práticas cotidianas dos sujeitos em seu ambiente natural. Diferentemente de abordagens distanciadas ou laboratoriais, a observação situada permite compreender os significados das ações e das experiências a partir da perspectiva dos participantes, reconhecendo a influência do contexto social e cultural na produção desses significados (Hammersley, Atkinson, 2015).

Área de Planejamento (AP) 3.1 faz parte da Zona Norte da cidade e é composta por dezoito (18) Clínicas da Família e treze (13) Centros Municipais de Saúde, composta pelas seguintes regiões administrativas.

Figura 1 – Divisão das áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro



Fonte: Rio de Janeiro (2017)

Tabela 2 – Regiões Administrativas da AP 3.1

Área de Planejamento 3.1				
B	X RA – Ramos	XI RA – Penha	XXIX RA – Complexo do Alemão	XXX RA – Complexo da Maré
A				
I	Manguinhos	Penha	Nova Brasília	Parque União
R	Bonsucesso	Penha Circular	Reservatório de Ramos	Parque da Maré
R	Ramos	Brás de Pina	Parque Alvorada	Nova Holanda
O				
S	Olaria	Cordovil	Morro das Palmeiras	Baixa do Sapateiro
/		Parada de Lucas	Casinhas	Rubens Vaz
F		Vigário Geral	Fazendinha	Morro do Timbau
A		Jardim América	Canitar	Ramos

V
E
L
A
S

Pedra do Sapo	Vila do João
Mineiros	Vila Pinheiro
Morro do Adeus	Conjunto Pinheiro
Morro da Baiana	Conjunto Esperança
Morro da Esperança	Conjunto Bento Ribeiro
Matinha	Conjunto Nova Maré

Grota (Joaquim Queiroz)

Morro do Alemão

Fonte: Elaboração pela própria autora com base em VIVA RIO (2025).

Tabela 3 – Unidades de saúde da AP 3.1

Área de Planejamento 3.1		
Centros Municipais de Saúde	Clínicas da Família	Centro de Atenção Psicossocial
Ilha do Governador	Ilha do Governador	Complexo do Alemão
Madre Teresa de Calcutá	Assis Valente	João Ferreira
Newton Alves Cardozo	Maria Sebastiana de Oliveira	
Parque Royal	Wilma Costa	
Complexo da Maré	Complexo da Maré	
Vila do João	Adib Jatene	
Penha/Complexo da Penha	Diniz Batista dos Santos	
João Cândido	Jeremias Moraes da Silva	
São Godofredo	Penha/Complexo da Penha	
Cordovil	Felippe Cardoso	
José Breves dos Santos	Cordovil	
Ramos	Rodrigo Y Aguilar Roig	
Américo Veloso	Nilda Campos de Lima	
Maria Cristina Roma Pougartten	Ramos	
Vigário Geral	Valter Felisbino de Souza	
Iraci Lopes	Vigário Geral	
Jardim América	Joãosinho Trinta	

Nagib Jorge Farah	Klebel de Oliveira Rocha
Olaria	Brás de Pina
José Paranhos Fontenelle	Heitor dos Prazeres
	Bonsucesso
	Augusto Boal
	Complexo do Alemão
	Zilda Arns
	Parada de Lucas
	Eidimir Thiago de Souza
	Penha Circular
	Aloysio Augusto Novis

Fonte: Elaboração pela própria autora com base em VIVA RIO (2025).

2.2 Participantes de pesquisa

Para este estudo, foram selecionados quatro participantes. A seleção foi intencional e baseada em experiências significativas vivenciadas pela pesquisadora durante visitas domiciliares e atendimentos na rotina da APS, observando situações em que pacientes em considerável tempo de diagnóstico e tratamento estabelecido, apresentavam dificuldades de adesão medicamentosa. Essa escolha permite compreender como ocorre a autogestão dos cuidados em saúde, identificar barreiras percebidas pelos pacientes e analisar oportunidades para promover sua autonomia, diretamente vinculada aos objetivos da pesquisa. A amostra reduzida, além de influenciada pelo curto prazo para produção deste estudo, que segundo cronograma pedagógico do programa, se inicia no segundo ano de residência, também favorece a profundidade da análise etnográfica e garante foco na qualidade da compreensão das experiências.

2.3 Coleta de dados

Por se tratar de uma metodologia etnográfica, enquanto abordagem qualitativa, esta desenvolve-se por meio de um processo contínuo e reflexivo que envolve diferentes etapas interdependentes. No presente estudo, tal percurso compreendeu quatro momentos principais:

preparação, campo, análise de dados e elaboração do relatório, respeitando a natureza processual e interpretativa da pesquisa etnográfica (Hammersley, Atkinson, 2021).

O material empírico inclui descrições de cenas observadas e narrativas extraídas das entrevistas, permitindo uma análise para identificar barreiras, estratégias recorrentes e compreender a construção subjetiva da autogestão e da experiência de cuidado. Essa abordagem também subsidia a proposição de estratégias e produtos técnicos-tecnológicos que promovam autonomia dos pacientes, uma vez que tais intervenções emergem da sinergia entre as percepções e necessidades de cuidado dos pacientes e o conhecimento científico da pesquisadora.

2.3.1 Preparação

A formulação da pesquisa, com a definição do problema, dos objetivos e da questão norteadora, surgiu a partir de vivências da pesquisadora no território do Complexo do Alemão, durante sua atuação como enfermeira residente em Enfermagem de Família e Comunidade. A partir de atendimentos a usuários com diagnósticos e tratamentos previamente estabelecidos, foi possível observar que muitos apresentavam dificuldades persistentes na adesão terapêutica. Em diversos atendimentos, a sensação era de que cada encontro representava o (re)início de uma trajetória terapêutica, como se o cuidado precisasse ser constantemente reinaugurado, e não no sentido da continuidade.

Diante disso, emergiu o questionamento sobre que tipo de comunicação se estabelecia entre profissional e paciente, de modo que a mensagem central, isto é, o tratamento e o cuidado, não era plenamente compreendida ou incorporada pelo usuário. A partir desse movimento reflexivo, foram definidos os objetivos e a questão norteadora já descritos anteriormente neste estudo, seguidos de uma revisão teórica que possibilitou situar a investigação no campo da APS e da produção do cuidado sob a ótica da autonomia e da autogestão.

2.3.2 Campo

A fase de campo compreendeu o período de inserção prolongada no território, característico não só da metodologia etnográfica, mas também do processo de especialização nos moldes da residência, permitindo à pesquisadora participar das rotinas e práticas da equipe e dos usuários, observando de forma situada e participativa as interações, fluxos e os modos de produção do cuidado. As observações participantes foram registradas sistematicamente em diário e áudio de campo, nos quais se buscou descrever não apenas as ações observadas, mas também os afetos, silêncios, expressões e gestos que atravessam o cuidado.

Além das observações, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários acompanhados e selecionados pela pesquisadora, as quais buscaram captar suas percepções, significados e experiências relacionadas à autogestão do cuidado, à adesão terapêutica e aos aspectos da comunicação com os profissionais de saúde. O registro das informações foi feito por meio de anotações e gravações de áudio, mediante consentimento dos participantes, através do TCLE, garantindo o rigor ético do estudo. A combinação entre observação participante e entrevistas permitiu uma compreensão mais ampla das práticas cotidianas, articulando as percepções da pesquisadora e a dos participantes.

A opção por articular a percepção da pesquisadora, construída a partir da observação participante, dos registros em diário de campo e do conhecimento técnico-científico às percepções dos pacientes, captadas por meio das entrevistas semiestruturadas, fundamenta-se no próprio propósito do estudo. Sendo o objetivo central desta pesquisa a promoção da autonomia no cuidado em saúde, seria incoerente conduzir o processo investigativo de modo dissociado da voz e da experiência dos usuários.

Assim, a escolha metodológica reflete não apenas um compromisso epistemológico com a valorização dos saberes participantes, mas também um posicionamento ético e político que reconhece a autonomia como princípio orientador tanto da investigação quanto da prática profissional da pesquisadora, que atua diretamente no cuidado em saúde. Promover a autonomia, portanto, constitui-se não apenas como um objetivo de pesquisa, mas como um exercício cotidiano da APS na medida em que pode contribuir para a construção de processos emancipatórios nas relações entre profissionais e usuários.

2.3.4 Análise de dados

Nesta etapa, buscou-se realizar a análise das observações de campo e das entrevistas semiestruturadas à luz de um enquadramento social, político e histórico dos dados. Esse enquadramento se justifica no cuidado de não endereçar a discussão a princípios universalizantes ou a perspectivas pessoais da pesquisadora.

A pesquisa etnográfica privilegia um número reduzido de participantes, com vistas à exploração das subjetividades; no entanto, essa amostra reduzida não deve ser dissociada da análise social na qual esses participantes estão inseridos (Fonseca, 1999). Buscou-se, portanto, explorar as particularidades de cada cena, de cada fala dita – e das que não foram ditas –, de cada resposta às perguntas das entrevistas semiestruturadas, sem desarticular essas particularidades do pano de fundo social existente. Como afirma Fonseca (1999), ‘‘é no intuito de descobrir a relação sistêmica entre os diferentes elementos da vida social que os etnógrafos abraçam a observação participante – para tentar dar conta da totalidade do sistema’’.

Mauss (1979), em seu ensaio sobre ‘‘a expressão obrigatória dos sentimentos’’, nos ajuda a compreender que os sentimentos – a mais pura expressão da subjetividade humana – ‘‘são fenômenos que carregam o peso tanto do social quanto do fisiológico e psicológico’’. Portanto, na análise deste estudo, a pesquisadora teve como objetivo captar as singularidades na experiência de autonomia e autogestão de cuidado de cada indivíduo, considerando, contudo, que estas experiências foram e são atravessadas pelo contexto social imperativo.

Sendo a incompreensão sobre como se estabelece o diálogo entre profissional de saúde e paciente uma das molas propulsoras desta pesquisa, durante o processo analítico dos dados, a partir da perspectiva da descrição densa (Geertz, 1989), buscou-se compreender dentro do processo de construção de cuidado, quais eram as lacunas e assimetrias existentes, bem como formas de, por meio da etnografia, instrumentalizar e enriquecer modos de diálogo que favoreçam o cuidado e a autonomia relacional.

2.3.4 Elaboração do relatório

Antes de discorrermos sobre o processo de confecção do relatório, gostaria de compartilhar um texto que sintetiza precisamente o meu objetivo neste empreendimento inédito que é fazer etnografia em um trabalho de conclusão de residência em Enfermagem de Família e Comunidade. Geertz (1989) em "*A interpretação das culturas*" p. 15, escreve:

[...] compreender o que é a etnografia, ou mais exatamente, o que é a prática da etnografia, é que se pode começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento. Devemos frisar, no entanto, que essa não é uma questão de métodos. Segundo a opinião dos livros-textos, praticar a etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante. Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados, que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma "descrição densa", tomando emprestada uma noção de Gilbert Ryle.

Tomo também de empréstimo a noção de "descrição densa" proposta por Ryle (1971) e resignificada por Geertz (1989). Para Ryle, compreender uma ação humana exige ultrapassar a mera observação do ato em si e adentrar o campo dos significados e interpretar a ação dentro do contexto que o torna inteligível. É justamente esse olhar que inspira este estudo: mais do que relatar práticas de cuidado, busca-se compreender o sentido que se produz nelas.

Assim, o que se propõe na confecção deste trabalho de conclusão de residência, é descrever as ações que se desenrolam no cotidiano da construção do cuidado em saúde, não apenas como procedimentos técnicos ou prescrições, mas como expressões de uma relação entre sujeitos, profissionais e usuários, que produzem, a cada encontro, significados, tensões e possibilidades de emancipação. O propósito, portanto, é compreender as dinâmicas presentes nesses atos e, nesse percurso, contribuir para que os profissionais de saúde, imersos em tantos atravessamentos e tensões no cenário contemporâneo, possam reconhecer-se também como parte do processo de cuidado, não apenas como prescritor dele.

Posto isso, o relatório final foi elaborado de modo a preservar a densidade descritiva das cenas e falas observadas, buscando ir além de uma simples transcrição dos eventos

presenciados. A proposta da descrição densa, como supracitado, implica em interpretar as ações na produção do cuidado dentro do contexto de saúde na APS, no Complexo do Alemão, considerando as intenções, significados e sistemas simbólicos que lhes conferem sentido. Assim, cada cena observada e cada narrativa apresentada no estudo foram reconstruídas a partir de um olhar que valoriza o gesto, o silêncio e as nuances da interação.

