UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Campus São Paulo

FERNANDA MARIA PACHECO DE RESENDE

São Paulo

2019

Ficha Catalográfica

Universidade Federal de São Paulo

Resende, Fernanda
Descobrindo tesouros no território: agentes comunitárias de saúde em cena / Fernanda Resende. - São Paulo, 2019.
128 f.

Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo - Campus São Paulo - Programa de Pós-Graduação *strictu sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, 2019.
Orientadora: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Educação Permanente em Saúde. 3. Cartografia. 4. Cinema. 5. Oficina. I. Descobrindo tesouros no território: agentes comunitárias de saúde em cena.

FERNANDA MARIA PACHECO DE RESENDE

DESCOBRINDO TESOUROS DO TERRITÓRIO: AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM CENA

Dissertação apresentada a UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

São Paulo

2019

FERNANDA MARIA PACHECO DE RESENDE

DESCOBRINDO TESOUROS DO TERRITÓRIO: AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM CENA

Dissertação apresentada a UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Stella Maris Nicolau (Orientador)

_____

Prof.ª Dr.ª Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (Avaliador)

_____

Prof.ª Dr.ª Sabrina Helena Ferigato (Avaliador)

_____

Prof.ª Dr.ª Simone Aparecida Ramalho (Avaliador)

São Paulo, 12 de março de 2019

Dedico a todas as mulheres que aceitam o desafio de trabalhar como agentes comunitárias de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Fernando e Graça, por todo amor e pelo esforço que fizeram para me dar sempre mais do que podiam.

A Tainá, pelo incentivo constante e por acreditar em mim mais do que eu mesma.

À minha orientadora Prof.ª Dr.ª Stella Maris Nicolau, por compartilhar sua energia tão vibrante comigo, por me inspirar a perseverar e resistir, mesmo em momentos difíceis, e por me estimular a me arriscar em caminhos complexos e potentes.

Agradeço à Banca examinadora, por terem aceito o convite para fazer parte desse momento da minha vida e por acrescentar mais qualidade ao meu trabalho.

Aos meus irmãos, Gracinha, Fernando e Carlito e minhas cunhadas Raquel e Olívia, que sempre torceram por mim e me proporcionaram a grande alegria de ser tia do Felipe, Cássia, Sarah e Hugo.

À minha avó e matriarca da família, Carmencita, por seu amor, sabedoria e compreensão infinitos.

Aos meus avós Geraldo, Manoel e Lourdes, já falecidos, pelo amor e carinho apesar da distância.

Ao Bidu, meu idoso filho de quatro patas, por ser meu companheiro de toda s as horas e fonte de alegria diária.

A toda minha família, tios e primos numerosos, pelo sempre caloroso encontro.

Agradeço a Alline, Leide, Nathália e Rachel pelo apoio em todos os momentos, risadas e desabafos ao longo dos anos desse mestrado e por trazerem ao mundo Ben, Flora e Laurinha.

Muito obrigada a todas as agentes comunitárias de saúde que fizeram esse percurso comigo, por todo empenho, disponibilidade e carinho e por possibilitar que essa pesquisa acontecesse.

A Izildinha, que me ajudou e apoiou ao longo desse caminho.

A todos os meus amigos, pelo carinho, paciência e parceria na vida, em especial Fábio e Gustavo, que me acompanham desde sempre.

À minha equipe NASF, pela amizade, trabalho em equipe e vida que dividimos por anos.

À minha turma de Mestrado Profissional, 2016, pelos bons momentos e dificuldades que superamos juntos.

Aos professores do Centro de Desenvolvimento de Ensino Superior da UNIFESP.

A todos os profissionais com quem trabalhei na Atenção Básica, por toda amizade, aprendizado e trabalho compartilhado.

A Vida, por me permitir ter essa experiência tão rica e importante pra mim.