Essa escolha metodológica permite que o leitor acesse não apenas o que foi visto ou dito, mas também as tramas de sentido e poder que atravessam as práticas de cuidado, revelando como as relações, o saber e as experiências se entrelaçam na produção da autonomia e da autogestão em saúde. Diante disso, realizou-se a sistematização e redação do relatório etnográfico, articulando as evidências empíricas, as análises e o referencial teórico construído ao longo do processo. A escrita foi compreendida como parte do fazer etnográfico, um exercício de tradução – de descrição densa – das experiências em linguagem científica, sem apagar as vozes e contextos que as produzem.

RESULTADOS

3.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Participaram do estudo quatro usuários acompanhados na Clínica da Família Zilda Arns, unidade que conta com quatorze equipes de saúde da família: Adeus, Alvorada II, Área 5, Capão, Fazendinha, Ibirapitanga, Loteamento, Novo Adeus, Nova Brasília, Palmeira, Poranga, Reservatório, Teleférico e Viúva. A tabela 4 apresenta a caracterização do perfil sociodemográfico e clínica dos participantes, permitindo situar o contexto social, econômico e de saúde que atravessa suas experiências de cuidado.

Tabela 4 – Perfil sociodemográfico dos participantes

Iniciais dos participantes	A.V.R.	C.L.R.	F.A.C.S.	J.S.V.P.
IDADE	49	74	74	45
SEXO	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino
RAÇA/COR AUTODECLARADA	Pardo	Pardo	Pardo	Negra
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo
OCUPAÇÃO	Mototáxi	Aposentado	Aposentado	Empregada Doméstica
EQUIPE DE REFERÊNCIA	Ibirapitanga	Fazendinha	Área 5	Poranga
COMORBIDADES	Não possui	HAS, DM2, Insuficiência Venosa Crônica	HAS, DM2, Insuficiência Venosa Crônica	HAS, DM2
USO DE FARMÁCOS?	Não	Sim	Sim	Sim
POLIFARMÁCIA?	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaboração pela própria autora com base em informações cedidas pelos próprios participantes no ato das entrevistas.

3.2 Descrição das cenas

As cenas etnográficas emergiram de observações participantes realizadas durante atendimentos, visitas domiciliares e momentos de convivência no cotidiano da unidade. Esses fragmentos, construídos a partir da perspectiva da descrição densa de Geertz (1989), revelam gestos, falas, atmosferas e microdinâmicas do cuidado que dificilmente aparecem em registros formais, mas que constituem a prática viva da APS.

Além de apresentarem nuances concretas do cotidiano dos usuários e da clínica, essas cenas também compõem o material analítico do estudo: serão posteriormente articuladas aos achados das entrevistas e ao referencial teórico, permitindo aprofundar a discussão e tensionar os significados e produtos oriundos da produção de cuidado.

Cada participante do estudo possui sua própria cena descrita, selecionada a partir da relação direta entre a experiência observada e a questão norteadora. Essas cenas não são meros relatos descritivos; foram escolhidas porque expressam, de forma concreta, as tensões, desafios, práticas e tecnologias de cuidado que atravessam o objeto investigado. Na discussão, as descrições aparecerão em fragmentos que articulam as percepções da pesquisadora durante a observação participante, as falas dos usuários registradas nas entrevistas semiestruturadas e o referencial teórico que sustenta o estudo.

As cenas selecionadas foram organizadas a partir dos quatro participantes do estudo, cada qual com sua própria narrativa situada e vinculada à questão norteadora. Assim, apresentam-se: “O outro lado da visita domiciliar: perspectivas de um cuidador”, referente ao participante A.V.R., “A visita domiciliar de Cláudio”, construída a partir da experiência de C.L.R., “O curativo de Francisco”, baseada no acompanhamento de F.A.C.S., e “A consulta de demanda livre”, relativa à participante J.S.V.P. Cada título expressa o núcleo de sentido revelado na observação, orientando a leitura para aquilo que a cena permite enxergar sobre o cuidado, as tecnologias envolvidas e as relações estabelecidas entre usuários, profissionais e o serviço de saúde.

3.3 Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas foram realizadas somente após a leitura e assinatura do TCLE, assegurando que todos os participantes estivessem plenamente cientes dos objetivos da pesquisa e de seus direitos. O roteiro utilizado foi organizado em cinco blocos temáticos – Bloco 1: Cotidiano do cuidado em saúde; Bloco 2: Uso de medicação; Bloco 3: Autonomia e cuidado; Bloco 4: Território e contexto social; Bloco 5: Impressões sobre a caixa organizadora – com o objetivo de captar, de maneira ampla e situada, as diferentes dimensões que atravessam o cuidado na APS. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio mediante autorização prévia dos participantes e posteriormente transcritas manualmente pela pesquisadora, sem o uso de softwares, a fim de preservar nuances, hesitações e modos de falar, em consonância com os princípios da descrição densa proposta por Geertz (1989).

As entrevistas evidenciaram diferenças importantes nas formas de manejo do cuidado cotidiano (Bloco 1), revelando tanto estratégias próprias quanto graus variados de dependência de terceiros. Enquanto A.V.R. mobiliza sobretudo o apoio familiar, recorrendo aos pais para interpretar sintomas, decidir condutas e escolher medicamentos, os demais participantes apresentam configurações diversas de apoio: C.L.R. depende exclusivamente do filho para cuidados cotidianos, sobretudo devido às limitações funcionais; F.A.C.S. delega à esposa a maior parte da organização terapêutica; e J.S.V.P. administra sozinha sua rotina, embora receba monitoramento constante da filha. Esses arranjos mostram que a autonomia não é um atributo individual, mas uma prática situada e sustentada por redes de apoio que variam em densidade, disponibilidade e sentido para cada sujeito.

No que diz respeito ao uso de medicamentos (Bloco 2), emergiu um contraste marcante entre os participantes: dois deles (C.L.R. e J.S.V.P.) apresentam rotinas complexas de farmacoterapia, incluindo polifarmácia e múltiplos horários, enquanto A.V.R. não faz uso contínuo de medicamentos e F.A.C.S. depende fortemente da esposa para manter regularidade e adesão. O modo como cada participante interpreta a própria relação com os remédios também varia: para J.S.V.P. o medicamento representa segurança e controle da doença, mesmo que às vezes ela suspenda o uso diante de mal-estar; para C.L.R. o uso é naturalizado e pouco problematizado (‘pra mim tanto faz’), o que sugere não apenas familiaridade prolongada com o tratamento, mas também possível subordinação ao ato prescrito, sem reflexão sobre posologia, finalidade ou riscos. Esses achados reforçam a centralidade da medicalização na

produção de cuidado percebida pelos usuários e, ao mesmo tempo, revelam graus distintos de compreensão, adesão e responsabilização.

As falas também revelam tensões quanto à autonomia (Bloco 3) sobre o tratamento. Embora todos afirmem ter liberdade para tomar decisões, as práticas descritas mostram nuances importantes. A.V.R. relata dúvidas frequentes sobre orientações divergentes entre profissionais e tende a buscar referência no pai; J.S.V.P. reconhece que prefere não decidir sozinha e entende o conhecimento técnico como limite para sua autonomia; F.A.C.S. segue integralmente orientações recebidas, mediadas pela agente de saúde e pela esposa; e C.L.R. atribui sentido amplo ao autocuidado, mas descreve pouca reflexão sobre sua própria gestão terapêutica. Essas tensões apontam para um modelo de autonomia assistida, modulada pelo saber técnico, pelos vínculos afetivos e pela confiança depositada na equipe.

Em relação ao território (Bloco 4), as entrevistas aprofundam um achado que já havia emergido na análise inicial: a visão dos participantes não reproduz necessariamente os estigmas associados à favela. A.V.R. associa o território principalmente a questões de salubridade, mas reconhece que tem acesso a serviços e vizinhança solidária. C.L.R. relativiza completamente a influência do território e atribui o cuidado à vida doméstica, não ao bairro; F.A.C.S. considera o local “tranquilo”; e J.S.V.P. aponta que a ausência de equipamentos de lazer e atividades físicas impacta negativamente sua rotina, mas não menciona insegurança, risco ou violência como determinantes de saúde. A multiplicidade dessas percepções reforça que o território não deve ser lido como categoria homogênea: sua influência é reelaborada subjetivamente e mediada por experiências concretas de circulação, convivência e acesso aos serviços.

Por fim, quanto às impressões sobre a caixa organizadora de medicamentos (Bloco 5), a análise revela que o dispositivo foi compreendido não apenas como item de organização, mas como tecnologia de ampliação da autonomia. Para A.V.R. a caixa representa independência, sobretudo para pessoas idosas; para C.L.R. traz praticidade e redução de dúvidas; para F.A.C.S. complementa o cuidado realizado pela esposa; e para J.S.V.P. funciona como ferramenta de lembrança, previsibilidade e segurança, chegando a sugerir inclusão de alertas e orientações visuais. Esses relatos mostram que, embora simples, a caixa foi percebida como tecnologia leve-dura² capaz de reorganizar práticas cotidianas de cuidado, operar como suporte à memória e reduzir a dependência de terceiros no manejo medicamentoso.

² No campo da Saúde Coletiva, “tecnologias leve-duras” referem-se ao conjunto de saberes estruturados que orientam a prática em saúde, como protocolos, procedimentos, classificações e diretrizes técnicas. Diferem das tecnologias duras (equipamentos, máquinas, insumos) e das tecnologias leves (relacionais), pois ocupam um lugar intermediário: são saberes sistematizados que organizam o trabalho, mas dependem da mediação subjetiva e relacional para ganharem sentido no cuidado (Sodré, Rocon, 2023).

3.4 Produto Técnico-Tecnológico

A elaboração do produto técnico-tecnológico (PTT) antecede a própria definição da temática deste TCR. A inquietação surgiu no cotidiano da prática: diante das recorrentes dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso observadas durante os atendimentos, tornou-se evidente a necessidade de estratégias simples, acessíveis e culturalmente adequadas que apoiassem a organização do cuidado por parte dos usuários, sem assumir caráter paternalista.

Esse movimento também foi atravessado pelo meu olhar enquanto enfermeira, cuja prática se orienta para as respostas humanas aos problemas de saúde – isto é, para a forma como cada pessoa percebe, compreende e reage às orientações terapêuticas. Assim, a dificuldade de adesão não se apresentava apenas como descumprimento de uma prescrição, mas como expressão de desafios concretos de compreensão, organização, autonomia e manejo cotidiano do tratamento.

Foi nesse contexto, após a visita domiciliar de C.L.R. que emergiu a ideia de produzir uma caixa organizadora de medicamentos (Figura 2), construída com materiais de baixo custo e facilmente disponíveis. Inicialmente, sua criação não tinha a intenção de compor o produto final do TCR, mas sim de responder, de maneira imediata e pragmática, a um problema concreto vivenciado na APS.

A partir do uso da caixa no território, entretanto, tornou-se visível seu potencial como tecnologia que articula dimensões materiais e simbólicas do cuidado. A experiência revelou que o dispositivo ultrapassava a função de mero organizador físico dos fármacos: ele operava como ferramenta de apoio à autonomia, à autogestão e ao fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários.

Somente posteriormente, após refletir sobre essa vivência e aproximá-la do referencial teórico adotado, consolidou-se a intenção de transformá-la no PTT deste trabalho. Assim, a caixa organizadora é incorporada no TCR não como artefato isolado, mas como resultado de um percurso prático-reflexivo que parte da observação do território, passa pela criação artesanal de uma solução e culmina na sua compreensão enquanto tecnologia leve-dura aplicada ao cuidado em saúde.

3.4.1 Descrição técnica do produto: Caixa Organizadora de Medicamentos

A caixa organizadora foi desenvolvida com o objetivo de oferecer aos usuários um recurso simples, acessível e de baixo custo para apoiar o manejo diário da farmacoterapia. A proposta prioriza materiais facilmente encontrados nos serviços de saúde, permitindo ampla replicabilidade por profissionais da APS.

Materiais utilizados

- Caixa de papelão reutilizada (proveniente do almoxarifado da unidade de saúde);
- Tesoura;
- Fita adesiva;
- Canetas coloridas ou marcadores (opcional, conforme necessidade do usuário);
- Folhas de papel para etiquetas (ou recortes do próprio papelão);

Etapas da confecção

1. Avaliação da prescrição do paciente

Antes de iniciar o processo de montagem, realiza-se uma análise detalhada da prescrição medicamentosa do usuário. Nessa etapa, observam-se a quantidade de medicações em uso bem como a quantidade de vezes que o paciente faz uso desse medicamento diariamente. A partir dessas informações, define-se o número de compartimentos e a lógica de distribuição interna da caixa.

2. Avaliação da capacidade de compreensão do paciente

Considera-se fundamental avaliar como o usuário interpreta orientações escritas e simbólicas. Para isso, verifica-se:

- Se o paciente saber ler;
- Se reconhece números, dias da semana ou símbolos;
- Se possui limitações visuais;
- Se prefere orientações por cores, desenhos ou palavras.

Essa etapa orienta a forma de rotular os compartimentos (textos, símbolos, cores, combinações).

3. Montagem da estrutura da caixa

- Seleciona-se uma caixa de papelão pequena ou média, resistente o suficiente para manter o formato estável;
- Realiza-se o corte das abas e divisórias internas de acordo com a distribuição planejada a partir da prescrição;
- As divisórias são fixadas com fita adesiva, garantindo firmeza e separação adequada entre os compartimentos;
- Caso necessário, reforça-se a estrutura externa com fita adesiva para maior durabilidade;

4. Identificação dos compartimentos

- Criam-se etiquetas contendo horários, categorias (manhã, tarde e noite) ou outras organizações pertinentes;
- A forma de identificação deve ser compatível com o nível de letramento do usuário, podendo ser: palavras escritas com letra legível, desenhos simples (sol, lua, números, cores), símbolos padronizados (gotas para medicamentos líquidos, seringa para medicamentos injetáveis e comprimidos) ou combinação de texto e imagem;

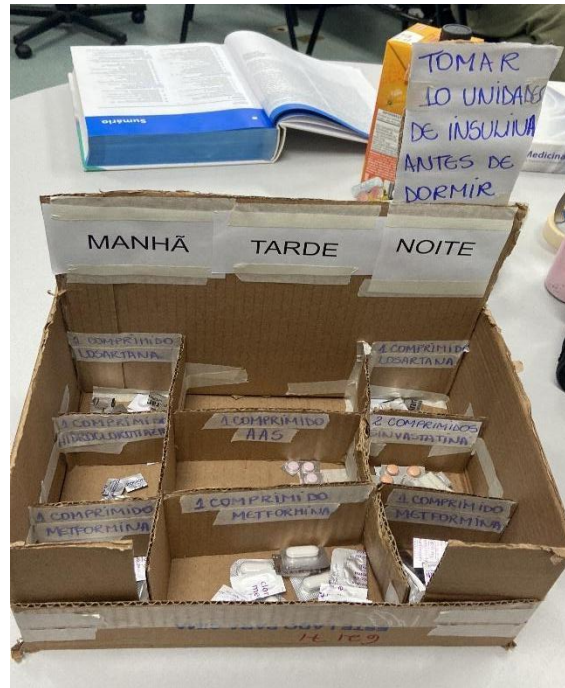
O objetivo é garantir autonomia e segurança na administração dos medicamentos.

5. Orientação ao usuário

Concluída a confecção, realiza-se demonstração prática sobre:

- Como identificar cada compartimento;
- Como armazenar e organizar os medicamentos;
- Quando procurar a equipe caso haja dúvidas, efeitos adversos ou necessidade de atualização da prescrição.

Figura 2 – Caixa organizadora de medicamento que inspirou a temática deste TCR



Registro da autora (2024).

Figura 3 – Caixa organizadora de medicamento identificada com imagens e símbolos



Registro da autora (2024).

DISCUSSÃO

4.1 Os signos do “cuidado”

Compreender o que significa o cuidado, cuidar de alguém ou cuidar da própria saúde exige um olhar para além das ações técnicas que tradicionalmente definem o cuidado em saúde. Tomar medicamentos, realizar exames ou seguir orientações clínicas constituem apenas uma parte – muitas vezes a menor – do que efetivamente produz cuidado no cotidiano. O título que inaugura esta seção foi explorado junto aos participantes deste estudo, revelando percepções e articulações intrigantes. As respostas dos entrevistados, embora singulares em sua expressão, convergiram para a compreensão de um cuidado como um esforço de sobrevivência ou gestão de condições crônicas, é ‘‘a tentativa de viver um pouco mais, né? Durar um pouquinho mais na terra’’.

Foucault, durante uma conferência realizada no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 1974, quando discutia sobre o Nascimento da Medicina Social, isto é, uma medicina que tinha objetivos clínicos com o indivíduo, serviam – não totalmente fora da lógica de controle do Estado – em alguma medida a produção de cuidado do sujeito. Ele discorre sobre a relação que a *Lei dos Pobres*³ tem com a origem da medicina social ao passo que tal legislação abarcava o controle médico, e em última instância, estatal, do pobre:

A partir do momento em que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos. Com a Lei dos Pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada (Foucault, 2024, p. 166).

³ Lei dos Pobres (Poor Laws) refere-se a um conjunto de legislações inglesas, consolidadas especialmente entre os séculos XVI e XIX, que regulamentavam a assistência aos pobres. A lei se propôs inicialmente a ser um sistema de assistência social que se tornou um instrumento de controle social e punição. Embora instituíssem algum nível de amparo, essas leis tinham caráter marcadamente disciplinador: para receber ajuda, o indivíduo precisava se submeter à vigilância, ao controle moral e ao enquadramento médico-administrativo.

Esse ponto é fundamental para compreender a experiência contemporânea do cuidado, especialmente no contexto da APS. Ainda que a lógica atual se mostre ser outra, vestígios desse modelo permanecem operando nas entrelinhas. O cuidado oferecido em serviços de saúde, mesmo quando se pretende integral e humanizado, pode facilmente deslizar para práticas de tutela, disciplinamento e julgamento moral, sobretudo quando se trata de usuários pobres, racializados e vulnerabilizados.

Esse deslizamento se evidencia em situações aparentemente banais do cotidiano assistencial, como podemos observar na realização de curativo de F.A.C.S. Na ocasião desta situação, a pesquisadora estava escalada na sala de curativos, participando da Oficina de Curativos, realizada toda quinta-feira de manhã. F.A.C.S. é um dos quatro pacientes fixos desta oficina e está sempre agendado para o horário das 9h da manhã. Toda quinta-feira, cerca de dez minutos antes de seu horário, é possível encontrá-lo sentado ou de pé próximo à sala de curativos – sempre usando blusa de botão com mangas curtas, calça de alfaiataria e sandálias.

Na ocasião, ele usava uma camisa de botão amarela, calça de alfaiataria cinza clara e sandálias marrons. F.A.C.S. tem 74 anos e reside com a esposa no Complexo do Alemão há pelo menos 15 anos. No momento, possui duas lesões em membros inferiores, uma em cada perna, decorrentes de insuficiência venosa crônica. O usuário chega com o curativo em condições muito precárias de higiene e, quando questionado pela equipe de saúde sobre quando foi realizada a última troca de curativo, ele responde ‘‘Antes de ontem’’.

Neste dia, haviam cinco profissionais de saúde presentes na sala de curativos: a pesquisadora, uma enfermeira preceptora, duas residentes do primeiro ano em Medicina de Família e Comunidade e uma preceptora médica. Esta preceptora médica questiona o paciente de forma rude e impaciente ‘‘por que o senhor não trocou? Assim fica com mau cheiro’’. Após a retirada do curativo e limpeza da lesão, enquanto o paciente aguardava o tempo de ação de um produto que aplicamos para reduzir processos infecciosos, a preceptora médica pega uma foto antiga para comparar com a lesão atual. A comparação evidencia melhora do quadro, e a médica diz ‘‘tá vendo? Melhorou. Poderia estar muito melhor se o senhor fizesse a troca do curativo em casa como a gente manda’’.

A fotografia, ali, transforma-se em prova e instrumento de correção moral, reforçando a lógica de que a responsabilidade pela melhora recai exclusivamente sobre o paciente. A cena ilustra como a produção do cuidado ainda pode se articular à mecanismos sutis de culpa, docilização e uma espécie de favor, mostrando que o modelo de saúde promovido pela *Lei dos Pobres* talvez não esteja em desuso tanto assim.

A cena, revela não apenas um modo de fazer curativo, mas um modo de produzir sujeitos dentro da relação assistencial. Como apontam Sodré e Rocon (2023), o trabalho em saúde mobiliza diferentes tecnologias, e entre elas se encontra a tecnologia leve-dura, aquela que articula saberes estruturados (protocolos, classificações) com aplicação situacional. No entanto, quando essa tecnologia é manejada a partir de uma matriz de poder verticalizada, ela pode deixar de operar como ferramenta de cuidado para operar como dispositivo de normatividade.

Na cena citada acima, o uso da fotografia – um artefato técnico, aparentemente neutro – não se organiza como suporte para o diálogo, mas como evidência acusatória, acionando um regime de verdade que coloca o paciente no banco dos réus. Aqui, o saber técnico deixa de dialogar com as condições centradas na vida do usuário e passa a funcionar como critério de correção moral. O cuidado deixa de ser relacional e torna-se um campo de vigilância, aproximando-se do que Foucault (2024, p. 116) descreve como a ‘assistência controlada’: um amparo que exige, em troca, a conformidade do assistido não apenas com as normas institucionais, mas como estas lhes são impostas.

Essa forma de atuação repercute diretamente na autonomia dos usuários – não a autonomia liberal, centrada no indivíduo autocontido e plenamente racional, mas aquela que, como aponta Ayres (2004), é produzida na relação, na troca, no encontro e supõe reconhecer que ninguém cuida sozinho, e que cuidar de si depende de condições materiais, afetivas, territoriais e simbólicas. Entretanto, na cena observada, a expectativa de autocuidado é deslocada para um ideal abstrato e descontextualizado de ‘seguir o combinado’, ignorando as dinâmicas que F.A.C.S. vive.

Essas nuances revelam como a ausência de escuta contribui para a produção de uma falsa autonomia, atribuída ao paciente apenas para responsabilizá-lo quando falha. No fundo, trata-se de uma autonomia que não nasce no encontro, mas é imputada ao sujeito para justificar as cobranças feitas a ele. Tronto (2007) diria que esse movimento se sustenta em uma leitura dualista das relações de cuidado, na qual profissionais de saúde figuram como fornecedores ativos e competentes, enquanto usuários são posicionados como receptores passivos, responsáveis por cumprir corretamente as orientações recebidas. Esse tipo de dualidade foge do âmbito analítico e assume caráter político ao isolar quem cuida daquele que é cuidado, produz-se um processo de apagamento relacional, onde as fragilidades do cuidador e as limitações institucionais são retiradas da cena e atribuídas exclusivamente ao usuário.

Essa forma de conduzir o cuidado evidencia exatamente o que o referencial teórico aponta: quando não há horizontalização da relação, não há produção de autonomia, há apenas

exercício de poder revestido de cuidado. Anéas e Ayres (2011) destacam que o protagonismo do usuário só emerge quando ele é reconhecido como sujeito capaz de interpretar sua própria experiência, e não como alguém a ser corrigido. Isso exige uma escuta que ultrapasse o protocolo e abra espaço para o *Dasein* (Heidegger, 2015) do paciente – seu modo singular de existir, compreender, priorizar, tolerar dor, organizar a vida e manejar seu tempo. Sem essa abertura existencial, toda “autonomia” atribuída ao paciente é apenas estética, uma expectativa unilateral projetada pela instituição.

Na cena analisada, F.A.C.S. não é convocado como intérprete de sua realidade, mas como alguém que deveria ter cumprido um dever. A equipe não perguntou o que impediu a troca do curativo, como ele organiza seu dia, se possui apoio para realização da troca. Sua agência é anulada no mesmo instante em que se presume sua capacidade de seguir a recomendação. Esse enquadramento se torna ainda mais contraditório quando lembramos que o próprio F.A.C.S. durante conversa com a pesquisadora, na ocasião deste curativo, relatou que parte da piora decorreu de uma iatrogenia da equipe “quando eu cheguei aqui, só tinha uma ferida na perna esquerda. Essa ferida na parte de trás da perna direita apareceu por conta do atrito do curativo que faziam”.