RESUMO

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, as agentes comunitárias de saúde se destacam por serem profissionais sem uma formação prévia na área da saúde, sendo, portanto, capacitadas em serviço, e além disso, devem residir no território em que trabalham. A atuação próxima às famílias e o conhecimento da comunidade e território permite que tenham um olhar diferenciado em relação ao sofrimento das famílias. Estas profissionais lidam com problemas diversos e sua atuação vai além do campo da saúde. No seu cotidiano tem sido frequente o sofrimento mental e adoecimento. Essa pesquisa de atitude cartográfica buscou conhecer o trabalho dessas profissionais, suas possibilidades e dificuldades, através da realização de oficinas, tendo o cinema como elemento de ruptura do cotidiano e abertura para uma experiência compartilhada. A partir das análises dos dados produzidos, foi possível concluir que essas oficinas realizadas com cinema permitiram a reflexão sobre o processo de trabalho, sobre as relações com outros profissionais e com as famílias atendidas, bem como das dificuldades e capacidades das participantes no seu cotidiano de trabalho. Dessa forma, a oficina de cinema se configurou como uma possível ferramenta a ser utilizada na Educação Permanente em Saúde, além de oferecer um espaço de criação de vínculo entre as profissionais, com possibilidade de escuta e acolhimento para suas angústias.

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde, educação permanente em saúde, cartografia, cinema, oficina.

ABSTRACT

Within the Family Health Strategy program, community health workers often stand out because they are professionals without a formal education in health sciences, but with trainning for service. In addition, they are required to live in the area in which they work. The service provided near the locations of the families, and the knowledge of local community issues allow them to develop a different perspective on the suffering of the families. These professionals deal with a variety of problems and their service goes beyond health care. Their routine is filled with struggles which often lead to the development of mental health issues. The present research of cartographic attitude aimed to obtain insight into the work of these professionals, their potential and difficulties, through the practice of workshops, using movies as tools to disrupt their routine and open them to a shared personal experience. From the data analysis generated, it was concluded that the workshop involving movies allows a pause for reflection about the work duties, about the relationships with other professionals and the families served, as well as awareness of the difficulties and abilities of the participants in their daily work. Therefore, the cinema workshop was shown to be a potential tool to be used in the Health Continuing Education program, in addition to represent an added opportunity for connections with other professionals, with opportunities for listening and comforting others.

Key Words: community health workers, health continuing education, cartography, cinema, workshop.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Capa do caderno da oficina de cinema.

Figura 2 - Kit com caderno da oficina de cinema.

Figura 3 - Lanches preparados para a oficina de cinema.

Figura 4 - Sala de Reunião da UBS, na qual foram realizadas as oficinas de cinema.

Figura 4 - Sala de Reunião da UBS, na qual foram realizadas as oficinas de cinema.

Figura 6 - Foto da comunidade, a partir da UBS.

LISTA DE SIGLAS

ACS.....Agente Comunitário de Saúde

ACE.....Agente de Combate às Endemias

AMA.....Atendimento Médico Ambulatorial

CAPS.....Centro de Atenção Psicossocial

CEDESS.....Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

CEU.....Centro Educacional Unificado

EPS.....Educação Permanente em Saúde

ESF.....Estratégia de Saúde da Família

E-SUS.....Sistema Único de Saúde Eletrônico

HIPERDIA.....Hipertensão e Diabetes

NASF.....Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OS.....Organização Social

ONG.....Organização não Governamental

PACS.....Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAI.....Programa Acompanhante do Idoso

PNAB.....Programa Nacional de Atenção Básica

PSF.....Programa de Saúde da Família

SUS.....Sistema Único de Saúde

UBS.....Unidade Básica de Saúde

UNIFESP.....Universidade Federal de São Paulo

TCLE.....Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. ARGUMENTO.....15
   1.1. As Protagonistas - Agentes Comunitárias de Saúde.....16
   1.2. Enredo - Educação Permanente em Saúde.....23
2. OBJETIVOS.....27
   2.1. Objetivos gerais.....27
   2.2. Objetivos específicos.....27
3. PRÉ-PRODUÇÃO.....28
   3.1. Produção Executiva.....28
   3.2. Roteiro.....29
   3.3. Cinema como abertura.....32
   3.4. Câmeras.....37
   3.5. Bastidores.....40
   3.6. Cenário.....43
   3.7. Atrizes.....44
4. MERGULHO NA SALA ESCURA - AÇÃO! PROJEÇÃO!.....47
   4.1. Nise - O coração da loucura.....47
   4.2. Crack, repensar.....53
   4.3. Precisamos falar sobre Kevin.....57
   4.4. E se vivêssemos todos juntos?.....61
5. CRÍTICA/ANÁLISE FÍLMICA.....69
   5.1. O que pode um filme?.....81
   5.2. Autoanálise.....89
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....91