Ao afirmar “eu não vejo melhora com os curativos daqui; em casa eu faço a troca da gaze e atadura”, F.A.C.S. não apenas expressa frustração, mas reivindica sua experiência como conhecimento válido sobre si mesmo. Ainda assim, sua interpretação é desconsiderada no encontro clínico. Assim, toma forma o paradoxo descrito no referencial teórico: uma autonomia não construída, mas cobrada, cuja única função parece ser a legitimação da culpa quando o usuário não responde dentro da lógica esperada, mesmo quando o serviço contribui para o insucesso do cuidado.

Contudo, esse quadro não é unívoco nem pode ser capturado inteiramente pela perspectiva externa da pesquisadora. Durante a entrevista semiestruturada, quando questionado sobre sua experiência na unidade, ele descreveu o serviço de maneira oposta ao que a cena parecia indicar “aqui é muito bom, todo mundo, as pessoas tudo muito boa, prestativo, comunicativo. Aqui eu não tenho o que falar nada de ninguém porque todo mundo, dos que limpam até os doutores, são bons”. Esse deslocamento nos obriga a suspender a tentação de falar *pelo* outro, algo que Deleuze, no livro *Microfísica do Poder* (2024, p. 133), durante um debate com Foucault sobre “Os intelectuais e o poder” diz ter aprendido com suas obras: a indignidade de falar pelo outro – e que estou aprendendo, e exercitando, também. O relato do F.A.C.S. tensiona a análise e exige que a pesquisadora reconheça que o encontro/controlado é sempre filtrado pelas interpretações, usos e afeições do próprio usuário.

A partir desse tensionamento, torna-se possível compreender que a percepção de F.A.C.S. não é um desvio da análise foucaultiana, mas sua expressão concreta. Ao revisitar o que Foucault descreve sobre a *Lei dos Pobres* – uma assistência que protege ao mesmo tempo que controla – percebemos que tal ambiguidade não pertence apenas ao passado, mas estrutura a forma como sujeitos vulnerabilizados vivenciam o cuidado na atualidade. Para quem depende cotidianamente da unidade, como F.A.C.S., a assistência não é apenas um conjunto de normas e correções, mas também um lugar de continuidade, vínculo e garantia de sobrevivência.

É justamente nesse ponto que se revela a importância dos atributos derivados da APS (Starfield, 2006): quando o cuidado é percebido como um espaço de pertencimento e manutenção da vida, mesmo práticas moralizantes e normativas podem ser ressignificadas pelo usuário à luz de sua relação com o território, a equipe e sua própria história de cuidado. Essa interpretação não anula a existência de atravessamentos de poder, ela mostra que, nas bordas da desigualdade, o cuidado só pode ser compreendido se levado em conta as perspectivas do paciente – os signos que este estabelece sobre o que é o cuidado.

F.A.C.S. não avalia a unidade apenas pelo que lhe é dito, mas pelo que ela representa em sua economia relacional: um lugar onde ele é reconhecido, atendido e, sobretudo, incluído. É por isso que sua avaliação positiva pode coexistir com práticas de tutela ou moralização sem que ele as perceba como contradição: trata-se de interpretar o cuidado a partir da posição social que ocupa, de sua história de vida e do valor que atribui ao acesso ao serviço. Assim, o que à pesquisadora aparece como tensionamento entre cuidado e controle é vivido por F.A.C.S. como parte de uma mesma trama relacional – ambígua, histórica e profundamente marcada pelas condições que, desde a *Lei dos Pobres*, moldam as relações de cuidado.

4.2 Tomo remédio, logo, me cuido?

O título desta seção mobiliza, de forma provocativa, a máxima cartesiana *cogito, ergo sum* ('penso, logo existo') para tensionar os sentidos contemporâneos atribuídos ao cuidado em saúde. Essa expressão é atribuída ao filósofo francês René Descartes (século XVII) e aparece como fundamento de seu projeto filosófico moderno. Mais do que uma frase de efeito, essa máxima representa um ponto de partida de uma nova forma de pensar o conhecimento e o sujeito (Chauí, 2000).

Assim como Descartes escreve em um contexto de crise das verdades tradicionais, questionando saberes até então inabaláveis, este estudo se inscreve em um movimento de desconfiança em relação às verdades hegemônicas que atravessam o campo da saúde. No entanto, enquanto a dúvida cartesiana busca eliminar a experiência sensível em nome de uma certeza universal, a etnografia, aqui adotada como metodologia, opera no sentido oposto, buscando se ancorar na experiência, no corpo e no cotidiano como vias legítimas de produção de conhecimento para promoção de autonomia.

A força do *cogito* (pensar) está em estabelecer uma equivalência: pensar é igual a existir, essa equivalência foi fundamental para a filosofia moderna, mas possui lacunas ao privilegiar a razão em detrimento do corpo, da experiência e das relações, desconsiderando, por exemplo, as condições históricas, sociais e políticas que atravessam os sujeitos (Chauí, 2000). Ao formular o título desta seção, o objetivo não foi de equiparar o cuidado ao pensamento, nem afirmar um novo fundamento filosófico, mas utilizar a estrutura lógica da máxima cartesiana para evidenciar uma equivalência construída empiricamente. Em Descartes, pensar é existir, nos relatos dos pacientes deste estudo, tomar remédio é se cuidar.

Isto significa que, assim como o pensamento se torna, em Descartes, a prova da existência, a medicação se torna, para os participantes desta pesquisa, a prova do cuidado. A crítica aqui construída não é à escolha individual, mas à racionalidade histórica que faz com que o cuidado seja narrado, reconhecido e legitimado quase exclusivamente pela prática medicamentosa. Portanto, a analogia utilizada na formulação desta seção não é retórica, mas epistemológica e política.

Posto isso, a associação entre o uso de medicamentos e o cuidado com a própria saúde emerge, nos relatos dos participantes deste estudo, como um enunciado quase auto evidente:

cuidar-se passa prioritariamente, por “tomar todos os dias o meu medicamento”. Tal formulação, longe de ser apenas uma escolha individual ou uma prática isolada, inscreve-se em uma racionalidade histórica e política mais ampla, na qual o cuidado em saúde é progressivamente capturado pela lógica da medicalização.

A compreensão dessa centralidade atribuída ao medicamento não pode ser compreendida fora do processo histórico de reorganização das práticas de assistência e de gestão da vida que se intensifica a partir do século XVIII. Conforme analisa Foucault (2024) ocorre nesse período um deslocamento progressivo dos procedimentos tradicionais de assistências, antes marcados por uma caridade indiferenciada ao “pobre” enquanto categoria moralmente idealizada. Esse modelo passa a ser questionado à medida que o poder político e econômico reexamina os modos de investimento, capitalização e utilidade da população, produzindo uma reconfiguração funcional da pobreza. O “pobre” enquanto categoria homogênea, cede lugar a distinções que classificam os corpos segundo sua capacidade produtiva, sua relação com o trabalho e seu potencial de reinserção nos arranjos produtivos.

É nesse cenário do fazer assistencial na APS que a experiência de J.S.V.P. se apresenta como expressão da racionalidade discutida até aqui. J.S.V.P. é uma mulher, negra, de 45 anos, J.V.S.P. era um rosto desconhecido até então, seu último atendimento na equipe havia ocorrido 5 meses antes da presente consulta e no contexto de um atendimento de demanda espontânea. Com a marcha lenta, bermuda jeans escura e blusa de manga rosa clara, ela adentra o consultório da pesquisadora. Da clínica de onde se fala, existem dois principais tipos de usuários: os hiperfrequentadores e os que raramente aparecem, o segundo caso, frequentemente atravessado pelo trabalho.

A paciente em discussão se enquadra no grupo dos que raramente frequentam a clínica em virtude da carga horária laboral. J.S.V.P., inaugura sua narrativa de cuidado não a partir de uma queixa sintomática, mas da necessidade de renovar a receita de seus medicamentos para HAS e DM. Sua fala é direta e objetiva: “Bom dia minha filha, eu vim aqui pra renovar minha receita da pressão e da diabetes.”, condensando em poucas palavras uma compreensão de cuidado centrada na continuidade do uso medicamentoso, também evidenciado pela primeira pergunta do Bloco 1 (Cotidiano do cuidado em saúde), intitulada “*como você costuma cuidar da sua saúde no dia a dia?*” cuja resposta endossa a centralidade medicamentosa “Tomo os meus remédios de manhã cedo. Tomo meu banho, tomo meus remédios. Tento tomar o máximo que der direitinho. Quando eu estou passando mal, eu não tomo. Se eu sentir mal, entendeu? Mas costumo tomar todos os dias o meu medicamento”.

A consulta, que poderia se abrir para múltiplas dimensões do viver, do adoecer e do cuidar, é imediatamente organizada em torno da prescrição, evidenciando como o medicamento opera, para a paciente como principal, e por vezes único, mediador da relação com o serviço de saúde. Nesse sentido, a retomada do cuidado, após meses de afastamento impostos pela jornada de trabalho, não se dá pelo vínculo ou pela escuta, mas pela necessidade de garantir o acesso regular ao fármaco, reforçando a centralidade da medicalização como tecnologia de cuidado e de gestão da vida na APS.

A experiência de J.S.V.P., permite compreender como a medicalização se ancora em uma lógica produtiva que atravessa os corpos e reorganiza os sentidos do cuidado. Corpo exaurido pelo trabalho, responsável por sustentar a engrenagem produtiva à custa do próprio bem-estar, a paciente expressa aquilo que Dardot e Laval (2016) descrevem como a subjetividade neoliberal, a convocação do sujeito como “empreendedor de si”, responsabilizado individualmente por sua saúde mesmo diante de condições precarizadas. Nesse cenário, o cuidado em saúde desloca-se da esfera coletiva para o campo da autogestão, e o adoecimento passa a ser interpretado como falha individual, como ausência de cuidado suficiente.

Em contraposição a essa racionalidade que individualiza o adoecimento e atribui ao sujeito a responsabilidade quase exclusiva por sua saúde, Tronto (2007) nos ajuda a compreender a importância do reconhecimento da vulnerabilidade como condição constitutiva da vida humana, recolocando o cuidado em uma chave relacional e coletiva. Longe de se restringir a momentos de doença ou dependência extrema, o cuidado atravessa cotidianamente a existência, sustentando a vida por meio de redes complexas de relações, muitas vezes invisibilizadas pelo ideal moderno equivocado de autonomia plena.

A crença de que adultos autônomos cuidam de si mesmos encobre o fato de que todos os sujeitos estão permanentemente inseridos em fluxos de interdependência, nos quais dar e receber cuidado não se organizam como polos opostos, mas como dimensões contínuas da vida social. Ao exigir que os indivíduos se percebam como plenamente responsáveis por sua saúde, a lógica neoliberal nega essa vulnerabilidade compartilhada e esvazia a dimensão coletiva das responsabilidades sociais, convertendo o cuidado em obrigação moral individual e obscurecendo as condições estruturais que produzem o adoecimento (Tronto, 2007).

É a partir do ponto delineado acima que o processo de medicalização, conforme definido por Zorzanelli et al. (2014), encontra terreno fértil, onde problemas produzidos por dinâmicas sociais, laborais e estruturais são traduzidos em demandas médicas, passíveis de intervenção técnica, especialmente farmacológica. O medicamento emerge, assim, como resposta possível,

e socialmente legitimada, para sustentar corpos exauridos, permitindo que continuem funcionais às exigências do trabalho, e em última instância, do capital.

À luz de Foucault (2005) esse movimento pode ser compreendido como expressão de um dispositivo biopolítico que normatiza corpos e regula a vida cotidiana, não apenas por meio da coerção, mas pela internalização de imperativos de saúde e produtividade. Contudo, como alertam Zorzanelli et al. (2014), a medicalização não se manifesta de forma homogênea. Em contextos periféricos, marcados por múltiplas vulnerabilizações e negação histórica de direitos, o acesso ao medicamento pode também assumir a dimensão de inclusão social e exercício de cidadania, como evidência Biehl (2004) em seus estudos com pessoas vivendo com HIV.