CRÉDITOS.....94

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....99

APÊNDICE B - Quadro 1 - Cronograma das oficinas.....101

APÊNDICE C - Quadro 2 - Organização das oficinas.....102

APÊNDICE D - Questionário sociodemográfico.....103

APÊNDICE E - Quadro 3 - Dados Socioeconômicos.....104

APÊNDICE F – Produto Final.....105

APRESENTAÇÃO

Durante toda minha vida, sempre questionei as verdades apresentadas a mim como definitivas. Isso me trouxe uma dose de sofrimento, mas ao mesmo tempo, me impediu de ficar estagnada em papéis impostos a mim e me fez procurar outras formas de viver e de entender a vida. Encontrei várias e já estou à procura de outras.

A Faculdade de Medicina me apresentou a cidade de São Paulo, suas dificuldades e infinitas possibilidades. Terminado o curso, escolhi estudar psiquiatria, especialidade pela qual tinha interesse desde o início da faculdade, mas que disputava minha preferência com clínica médica e pediatria. Conheci um outro mundo, de pessoas e teorias, sobre as quais nunca tinha ouvido falar. Resolvi algumas dúvidas, mas outras maiores apareceram, e assim sucessivamente. Acreditei e deixei de acreditar na psiquiatria, para poder acreditar na minha psiquiatria.

Demorei para entender que a cada pessoa que atendia, tinha que me desconstruir, não saber nada novamente e apenas ouvir suas dores, suas queixas e sua vida. Percebi que era preciso lançar esse olhar de atenção não só aos pacientes, mas à minha prática, a mim, a tudo. Pensar em cada pessoa e cada experiência como única, já que de fato assim o considero.

Minha experiência profissional foi voltada na maior parte para o trabalho na Saúde Pública. O trabalho no CAPS foi algo que me aproximou mais das políticas públicas de saúde e da Reforma Psiquiátrica. Saindo dele, iniciei no NASF, um trabalho muito diferente de todos que conhecia. A possibilidade do uso da criatividade, a flexibilidade, dificuldades de agenda e de espaço físico, são alguns dos pontos que posso rapidamente lembrar. Dentro desse contexto de tentativas, questionamentos, construção e desconstrução de práticas de cuidado, encontrei a possibilidade de exercer algo ainda não planejado por mim, a educação.

Outro mundo se revelou e senti a necessidade de explorá-lo com cautela e respeito. Iniciei o mestrado no CEDESS procurando orientação para essa caminhada, tentando entender como posso fortalecer esse processo de transformação das práticas de saúde no Brasil e dos processos de trabalho nesse campo.

Desde o início do trabalho no NASF, em 2010, tenho revisto e repensado a minha prática como profissional de saúde mental e as formas de realizar o apoio à atenção básica. Dentro da diversidade de profissionais/pessoas que constituem a atenção básica, me chamaram a atenção as agentes comunitárias de saúde, por suas características únicas, como o fato de pertencerem à comunidade e ao serviço ao mesmo tempo, pela inserção na comunidade na qual trabalham,

pelo tipo de relação que estabelecem com seus vizinhos/usuários e pelas estratégias que desenvolvem durante o exercício do trabalho.

Ao estar numa posição tão diferenciada como profissional e pessoa da comunidade, me questiono qual suporte ou apoio recebem para exercer esse papel tão complexo, de mediar relações entre usuários e serviços de saúde.

Como profissional do NASF, o apoio às agentes comunitárias faz parte da minha função. Mas como fornecer apoio às suas necessidades se não há uma compreensão do seu fazer diário, suas crenças, conceitos e de sua atuação?

Nos cronogramas da atenção básica, vivemos com horários fixos para as discussões de caso, para visitas domiciliares, que ocorrem sempre com a presença das agentes comunitárias de saúde, e nesses momentos, discutimos sobre as ações para cada paciente e famílias, mas questiono se isso é o suficiente, pois não há espaço para que expressem suas dificuldades em lidar com os pacientes e outros profissionais e para que reflitam sobre seu cotidiano de trabalho.

A agenda "informal" conta com discussões e troca de informações entre todos os profissionais de maneira rotineira. Na UBS, isso ocorre em diversos momentos nos quais os profissionais se encontram, pode ser no corredor, nos consultórios ou no café. Informações sobre internações, piora ou melhora, são assim transmitidas em um fluxo intenso. Além disso, outros momentos de troca importante são os caminhos para as visitas domiciliares, quando nos aproveitamos do momento para conversas diversas.

Esses encontros informais se constituem em um potente espaço de produção de conhecimento, não apenas sobre os casos que discutimos, mas sobre os modos de cuidar e conceitos que permeiam esse cuidado.

Pensando na ampliação desses espaços, nos quais as trocas de experiências e saberes acontecem de forma mais livre e horizontalizada, optei por realizar a minha pesquisa de mestrado através da proposição de oficinas com as ACS, servindo-me dos recursos de comunicação e expressão proporcionados pelo cinema, que considero um elemento ativador de reflexões, problematizações, afetos e experiências.

1. ARGUMENTO

Ao iniciar esta pesquisa tinha em mente me aproximar das agentes comunitárias de saúde (ACS) e a partir da minha experiência com elas, entender melhor o que pensavam em relação à saúde mental e de que forma realizavam seu trabalho com usuário em sofrimento mental. Pretendia reconhecer os conceitos com os quais elas trabalhavam e a partir daí pensar numa proposta de educação permanente em saúde que levasse em conta os seus conhecimentos e suas ações. Não foi bem isso que encontrei pelo caminho.

A partir da escolha pelo método cartográfico, comecei a desejar trabalhar com as participantes de forma mais aberta, sem roteiros ou questões que aprisionassem nossas conversas ou que nos limitasse a uma transmissão de conteúdo, menos flexível e sem espaço para o clima afetivo da experiência. A ideia inicial se estruturou a partir do desejo de utilizar o cinema e um plano de trabalhar, com as participantes, temas de saúde mental que fossem disparados através de alguns filmes. No decorrer do processo de minha aproximação com a abordagem cartográfica, mudei o modo como pretendia utilizar os filmes e o planejamento dos momentos com as agentes nessas oficinas. Passei a refletir sobre como tornar nossas conversas mais ricas, e a ideia de me utilizar do que era trazido pelo filme me pareceu menos interessante do que ouvir suas narrativas acerca do que o filme despertava em cada uma. Conhecer a perspectiva de cada uma a partir de suas leituras singulares e as composições realizadas pelas diversas opiniões circulando pelo grupo se tornou algo muito mais interessante, produtivo e capaz de proporcionar uma experiência mais significativa para todas.

Ao mesmo tempo, esse tipo de abordagem me deixaria com menos controle do que seria discutido e mais vulnerável por me entregar ao campo aberto de suas subjetividades. Ao permitir que trouxessem suas impressões livremente, abria caminho para o inesperado e uma grande dúvida me tomou a partir do momento em que pensei, será que tudo que surgir terá relação com o que pretendo discutir? Essa atividade funcionaria como educação permanente em saúde? Eu conseguiria através dessa abordagem produzir as respostas que gostaria?

Posso afirmar agora, com a experiência já realizada, de que não cheguei aos meus objetivos iniciais, mas isso não quer dizer que não tenha produzido conhecimentos, talvez e provavelmente, mais interessantes do que aqueles que procurava. Me atrevo até a afirmar que os objetivos iniciais perderam o significado, perto daquilo que foi encontrado. Agora tenho a

impressão de que aquelas não eram as melhores perguntas ou de que não eram as mais importantes.