Assim, no caso de J.S.V.P., o remédio não pode ser lido apenas como instrumento de controle ou redução do cuidado à lógica biomédica, mas como tecnologia ambígua, ao mesmo tempo em que sustenta a medicalização da vida social, viabiliza a sobrevivência e a permanência de um corpo em um sistema que parece ter como oferta de cuidado a medicalização da vida.

Essa discussão conduz a uma questão central: quem, afinal, tem o direito de conceber a saúde como experiência que envolve descanso, lazer, alimentação adequada, atividade física e acompanhamento regular em saúde? No caso analisado, essa possibilidade não se apresenta como escolha universal, mas como privilégio socialmente distribuído. A autonomia em saúde, frequentemente reduzida à capacidade individual de seguir orientações ou aderir prescrições medicamentosas, revela seus limites quando confrontada com corpos exauridos por jornadas de trabalho. À partir da perspectiva foucaultiana (2024), a autonomia não pode ser compreendida como atributo isolado do sujeito, mas como construção relacional, atravessada por disputas simbólicas e relações de poder que operam sobre saberes, práticas, corpos e instituições.

Embora o medicamento ocupe lugar central na percepção dos participantes como principal marcador de autocuidado, a cena etnográfica revela que essa centralidade não se traduz, necessariamente, em uso regular, algo evidenciado pela terceira pergunta do Bloco 2 (Uso de medicação) da entrevista semiestruturada ‘*já aconteceu de esquecer de tomar alguma medicação? O que você fez?*’ Onde as respostas foram ‘já. Eu não tomei o dia todo’; ‘já. Tomei depois’. Durante a consulta de J.S.V.P., após constatada o uso irregular dos medicamentos, ela responde “ah, então, é que eu achei que era muita medicação pra tomar, tava me sentindo bem e achei que não precisava”.

Esse descompasso entre a centralidade simbólica atribuída ao medicamento e seu uso efetivo cotidiano convoca uma reflexão sobre o tipo de diálogo que vem sendo estabelecido entre profissionais de saúde e usuários no interior da APS. Quando o cuidado, enquanto

mensagem, não é compreendido pelo sujeito a quem se destina, ele pode deixar de operar como tecnologia de promoção da saúde e pode, paradoxalmente, produzir novos agravos. A fala de J.S.V.P., descrita no final do parágrafo acima sugere que a prescrição foi incorporada como um comando técnico desvinculado de sentido, ao sentir-se bem, a paciente compreendeu que a continuidade do uso não era necessária, sem reconhecer que o controle de condições crônicas como HAS e DM depende justamente da manutenção regular da terapêutica.

Tal interpretação não emerge como falha individual, mas como verdade normativa, pouco permeável à escuta das compreensões, dúvidas e critérios de decisão do próprio paciente. É nesse ponto que se recoloca a questão que orienta este estudo: de que forma a supervalorização do saber científico, em detrimento do saber do paciente, interfere na autonomia dos sujeitos e na autogestão de seus processos de saúde e doença? A discussão sobre essa questão será aprofundada na seção 4.4. Por ora, a análise se concentrará na medicalização.

No acompanhamento de J.S.V.P., mesmo no curto tempo de atendimento imposto pela lógica capitalista que atravessa a APS carioca, a tentativa de retomar o cuidado das condições crônicas de HAS e DM se depara com as dificuldades que J.S.V.P., e demais pacientes possuem em nomear, organizar e utilizar cotidianamente os medicamentos prescritos. Ao ser questionada sobre quais fármacos utiliza, J.S.V.P., se insere no grupo de pacientes em uso irregular, grupo que emergindo de forma empírica, tornou-se o ponto de inflexão que deu origem a este estudo.

Portadora de doenças crônicas e em polifarmácia, a paciente em discussão convive com um regime terapêutico complexo, que exige organização, tempo e condições materiais para ser sustentado. No entanto, os arranjos laborais constituem neste caso, e em tantos outros observados no cotidiano, uma barreira para o cuidado, como evidenciado por J.S.V.P. “É difícil ter tempo pra fazer os exames e me cuidar, sabe? Muito trabalho, só tenho um dia de folga na semana e geralmente tô muito cansada, tento descansar e depois de fazer as coisas de casa”.

À luz da compreensão foucaultiana (2024) de que o poder não é um bem ou objeto que se possui, mas algo que circula e se exerce nas relações, a caixa organizadora de medicamentos, produto técnico-tecnológico deste trabalho, emerge como um dispositivo capaz de redistribuir esse poder no cuidado cotidiano. Para os participantes deste estudo, o manejo do tratamento não é apenas uma questão de adesão, mas de acesso a ferramentas que tornem possível a organização terapêutica. A caixa organizadora, enquanto tecnologia simples e situada, opera deslocando parcialmente o eixo de controle do tratamento – tradicionalmente centrado no profissional – para o espaço doméstico e cotidiano dos usuários.

Nesse sentido, a caixa não elimina as relações de poder que atravessam o cuidado, mas as reconfigura, criando condições para que a autonomia seja produzida de forma relacional. Ao

favorecer a compreensão do esquema terapêutico, a previsibilidade do uso e a visualização concreta do tratamento, o dispositivo contribui para que os usuários exerçam maior governabilidade sobre seu próprio cuidado, não como imposição normativa, mas como possibilidade concreta de ação. Assim, este dispositivo se inscreve como tecnologia leve-dura que tensiona a medicalização ao mesmo tempo em que a reinscreve em uma lógica de cuidado compartilhado, ampliando espaços de decisão e de protagonismo do usuário no manejo de suas condições de saúde.

Dessa forma, a analogia mobilizada no título desta seção cumpre sua função crítica ao evidenciar como determinadas racionalidades produzem equivalências que passam a operar como verdades práticas no cotidiano do cuidado. Se, na filosofia cartesiana o *cogito* inaugura um regime de verdade no qual pensar equivale a existir, no campo empírico aqui analisado, observa-se a consolidação de um regime no qual tomar o remédio equivale a se cuidar. Tal equivalência, longe de ser natural ou universal, é historicamente produzida e socialmente distribuída, atravessada por relações de poder, condições materiais de existência e desigualdades estruturais que delimitam quem pode – e quem não pode – experimentar outras formas de cuidado para além da medicalização.

4.3 A geografia do cuidado

NO FUNDO DA PRÁTICA CIENTÍFICA existe um discurso que diz: “Nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera da nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar” (Foucault, 2024, p. 190).

A epígrafe escolhida para inaugurar esta subseção tensiona a crença de que a prática científica seria capaz de revelar verdades pré-existentes, adormecidas no mundo, aguardando apenas o olhar correto, o método adequado ou o instrumento mais preciso para emergirem. Essa racionalidade sustenta a figura do intelectual como aquele que vê onde os outros não veem, que nomeia o que permanece oculto e que assume para si a tarefa de dizer a verdade àqueles supostamente incapazes de formulá-la.

Trata-se de uma posição que, longe de ser neutra, institui uma relação hierárquica entre quem conhece e quem é conhecido, entre quem fala e quem é falado, convertendo determinados

sujeitos em destinatários passivos de um saber que lhes seria exterior. Mas Foucault (2024, p. 131-132) ao discorrer sobre *Os intelectuais e o Poder* pontua:

Ora, o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e eles o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Os próprios intelectuais fazem parte desse sistema de poder, a ideia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema. O papel do intelectual não é mais o de se colocar “um pouco na frente ou um pouco de lado” para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da “verdade”, da “consciência”, do discurso.

Ao deslocar o intelectual desse lugar de porta-voz da verdade, Foucault não apenas questiona uma posição ética, mas desestabiliza um modo de produção do conhecimento que atravessa a academia e a pesquisa em saúde. Modo esse que concebe e estabelece discursos no tecido social, discursos que concebem, por exemplo, o território favelado como espaço da falta, da precariedade. Produtor de mazelas e determinante social negativo em saúde. Essa concepção acerca da favela é, por um lado, vazia de contexto e, por outro, repleta de preconceitos. Ao abordar esse território como espaço carente de explicação, consciência ou racionalidade, o pesquisador tende a ocupar exatamente esse lugar criticado pelo autor, aquele que fala *sobre* e *por* sujeitos que já sabem, já nomeiam e já interpretam suas próprias condições de vida e cuidado.

Nesse sentido, a crítica foucaultiana permite problematizar abordagens acadêmicas que, ao se apresentarem como reveladoras da “verdade” do território, acabam por silenciar saberes produzidos e perpetuar discursos que reforçam assimetrias de poder entre ciência e experiência. O título desta subseção foi inspirado no capítulo dez do livro *Microfísica do Poder*, intitulado *Sobre a Geografia*, a partir de uma entrevista concedida por Foucault à revista francesa *Hérodote*, em 1976, na qual se discutiam as relações entre espaço, saber e poder.

Durante a entrevista, metáforas espaciais como *território*, *domínio*, *solo*, *horizonte*, *arquipélago*, *geopolítica*, *regiões* e *paisagens* são mobilizadas enquanto noções geográficas. Dentre elas, apenas “arquipélago” seria, segundo o autor, uma noção geográfica propriamente dita; as demais, antes de serem geográficas, constituem noções discursivas, e, portanto, estratégicas. Tais noções podem ser analisadas a partir de duas perspectivas: a temporal e a espacial. A primeira implicaria a consideração de práticas individuais, com suas próprias

temporalidades; a segunda permitiria compreender os caminhos pelos quais essas noções se transformariam a partir – e por meio – das relações de poder. Em ambos os casos, trata-se de noções atravessadas de pretensões científicas, que longe de serem neutras, participam ativamente de produção de ‘‘verdades’’ sobre os territórios, entendidas, nos termos de Foucault, como ‘‘um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados’’ (Foucault, 2024, p. 54).

Essa crítica se estende à própria pesquisadora, que de forma equivocada, ao formular as perguntas das entrevistas semiestruturadas, acabou por fomentar a perpetuação dessas ‘‘verdades’’. O Bloco 4 da entrevista, intitulado *Território e Contexto Social*, inaugura-se com o seguinte questionamento: *Como o lugar onde você mora influencia no seu cuidado com a saúde?* Essa pergunta, longe de representar um questionamento neutro acerca das perspectivas dos pacientes sobre o território que habitam, carrega em suas entrelinhas um discurso hegemônico que inscreve a favela como espaço de vulnerabilidade ou de ausência – de direitos, de infraestrutura, de racionalidade. Tal perspectiva acadêmica opera, frequentemente, a partir de um olhar que antecede o encontro com o território e a captura em categorias previamente estabilizadas.

No livro *Pacientes que curam*, da médica de família e comunidade Julia Rocha (2020), especialmente no capítulo cinco, intitulado *Responsabilizar-se*, a autora problematiza como a organização normativa e social tende a definir e colonizar a subjetividade humana. Nesse processo, percepções sobre a vida, modos de pensar e afetos passam a ser profundamente influenciados pelo pensamento hegemônico, que naturaliza determinadas formas de ver o mundo e obscurece as raízes históricas e sociais que sustentam tais construções subjetivas.

À luz dessa reflexão, o bloco de entrevistas anteriormente apresentado (bloco quatro) pode ser compreendido como atravessado por uma racionalidade que enquadra os territórios favelados como espaços marcados pela falta. Essa lógica, amplamente difundida no campo da saúde, produz leituras que antecedem o encontro e moldam expectativas sobre os sujeitos e seus modos de viver. Tal racionalidade torna-se particularmente visível na trajetória de C.L.R., paciente que recebeu acompanhamento mais frequente ao longo do estudo. O primeiro encontro com esse usuário ocorreu durante uma visita domiciliar, realizada após uma tentativa inicial sem sucesso, em uma manhã de primavera fria e ensolarada, quando o deslocamento até a sua residência exigiu a subida do morro onde vive.

Na ocasião, o elemento que primeiro se impôs à experiência foram as escadas (Figura 4) que conduziam à casa de C.L.R.: íngremes, com degraus curtos e irregulares. Durante a subida, o esforço físico passou a operar como disparador de uma reflexão mais ampla sobre as

barreiras concretas que atravessam o acesso à saúde naquele território. Cada degrau explicitava não apenas um obstáculo geográfico, mas a materialização cotidiana das dificuldades enfrentadas pelo paciente para acessar serviços, cuidados e direitos. Esse deslocamento revelou, ainda, a necessidade de tensionar a ideia implícita de que o cuidado em saúde se produz unicamente a partir da ação do profissional, desvelando o quanto o território também educa, interpela e reorganiza os arranjos de cuidado.

Figura 4: Escada de acesso à residência de C.L.R.



Registro da autora (2024).

Reconhecer que – permitam-me subverter aqui as regras da escrita acadêmica acerca das ciências duras – *eu* mesma, em um primeiro momento, me inscrevi nesse regime de saber constitui parte fundamental do exercício crítico proposto por Foucault. Trata-se de compreender como determinados modos de ver se tornam possíveis, legítimos e até desejáveis no interior da ciência. Assim, mais do que denunciar um equívoco analítico pontual, trata-se de evidenciar como a própria produção do conhecimento pode operar como tecnologia de poder, produzindo verdades que organizam, classificam e governam os espaços e os sujeitos que neles habitam.

Nesse movimento de deslocamento do olhar, torna-se possível reconhecer que aquilo que foi historicamente tratado como ausência – de saber, de racionalidade ou de competência – revela-se, na verdade, como a presença de outros modos de conhecer e significar o mundo. É nesse ponto que a noção foucaultiana (2024, p. 266) de *insurreição dos saberes dominados* torna-se fundamental para compreender as percepções dos participantes acerca do território que habitam. Para Foucault, tais saberes não são ingênuos nem desprovidos de racionalidade; ao contrário, tratam-se de conhecimentos locais, descontínuos e frequentemente desqualificados pelos regimes de verdade hegemônicos, mas que carregam uma potência crítica justamente por escaparem às formas institucionalizadas de validação científica.

É nesse sentido que a noção de território, quando pensada a partir dos sujeitos que o habitam, aproxima-se da compreensão proposta por Gondim e Monken (2008), para quem territorializar implica “habitar o território”, o que supõe incorporá-lo em sua complexidade, reconhecendo tantos os fluxos de adversidade quanto os fluxos de vida que se entrelaçam em sua dinâmica. A partir dessa compreensão do território como espaço vivido e produzido nas relações, torna-se necessário avançar na problematização dos modos pelos quais ele é conhecido, interpretado e transformado em objeto de saber. Mais do que descrever o território, trata-se de interrogar os regimes de verdade que sustentam determinadas leituras.

Nesse esforço de problematizar os regimes de verdade que sustentam determinadas leituras sobre o território, a formulação do Bloco 4 mostrou-se atravessada, ainda que de forma não intencional, pelo vocabulário e pelos pressupostos analíticos dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Ao mobilizar esse referencial, partiu-se da expectativa de que os participantes reconhecessem o território como um fator social que incide diretamente sobre o processo de saúde e doença, em consonância com a definição clássica dos DSS enquanto conjunto de fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a saúde das populações (Paim, 2009).

Entretanto, já em formulações anteriores, Bonet e Tavares (2008 apud Fazzioni, 2023) e Gerhardt (2010 apud Fazzioni, 2023) chamam atenção para a centralidade conferida a esses determinantes tende a se apoiar em leituras mais gerais e reducionistas da realidade social, que

priorizam fatores estruturais e condições objetivas de vida, deixando em segundo plano a forma como essas condições são vividas, interpretadas e manejadas pelos próprios sujeitos no cotidiano. Nesse sentido, a formulação das perguntas acabou por pressupor uma relação direta entre território e saúde que não necessariamente corresponde às experiências concretas e aos sentidos atribuídos pelos participantes, evidenciando os limites de abordagens que pouco consideram os processos de mediação e agência individual.

Esse descompasso torna-se visível nas respostas dos participantes, que, de modo recorrente, minimizam ou mesmo negam a influência do território sobre sua saúde. Afirmarções como “não tem influência nenhuma. O que influencia é a minha casa, não o local que eu moro” (C.L.R.) ou “é tranquilo” (F.A.C.S.) ou ainda “não influencia muito não” (J.S.V.P.) revelam não apenas uma recusa ao enquadramento implícito na pergunta, mas também um deslocamento analítico significativo. O território, enquanto categoria ampla, generalizante e formulada a partir de referenciais técnicos, não emerge como um elemento relevante na narrativa acerca da experiência concreta desses sujeitos, mas se expressam nas entrelinhas do cotidiano, tecendo novos significados e relevâncias acerca do território.

Nesse contexto, a fala de C.L.R. é particularmente elucidativa ao afirmar que o que influencia sua saúde não é o local onde mora, mas sua casa. Esse deslocamento da noção de território para casa dialoga diretamente com a reflexão apresentada por Fazzioni (2023) a partir de uma situação vivenciada pela autora durante sua atuação como supervisora de estudantes de medicina na APS. Ao narrar a história de uma estudante, a autora evidencia como a casa é compreendida não apenas como um espaço físico ou como a soma de bens materiais mínimos, mas como um lugar de sustentação da vida em sentido amplo. No relato, a estudante afirma que, apesar de pobre, sua casa tinha “tudo”, essa totalidade não se refere apenas à estrutura material, mas sobretudo às relações de cuidado que tornavam possível a integridade de seu corpo e de sua trajetória.

De modo análogo, a centralidade atribuída por C.L.R. à casa sugere que a influência sobre a saúde se produz em uma especialidade íntima e relacional, na qual se articulam condições materiais, vínculos afetivos e práticas cotidianas de cuidado, tensionando leituras que privilegiam exclusivamente determinantes territoriais amplos e reforçando a necessidade de abordagens sensíveis às experiências vividas.

É nesse ponto que a noção foucaultiana (2024) de genealogia se torna central, ao deslocar o olhar da busca por origens ou essências para a análise das condições históricas que tornam certos discursos possíveis. Ao questionar a naturalização das verdades científicas, a genealogia permite compreender como determinadas formas de nomear e explicar o território

se consolidam como evidentes, enquanto outras são silenciadas. Esse deslocamento teórico-metodológico prepara o terreno para uma leitura crítica das narrativas produzidas sobre o território favelado, compreendendo-as como efeitos de disputas, relações de poder e escolhas epistemológicas situadas.

A genealogia é cinza; ela é meticulosa e pacientemente documentária. Ela trabalha com pergaminhos embaralhados, riscados, várias vezes reescritos. Paul Rée se engana, como os ingleses, ao descrever gêneses lineares, ao ordenar, por exemplo, toda a história da moral pela preocupação com o útil: como se as palavras tivessem guardado seu sentido, os desejos sua direção, as ideias sua lógica; como se esse mundo de coisas ditas e queridas não tivesse conhecido invasões, lutas, rapinas, disfarces, astúcias. Daí, para a genealogia, um indispensável demorar-se: marcar a singularidade dos acontecimentos, longe de toda finalidade monótona; espreitá-los lá onde menos se os espera e naquilo que é tido como não possuindo história — os sentimentos, o amor, a consciência, os instintos; apreender seu retorno não para traçar a curva lenta de uma evolução, mas para reencontrar as diferentes cenas onde desempenharam papéis distintos; e até definir o ponto de sua lacuna, o momento em que eles não aconteceram (Platão em Siracusa não se transformou em Maomé) (Foucault, 2024, p. 55).

A partir dessa formulação, Foucault propõe uma ruptura decisiva com as leituras que tomam a história como percurso contínuo, progressivo e orientado por uma finalidade. A genealogia, ao contrário, recusa a ideia de origens puras e de desenvolvimentos lineares, voltando-se para os acidentes, os desvios e as disputas que constituem os acontecimentos. Trata-se de um método que não busca explicar o presente a partir de uma suposta essência inicial, mas interrogar as condições históricas que tornaram determinados modos de pensar, agir, governar e cuidar possíveis – e outros, impensáveis.

Essa perspectiva é particularmente fecunda para pensar o território favelado e os modos como ele é produzido discursivamente pela academia e pelas políticas públicas. Quando o território é descrito como espaço de carência, da precariedade ou da ausência, ele passa a ser capturado por uma narrativa linear que o fixa como problema a ser corrigido. Tal leitura pressupõe uma lógica evolutiva implícita: há um modelo ideal de cidade, de cidadania e de saúde, e a favela aparece como aquilo que ainda não chegou lá. Nesse movimento, apagam-se as disputas, os atravessamentos históricos e as *bricolagens*⁴ que constituem esses territórios.

⁴ O termo **bricolagem**, conforme utilizado por João Biehl (2011), refere-se à capacidade das pessoas de, mesmo em contextos de escassez e precariedade, criar pequenos espaços de vida e cuidado a partir dos recursos limitados disponíveis, elaborando estratégias provisórias de sobrevivência e resistência diante de classificações e mecanismos de controle.

A genealogia, ao contrário, convida a “demorar-se” nesses espaços e a observar aquilo que geralmente não é reconhecido como saber legítimo: os afetos, os modos de cuidado, as estratégias de vida e as redes de solidariedade que sustentam a vida. Ao fazê-lo, desloca-se o olhar que transforma o território em objeto passivo de intervenção e revela-se sua condição de espaço ativo de produção de saberes, sentidos e cuidados. O que se coloca em questão, portanto, não é apenas o conteúdo das narrativas acadêmicas, mas o próprio regime de verdade que autoriza certos discursos a falar *sobre* o território, enquanto silencia aqueles que falam *a partir* dele.

Nesse sentido, a genealogia, tal como mobilizada por Foucault, não se apresenta apenas como um método de análise histórica, mas como um gesto ético-político que convoca a desnaturalização das verdades que organizam o campo da saúde e da produção do conhecimento. Assim, mais do que oferecer uma nova interpretação sobre o território, a genealogia convoca uma inflexão ética na própria prática científica. Trata-se de reconhecer que toda produção de conhecimento é também uma prática de poder, e que escolher como, de onde e com quem se fala é parte constitutiva daquilo que se produz como verdade. É a partir desse deslocamento que se torna possível pensar o território não como objeto a ser explicado, mas como espaço de enunciação, resistência e produção de sentidos – criando condições de possibilidade para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e para a emergência de processos emancipatórios de cuidado.

4.4 Memórias póstumas: autonomia como condição, emancipação como horizonte do cuidado

A escolha da expressão *Memórias póstumas* não se refere aqui a um exercício retrospectivo ou nostálgico, mas a um movimento crítico inspirado no pensamento de Michel Foucault. Trata-se, portanto, de escrever a partir do reconhecimento de que as estruturas de poder que atravessam o campo da saúde – normativas, institucionais e discursivas – não são exteriores à prática, nem passíveis de simples superação. Ao contrário, são constitutivas dos modos de cuidar, governar e produzir saber. Assumir esse diagnóstico, no entanto, não implica imobilismo.

Esta subseção propõe, assim, uma escrita “póstuma” no sentido foucaultiano, entendida como um exercício de interrogação sobre aquilo que ainda pode ser feito no interior das engrenagens de poder. Deslocando o olhar da promessa de libertação total para as brechas possíveis na prática, busca-se pensar a promoção da autonomia como condição concreta do cuidado, mantendo a emancipação como horizonte ético-político que orienta, sem garantir, os caminhos possíveis no cotidiano da APS.

No campo do cuidado, Joan Tronto (2007), ao discutir a noção de assistência democrática, propõe uma crítica contundente às concepções liberais de autonomia que sustentam grande parte das políticas públicas contemporâneas. Para a autora, a autonomia frequentemente é mobilizada como ideal normativo associado à independência, à autossuficiência e à capacidade individual de escolha, desconsiderando que a vida social é estruturada por relações permanentes de dependência e interdependência. Tal concepção abstrata de autonomia tende a ocultar as condições materiais, institucionais e relacionais que tornam possível, ou inviável, a ação dos sujeitos no cotidiano.

Nesse sentido, Tronto desloca o entendimento de autonomia para uma perspectiva relacional e situada, na qual a capacidade de decidir e agir não é atributo individual isolado, mas efeito de relações de cuidado justas, responsivas e democráticas. A autonomia, assim compreendida, depende da escuta, do reconhecimento das necessidades e da participação efetiva dos sujeitos nos processos decisórios que atravessam suas vidas. Promover a autonomia, portanto, não equivale a retirar o cuidado ou transferir responsabilidades de forma unilateral, mas a construir condições para que os sujeitos possam participar ativamente das decisões que afetam suas vidas, mesmo – e especialmente – em contextos de vulnerabilidade. Quando descolada dessa dimensão relacional, a autonomia pode ser instrumentalizada como mecanismo

de responsabilização moral, como observado no caso de F.A.C.S., convertendo-se em exigência normativa que reforça desigualdades em vez de reduzi-las⁵.