O delicado tesouro que se colocou para mim foi o da experiência rica, intensa e sofrida do trabalho das ACS, e de como esse trabalho afeta essas mulheres que cuidam da comunidade e são a comunidade. Opto por utilizar nesse texto o artigo e substantivos no feminino, as ACS, por se tratar de uma profissão predominantemente feminina. Foi exposto a mim de modo cru a doença e potência, lado a lado, numa constante luta de forças e a solidão de ser agente em uma equipe de tantos, a solidão de ser o mais barato, de ser o "tapa buraco", de ser a ponte entre uma comunidade violentada e violenta e um sistema de saúde que se pretende igualitário e democrático.

Como fazer essa mediação sem adoecer e sem esmorecer diante do sofrimento da rotina, do dia a dia ao andar pelo córrego?

Se por um lado, não obtive respostas àquelas primeiras questões, por outro, já me sinto esclarecida, vi e senti como elas atuam e o que sabem. Esse saber que não é poder, pois não é o saber da academia, que dá certificado e diploma, é o saber do território, da população, o saber popular, que não costuma ter valor em meios acadêmicos tradicionais, mas que no cotidiano permite a essas mulheres conseguir aquilo que pareceria impossível, produzir saúde em meio à violência, pobreza e falta. Esse saber, se associa a um fazer criativo, capaz de possibilitar o cuidado a pessoas que jamais teriam acesso ou seriam acessadas.

Essa pesquisa investiu no cinema como elemento capaz de proporcionar uma ruptura no cotidiano rígido e normatizado e nos modos de pensar cristalizados e a partir disso, proporcionar uma abertura para reflexão sobre relações, cuidado, família, crenças, construção de vínculos e circulação de afetos no grupo.

Inspirada pela sétima arte, utilizei as estruturas de um filme para organizar os capítulos desse texto.

1.1. As Protagonistas - Agentes Comunitárias de Saúde

No Brasil, a função de agente comunitário da saúde começou a existir em 1991, com o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), e apenas em 2002 foi regulamentada a profissão (GOMES, 2009).

As ACS são profissionais de saúde que devem obrigatoriamente morar no território no qual trabalham e essa exigência está relacionada à necessidade dessas profissionais

compartilharem das mesmas condições de vida, cultura e conhecimento da comunidade que atendem (BRASIL, 2006a).

A inclusão desse profissional no Programa de Saúde da Família (PSF) é uma das principais características desse programa, e elas atuam como mediadoras entre a população e o serviço de saúde, tanto no que se refere à mediação das relações entre o serviço e a comunidade, como no que diz respeito à mediação entre diferentes saberes. Elas possibilitam a tradução do conhecimento tecnocientífico em saúde para a população e o acesso dos serviços de saúde ao saber popular (BORNSTEIN, 2007).

O investimento na inserção desses profissionais no sistema de saúde demonstra um interesse da política pública em modificar as práticas de produção do cuidado em saúde, na medida em que as ACS promovem o cuidado através das relações cotidianas dentro do território (LOTTA, 2006).

Embora sejam consideradas profissionais da saúde, suas funções ultrapassam esse campo e suas intervenções atingem diversos aspectos da vida da população, permeando questões sociais e econômicas. Dentre as diversas funções da profissão, a visita domiciliar se destaca pela importância e é exigido a cada ACS que realize visitas a todas as famílias que acompanha, pelo menos uma vez ao mês (GOMES, 2009).

A falta de entendimento sobre quais funções as ACS devem exercer, tanto pelos outros profissionais, tanto como pelas próprias ACS, tem tido como consequência a ocorrência de desvios da função destas profissionais para cobrir eventuais necessidades do serviço de saúde e resultado em sobrecarga de trabalho (BORNSTEIN, 2008).

A distorção do papel das ACS, no sentido de uma excessiva idealização dessas profissionais, colocando nelas a responsabilidade pela consolidação do SUS, também pode contribuir para uma sobrecarga do trabalho. Visões como esta, devem levar em conta que o processo de consolidação do SUS e as transformações sociais são lentos e dependem de uma série de outros fatores, e por isso não podem ser colocadas como responsabilidade de uma classe de profissionais (BORNSTEIN, 2008).

Recentemente, houve mudanças substanciais nas funções das ACS, apontadas na atual Política Nacional de Atenção Básica de 2017 - PNAB/2017 (BRASIL, 2017), que descreve atribuições das ACS e dos agentes de controle de endemias (ACE):

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.-Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-

os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - Aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - Realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - Realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal. (BRASIL, 2017)

As mudanças na PNAB/2017, em relação às ACS, atribuem a essas profissionais responsabilidades de procedimentos que antes eram exclusivos a profissionais da enfermagem e integraram funções que anteriormente eram exclusivas de Agentes Comunitários de Endemias (ACE). Além disso, inseriram modificações nas composições das equipes de ESF, ao alterar o número de ACS por equipe. Segundo a PNAB/2017, o número de ACS por equipe de ESF pode ser definido de acordo com a base populacional do território, desse modo, podem ser compostas equipes de ESF com apenas uma ACS (BRASIL, 2017). Anteriormente, havia a definição de cobertura de 100% da população cadastrada, sendo que cada ACS ficaria com no máximo 750 pessoas e cada equipe um máximo de doze ACS (BRASIL, 2011).

As alterações na PNAB não podem ser entendidas fora do contexto político no qual ocorrem, em um momento de emergência de forças políticas conservadoras, com discurso autoritário e menos democrático, e pela adoção de medidas que paulatinamente vem fragilizando o financiamento do SUS, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os recursos públicos para saúde e outras áreas por vinte anos (MOROSINI, 2018).

A partir dessa mudanças, pode-se visualizar um cenário no qual as ACS passarão a ter piores condições de trabalho do que as atuais, já que receberam mais atribuições e responsabilidades e o número de profissionais por equipe corre o risco de ser reduzido.

As ACS são as únicas profissionais da área da saúde que não apresentam um núcleo de saber específico e uma formação técnica regulamentada, fato esse que faz com que fiquem em uma posição menos reconhecida em relação às outras profissões da saúde, não tendo seu lugar de profissional de saúde valorizado pelos mesmos. Recebem a menor remuneração da equipe e estão sujeitas a condições de trabalho mais insalubres: variações climáticas, barreiras arquitetônicas e ambientais e riscos ao circular em territórios vulneráveis e por vezes violentos. (FERREIRA, 2008). Essa situação, contrasta com o status que podem adquirir na comunidade, por serem pessoas que fazem parte do sistema de saúde, são vistas como pessoas diferenciadas, com mais conhecimento e poder.

A produção do cuidado em saúde é um território de disputas de poder entre as diversas profissões, e é nesse terreno que se inserem essas profissionais, que costumam não ser reconhecidas como profissionais de saúde a priori (FERREIRA, 2008). Porém, as ACS são detentoras de outras características que as legitimam como tal, são moradoras do território no qual trabalham, realizam a ligação e mediação entre Estado e comunidade e são agentes de mudanças na comunidade. Para Ferreira (2008), “esta sua constitutividade e implicação com determinados territórios existenciais fazem com que o ACS se situe na dobra, vivendo em

permanente tensão e conflito". Habitar essa dobra e manejar as tensões que são intrínsecas a ela são desafios constantes dessas profissionais.

Ao colocar a ideia de habitar uma dobra, Ferreira (2008) utiliza um conceito da obra de Deleuze e Guattari (1996), no sentido dessas profissionais habitarem um território sem oposição entre exterior e interior. A posição das ACS como integrantes da instituição de saúde e integrantes da comunidade as define por não serem exclusivas a nenhum desses territórios existenciais distintos.