A emancipação, por sua vez, opera em outro plano. Diferentemente da autonomia, que se refere à ampliação da capacidade de decisão dos sujeitos no interior de determinadas condições, a emancipação diz respeito à processos coletivos e ético-políticos de transformação das próprias condições que produzem desigualdade, dominação e exclusão (Freire, 2019; Fraser, 2022), não se reduzindo à ampliação individual da capacidade de escolha, mas implicando a problematização das próprias estruturas de poder que organizam o cuidado e a vida social. A emancipação implica ação coletiva, conscientização crítica e transformação das práticas que sustentam injustiças estruturais.

Concebendo o cuidado como um fenômeno atravessado por relações de poder, o entendimento foucaultiano de cuidado de si, conforme articulado no contexto brasileiro por Gomes, Ferreira e Lemos (2018), aponta para a possibilidade de práticas de liberdade situadas, que tensionam e rearranjam as relações de subjetivação no interior das instituições e das normas. Ao reorientar o foco da promessa de uma liberdade absoluta para práticas concretas de cuidado que produzam efeitos nas formas de agir e pensar dos sujeitos, abre-se espaço para pensar a promoção da autonomia como uma prática de liberdade no cotidiano dos encontros de cuidado, enquanto a emancipação permanece como horizonte ético-político orientador, sem a promessa de uma exterioridade total ao poder.

Dessa forma, ao longo deste trabalho, a autonomia é compreendida como produção relacional, situada no encontro entre os sujeitos, saberes e território, e cuja efetivação depende das condições sociais e institucionais do cuidado. A emancipação, por sua vez, assumida como horizonte, refere-se à possibilidade de transformação das relações de poder que atravessam o campo da saúde. Essa distinção permite reconhecer, simultaneamente, os limites impostos pelas estruturas existentes e as brechas pelas quais se tornam possíveis práticas de cuidado mais democráticas e politicamente comprometidas com a vida.

⁵ Um exemplo de política pública que mobiliza uma concepção liberal de autonomia no contexto da APS encontra-se nos documentos oficiais que orientam o manejo e o autocuidado de pessoas com doenças crônicas na APS, nos quais o autocuidado e a capacidade individual de tomar decisões entre atendimentos são ressaltados como capacidades fundamentais a serem desenvolvidas nos usuários, embora muitas vezes sem considerar adequadamente as dinâmicas sociais. Por exemplo, o *Manual – Como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto de pandemia* do Ministério da Saúde orienta que “no intervalo entre um atendimento e outro, que configura a maior parte do tempo, as pessoas com condições crônicas tomam suas decisões sozinhas, por isso é fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com seu plano terapêutico”, enfatizando um modelo de autonomia centrado na ação individual do paciente entre as consultas. Documento disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/arquivos/2020/manual_como-organizar-o-cuidado-de-pessoas-com-doencas-cronicas-na-aps-no-contexto-da-pandemia.pdf

Tal diferenciação ganha densidade quando observada à luz das práticas de acompanhamento de pessoas com condições crônicas não transmissíveis na APS, como dos pacientes selecionados para este estudo e de tantos outros que germinaram a semente questionadora que motivou este trabalho. Nesses contextos, é recorrente a mobilização de uma noção de autonomia que se ancora na responsabilização individual pelo autocuidado, pressupondo que a transmissão de informação e que prescrição técnica seriam suficientes para garantir adesão e manejo adequado da condição de saúde. No entanto, tais mobilizações dificilmente encontram ressonância na prática.

A experiência de A.V.R., observada em conjunto com a de C.L.R., evidencia o insucesso dessas mobilizações e põe em relevo como a atenção às dinâmicas de vida se mostram fundamentais para o cuidado. A.V.R., homem pardo de 49 anos, filho e único cuidador de C.L.R., escancara essa dimensão frequentemente invisibilizada no acompanhamento em saúde. Antes de minha visita, C.L.R. e A.V.R., haviam recebido, há pouco tempo, uma visita de um dos médicos da equipe, motivada também por alterações em seus exames laboratoriais. A síntese que o médico compartilhou comigo após o encontro foi direta: “Se prepara. Ele e o filho brigam o tempo todo”. As razões desse conflito, no entanto, não lhe eram claras.

Durante a visita domiciliar realizada pela pesquisadora, em um momento reservado, A.V.R. relata: “Doutora, eu tento ajudar com as medicações, mas são muitas, eu fico enrolado”, evidenciando que, para o sucesso de um tratamento, não basta a prescrição medicamentosa acompanhada de orientações técnicas descoladas do cotidiano. Em seguida, ele acrescenta: “[...] antes ele se cuidava, mas desde que a mãe dele morreu, ele tá assim, desgostoso. Só quer dormir, não para de fumar e sou eu pra tudo”. O relato explicita como o luto, a sobrecarga do cuidado e o sofrimento psíquico atravessam diretamente a capacidade de manejo da condição crônica, desafiando leituras que reduzem o cuidado à adesão individual e à responsabilização moral do sujeito.

A cena descrita, no entanto, não pode ser lida de forma simplista ou moralizante, tampouco como falha individual de qualquer um dos sujeitos envolvidos. Se, por um lado, a visita domiciliar permitiu acessar dimensões invisibilizadas da vida de C.L.R. e de seu cuidador – como o luto recente, a sobrecarga afetiva e material e a complexidade do manejo medicamentoso –, por outro, é preciso reconhecer que tais camadas dificilmente emergem em um cotidiano de trabalho marcado pela sobrecarga das equipes, pela escassez de tempo e pela pressão por respostas rápidas e mensuráveis.

O relato do médico, sintetizado na afirmação de que “eles brigam o tempo todo”, podem revelar menos uma desatenção individual e mais os limites de uma prática clínica produzida em

uma lógica de trabalho fortemente atravessada por processos de mercantilização da saúde, da intensificação das demandas e esvaziamento dos espaços de escuta. Nessa racionalidade, os conflitos familiares tendem a ser reduzidos a ruídos no tratamento, e não compreendidos como expressões de sofrimento, de luto e exaustão que incidem diretamente sobre a produção do cuidado.

Assim, a dificuldade de A.V.R. e C.L.R. – assim como de F.A.C.S. e J.S.V.P. – em manejar essa condição crônica não pode ser dissociada das condições concretas de vida que atravessam seu adoecimento, tampouco das condições objetivas de trabalho dos profissionais responsáveis por seu acompanhamento. A fragmentação do cuidado, nesse sentido, não se produz apenas na esfera do usuário, mas também na impossibilidade, muitas vezes estrutural, de os profissionais sustentarem práticas mais demoradas, como aquelas exigidas para o acompanhamento longitudinal na APS.

A partir da leitura proposta por Fazzioni (2023), que dialoga com as proposições de Donna Haraway, compreende-se que as limitações do conhecimento científico e das práticas em saúde precisam ser reconhecidas, sobretudo como base para a produção de um saber eticamente implicado. Em diálogo com a produção feminista, Fazzioni destaca ainda que, a partir de Haraway, os saberes devem ser compreendidos como necessariamente localizados, uma vez que “não estamos no comando do mundo; nós apenas vivemos aqui e tentamos estabelecer conversas não inocentes através de nossas próteses” (Haraway, 1995, apud Fazzioni, 2023, p. 175). Essas provocações são fundamentais para essa reflexão porque evidenciam que a compreensão do cuidado só se torna possível quando se reconhece que o conhecimento é produzido a partir de lugares específicos, atravessado por limites, relações e condições concretas de vida.

Diante desse cenário, a pergunta que se impõe não é sobre a possibilidade de escapar às relações de poder que atravessam o cuidado, mas sobre como enfrentar, no interior dessas estruturas, a supervalorização histórica do saber científico em detrimento dos saberes comunitários e de que maneira esse desequilíbrio incide sobre a autonomia dos sujeitos e a autogestão de seus processos de saúde e de doença. Tal hierarquização dos saberes não é contingente, como já discutido até aqui, o saber científico, especialmente no campo da saúde, constitui-se como forma de poder. Reconhecer esse caráter não implica negar a importância da ciência, mas compreender que tensioná-lo exige tempo, disponibilidade para a escuta e disposição para implicação com o outro – processos que demandam, também, uma reformulação contínua da própria prática profissional.

Trata-se de um movimento que se realiza no interior de um sistema que historicamente forma os trabalhadores da saúde a partir de uma racionalidade técnica, prescritiva e hierarquizada, o que torna tais deslocamentos complexos e, muitas vezes, contraditórios. Além disso, como evidenciado ao longo desta análise, o cuidado é atravessado e se constitui por múltiplas dimensões da vida – afetivas, sociais, econômicas e institucionais – que escapam ao controle técnico e desafiam leituras que pretendem reduzir a autonomia à adesão ou à capacidade individual de escolha.

Nesse contexto marcado por ambiguidades, limites estruturais e tensões permanentes, à maneira foucaultiana, não se trata de imaginar uma exterioridade ao poder, mas de reconhecer que onde há poder, há também possibilidades de resistência, entendidas não como grandes rupturas, mas como práticas localizadas, cotidianas e inventivas, capazes de tensionar os modos hegemônicos de cuidar. É nesse registro que se inscrevem as experiências aqui analisadas, em especial a construção da caixa organizadora de medicamentos enquanto produto técnico-tecnológico. Longe de se configurar como uma solução neutra ou meramente instrumental, a caixa emerge como dispositivo relacional, produzido no encontro – na visita ao C.L.R. e A.V.R. – e na união entre os saberes técnicos da pesquisadora e as experiências de vida e condições concretas de cuidado.

A preocupação com a união entre o saber técnico e o saber popular tem registros no contexto brasileiro desde a Revolução de 1964 ganhando novos contornos durante o período de redemocratização do país, onde torna-se um suporte técnico às necessidades populares, assim como um dispositivo de fomento do intercâmbio de saberes entre os sujeitos (Vasconcelos, 2018). A construção da caixa organizadora, mesmo que de forma não intencional inicialmente, encontra ressonância nos pressupostos da educação popular em saúde, na medida em que reconhece os sujeitos não como destinatários passivos de orientações técnicas, mas como portadores de saberes, histórias e estratégias próprias de cuidado (Cruz et al, 2024).

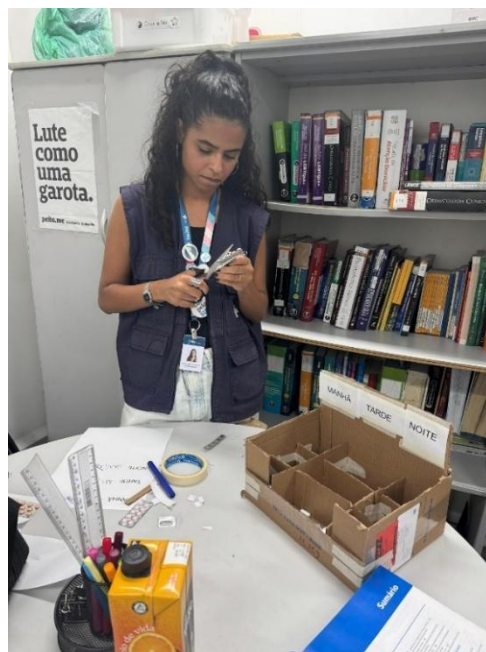
A caixa organizadora, surgiu como ideia na visita de C.L.R., após A.V.R. mostrar a pesquisadora o local onde guardava os remédios do pai – uma gaveta de geladeira. Se ele podia armazenar os remédios ali, por que não em uma caixa que fosse dividida e nomeada segundo a prescrição? Foi a proposta que fiz a eles no dia e A.V.R. de imediato respondeu: “Doutora, pode fazer que eu vou fazer de tudo pra ajudar ele a tomar os remédios direitinho.” O Bloco 5 das entrevistas, *Impressões sobre a Caixa Organizadora* pergunta aos participantes: “O que você acha da ideia de uma caixa que ajuda a organizar os remédios?” e as respostas soam promissoras: “Bom. Bom pro idoso. Ainda mais pro idoso que não sabe ler e escrever, pra ele ficar tranquilo” (A.V.R.); Bom, né. É bom que você não procura muito, não tem dúvida. Só vê

o que você tá consumindo” (C.L.R.); “É bom, né” (F.A.C.S.); “Eu acho boa. Se fizesse e desse pra cada um, seria mais fácil pra gente. Ou ensinasse, não sei, né” (J.S.V.P.).

Assim como a caixa surge do encontro entre a pesquisadora, A.V.R. e C.L.R., a educação popular aposta na construção compartilhada de sentidos e práticas, ainda que inserida em contextos marcados por assimetrias, limites institucionais e desigualdades estruturais que não se dissolvem pela ação individual. Nesse sentido, ao articular práticas de cuidado situadas, dispositivos técnicos construídos de forma relacional e princípios da educação popular, este trabalho aponta para a possibilidade de produzir saúde no interior de contextos atravessados por precarizações, sobrecargas e mercantilizações da saúde.

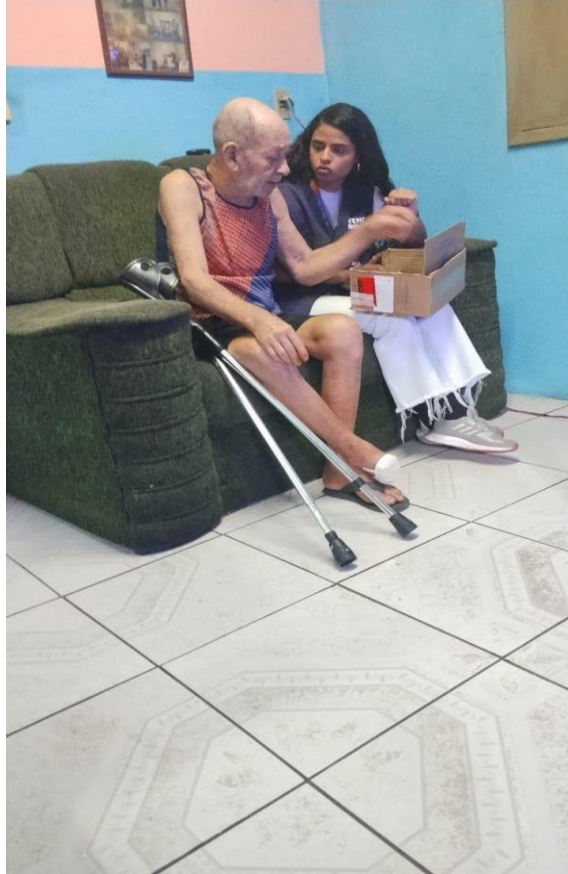
Não se trata de prometer a superação das estruturas que organizam o campo da saúde, mas de reconhecer as brechas onde se tornam possíveis práticas localizadas, inventivas, dialógicas e eticamente comprometidas com a vida. A autonomia, aqui, não se apresenta como atributo abstrato ou ideal normativo, mas como condição concreta e negociada do cuidado, que, ao se produzir nas práticas cotidianas, pode abrir caminhos possíveis para a emancipação – entendida menos como ponto chegada e mais como processo ético-político em permanente construção.

FIGURA 5: Registro da autora confeccionando a caixa organizadora após a visita domiciliar de C.R.L.



Registro da autora (2024).

FIGURA 6: Registro da autora entregando a caixa organizadora de medicamentos à C.R.L.



Registro da autora (2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu de uma inquietação produzida no cotidiano da APS, a partir de encontros concretos com sujeitos cujas narrativas revelaram tensões profundas entre saberes, práticas e expectativas que atravessavam a produção do cuidado. Ao acompanhar experiências situadas no Complexo do Alemão, buscou-se compreender de que forma a supervalorização do saber científico, em detrimento dos saberes comunitários, incidem sobre a autonomia dos sujeitos e a autogestão de seus processos de saúde e de doença.

Ao longo da pesquisa, tornou-se evidente que o cuidado não pode ser reduzido a um conjunto de ações técnicas ou prescrições normativas. As dificuldades enfrentadas pelos participantes não emergem como falhas individuais, mas como expressão de relações de poder, condições materiais de existência, sobrecargas e de um cotidiano institucional marcado pela intensificação do trabalho e pela mercantilização das práticas em saúde. Nesse cenário, a autonomia frequentemente mobilizada nos discursos institucionais revela-se frágil e contraditória, funcionando mais como expectativa moral imputada aos usuários do que como produção efetiva no encontro do cuidado.

A distinção entre autonomia e emancipação mostrou-se central para análise desenvolvida. A autonomia, compreendida neste trabalho como uma produção relacional e situada, depende das condições sociais, afetivas e institucionais que atravessam a vida dos sujeitos. Quando descolada dessas condições, ela tende a se converter em instrumento de responsabilização e culpabilização. A emancipação, por sua vez, opera em outro plano, não como promessa de libertação total, mas como horizonte ético-político que orienta práticas capazes de tensionar as estruturas que produzem desigualdade e sofrimento. Pensar a autonomia como condição concreta do cuidado, e emancipação como horizonte, permitiu reconhecer os limites sem abdicar das possibilidades de deslocamento.

Nesse contexto, a centralidade atribuída ao medicamento como principal signo de cuidado, sintetizada na provocação “tomo remédio, logo, me cuido?”, não emerge como escolha individual isolada, mas como efeito histórico de um modelo de atenção marcado pela medicalização da vida e pela responsabilização individual do adoecimento. O medicamento, longe de ser apenas um recurso terapêutico, passa a organizar sentidos, expectativas e relações, muitas vezes obscurecendo outras dimensões fundamentais do cuidado.

É diante desse cenário que surge a caixa organizadora de medicamentos, inicialmente não como produto técnico-tecnológico, mas como resposta situada produzida no encontro entre a pesquisadora, paciente e cuidador durante a visita domiciliar de C.L.R. A dificuldade no manejo do tratamento, explicitada na sobrecarga do cuidado e na complexidade da organização medicamentosa no cotidiano, fez com que a caixa surgisse como um gesto prático e relacional, construído a partir da implicação com aquela realidade concreta. Somente posteriormente, ao ser incorporada à reflexão deste estudo, a caixa organizadora passou a se constituir também como produto técnico-tecnológico do trabalho, sem perder sua origem no vínculo, na escuta, na implicação e na produção compartilhada de cuidado.

A análise da geografia do cuidado aprofundou essa compreensão ao evidenciar que o cuidado se produz em especialidades concretas, como a casa, o território é as redes afetivas, frequentemente invisibilizadas pelas racionalidades técnicas. Reconhecer essa geografia implica tensionar os regimes de verdade que hierarquizar saberes e silenciam outros modos de cuidar, reafirmando a legitimidade dos saberes construídos no cotidiano e a necessidade de práticas profissionais mais implicadas e situadas.

Produzir cuidado nesses contextos, contudo, exige reconhecer os limites impostos pelas condições objetivas do trabalho em saúde. Muitas vezes, profissionais se veem exaustos, sobrecarregados e sem horizonte, formados e capturados por modelos que dificultam a escuta, o tempo e a implicação com o outro. Ainda assim, este trabalho sustenta que, mesmo no interior dessas estruturas, é possível investir nas brechas onde práticas mais éticas, democráticas e comprometidas com a vida podem emergir.

É nesse ponto que este trabalho se autoriza a reivindicar, com Eduardo Galeano (s.d., vídeo⁶), o direito ao delírio. Não como fuga da realidade, mas como gesto político de recusa à naturalização da precariedade e do sofrimento. Delirar, aqui, é insistir em imaginar outros modos de cuidar, outros arranjos possíveis, outras formas de produzir saúde, mesmo quando tudo parece operar em sentido contrário. Entre limites e brechas, entre autonomia possível e emancipação desejada, este trabalho se encerra como aposta crítica na potência do cuidado como prática inventiva, coletiva e comprometida com a vida.

⁶ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Z3A9NyYzj8>. Acesso em: 29 de janeiro de 2026.

REFERÊNCIAS

ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. *Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde*. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde*. **Saúde e Sociedade**, v.13, p. 16-29, 2004.

BIEHL, J. *O Estado ativista: farmacêuticos globais, AIDS e cidadania no Brasil*. *Social Text*, v. 22, n. 3, p. 105–132, 2004.

BONET, Octavio. *De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde*. In: NEVES, Ednalva Maciel; LONGHI, Márcia Reis; FRANCH, Mônica (orgs.). *De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2018. p. 21–35.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 17, p. 77-93, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/1991*. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/1993*. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/1996*. Brasília, DF, 1996.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005a.

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et al. Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 28, p. e230550, 2024.

DANTAS, Iracema. *Juventudes em movimento: sistema de indicadores de cidadania: INCID aplicados ao Complexo do Alemão*. 2020.

FAZZIONI, Natália Helou. Manter-nos juntos: casa, corpo e cuidado em diferentes arranjos. *Anuário Antropológico*, v. 48, n. 1, p. 171-188, 2023.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 69. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975–1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FRASER, Nancy. *Justiça interrompida: reflexões críticas sobre a condição “pós-socialista”*. São Paulo: Boitempo, 2020.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica: uma arqueologia do olhar médico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. [Obra publicada originalmente em 1963].

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2024.

GALEANO, Eduardo. O direito ao delírio. Leitura do autor. YouTube, 2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Z3A9NybyZj8>. Acesso em: 26 jan. 2026.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 2008

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. *Territorialização em saúde*. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da Educação*

Profissional em Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>. Acesso em: 22 set. 2025.

HAMMERSLEY, Martyn; ATKINSON, Paul. *Ethnography: Principles in Practice*. 4th ed. London: Routledge, 2021.

HEIDEGGER, Martin. *Ser e Tempo*. Tradução de Fausto Castilho. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 4 dez. 2024.

LAZZARATO, Maurizio; NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEININGER, Madeleine Maria. *Cuidado transcultural em enfermagem: diversidade e universais culturais*. São Paulo: Roca, 2002.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

MÜLLER, Manuela Rodrigues; LIMA, Rossano Cabral; ORTEGA, Francisco. *Repensando a competência cultural nas práticas de saúde no Brasil: por um cuidado culturalmente sensível*. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e210731pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2023.v32n3/e210731pt/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. *Império*. 11. ed. São Paulo: Record, 2001.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. *Multidão*. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

NEGRI, Antonio; HARDT, Michael. *O Trabalho de Dioniso: para crítica ao Estado pós-moderno*. Rio de Janeiro: Pazulin, 2004.

NUNES, João Arriscado. *Saúde, direito à saúde e cidadania*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araujo de (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p. 89-106.

PAIM, Jairnilson Silva. Determinantes sociais de saúde. SEMINÁRIO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, v. 1, n. 20, p. 09, 2009.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Mapeamento das atividades produtivas e da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/2e652a52-c1a3-4de3-a2bd-e80eefc0280a>. Acesso em: 12 out. 2025.

RAFFESTIN, Claude. *Por uma geografia do poder*. São Paulo: Ática, 1993.

RIESSMAN, Catherine Kohler. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 2.055, de 9 de dezembro de 1993. *Delimita a XXIX Região Administrativa – Complexo do Alemão, criada pelo Decreto nº 6.011, de 4 de agosto de 1986, e dá outras providências*. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/273048/lei-2055-93>. Acesso em: 1 dez. 2024.

RYLE, Gilbert. *Collected Papers. Volume II: Collected Essays 1929–1968*. London: Hutchinson, 1971.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2002.

STARFIELD, Barbara et al. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2006.

SODRÉ, Francis; ROCON, Pablo Cardozo. *O trabalho em saúde pode ser considerado “tecnologia leve”?*. Saúde e Sociedade, v. 32, p. e210545pt, 2023.

TRONTO, Joan C. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 285–308, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; LIBÂNIO, João Batista; SOMARRIBA, Mercês Gomes; VALLA, Victor Vincent. Educação popular e a atenção à saúde da família. 6. Ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

VIVA RIO. *Saúde em Rede – Viva Rio*. Disponível em: https://vivario.org.br/upa-saude_em_rede/. Acesso em: 10 out. 2025.

VELOSO, Sérgio; SANTIAGO, Vinícius. *Ninguém entra, ninguém sai: mobilidade urbana e direito à cidade no Complexo do Alemão*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, 2017. Disponível em: https://br.boell.org/sites/default/files/web_livro_ninauem_entra_ninauem_sai.pdf. Acesso em: 9 dez. 2024.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira; ORTEGA, Francisco; BEZERRA JÚNIOR, Benilton. *Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 1859-1868, 2014.

ZORZANELLI, L. *Medicalização: conceitos, debates e críticas*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 29, n. 85, p. 77–95, 2014.