As ACS são recrutadas sem lhes ser exigida uma qualificação profissional específica e são capacitadas em serviço, recebendo treinamento quando já estão atuando nas equipes. (NOGUEIRA, 2000)

A identidade de moradora do território e o fato de compartilhar das mesmas condições de vida e características socioculturais da comunidade colocam-nas em uma posição privilegiada para realizar o elo e a mediação entre a população e os serviços de saúde, no entanto, em diversas situações, essa mesma característica, pode ser geradora de dificuldades e impasses no trabalho.

O fato de morar no território no qual trabalha pode trazer dificuldades diversas: a privacidade das ACS e de suas famílias fica comprometida pelo fato de serem conhecidas pela população e de conhecerem seu local de residência, os horários que seriam de descanso e lazer com frequência são invadidos com solicitações de usuários, conflitos de vizinhança podem se tornar um empecilho para que consigam atender algumas famílias, entre outras situações que vem sendo abordadas em estudos que procuram conhecer as dificuldades relacionadas a isso. (JARDIM, 2009)

No trabalho com a população, as ACS são convocadas a exercer a escuta e o acolhimento, acabam por ouvir o que a comunidade precisa dizer e, nesse sentido, podem possibilitar o acolhimento, que é o primeiro passo para ampliar o diálogo e proporcionar um aumento nas possibilidades e oportunidades para a população atendida. (DUARTE, 2007)

A contribuição desses profissionais em materializar a integralidade, entre outros modos, ocorre através da busca de respostas positivas às demandas da população. A ação em saúde, como prática de cuidado, promove uma relação entre o profissional e o indivíduo, buscando as origens, significados e formas de enfrentar os problemas relatados. (SILVA e DALMASO, 2002)

Segunda Lotta, em sua pesquisa realizada em 2012, no Ceará, as ACS são importantes agentes para a inserção e efetivação das políticas públicas para a população, não apenas

relacionadas à saúde, mas aquelas relacionadas à cidadania, educação, entre outras. Nesse sentido, funcionam também como canal de mediação entre população e políticas públicas.

A formação das ACS, de forma geral, acaba dando maior ênfase a abordagens reducionistas e à aplicação de protocolos da ESF, caracterizados pelo modelo de cuidado biomédico hegemônico (GOMES, 2009). Ocorre, então, uma situação paradoxal, na qual se opta por um profissional que teria como valor o fato de compartilhar o saber comum da comunidade, algo importante e complexo, mas que acaba por ser formado dentro do serviço de saúde a partir de referenciais técnico-científicos, mais descolados da realidade local.

Nesse sentido, uma formação em serviço sob o referencial da pedagogia da Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se fundamental para que avancem no seu desenvolvimento profissional e busquem práticas mais contextualizadas e que lhes instrumentalizem a ser um elo entre a população e os serviços no enfrentamento dos problemas sócio sanitários de suas comunidades. (NORONHA *et al.*, 2009)

Devido às situações com os quais as ACS entram em contato, o treinamento numa abordagem limitada e focada nos aspectos biológicos do adoecimento não fornece os subsídios necessários para que consigam lidar com toda a complexidade do processo saúde-doença tal qual aparece no seu cotidiano, e isso pode gerar insegurança e impotência nesses profissionais. (GOMES, 2009)

As ACS são referências para a comunidade para todo tipo de auxílio, dúvidas e sofrimento, e sua função vai muito além do campo da saúde, se inserindo no campo de aquisição de direitos e exercício de cidadania. Para isso, sua qualificação como profissional deve ser abrangente e abordar todos esses aspectos com as quais se deparam no cotidiano.

Para que se alcancem objetivos em relação à educação permanente das ACS, faz-se necessário empreender métodos de ensino-aprendizagem que promovam a reflexão e crítica, centrados no trabalho, com o objetivo de incentivar a produção de sujeitos proativos. (GOMES, 2009)

A educação permanente da equipe e em especial das ACS deve capacitá-las para que reconheçam e atuem sobre às necessidades das famílias, com um olhar que vá além das práticas centradas na remissão de sintomas ou busca de normalidade do ponto de vista biológico. Para isso, os serviços e profissionais também precisam desenvolver novas formas de relacionar-se com os usuários, que leve em conta a cultura local, os valores das famílias, considerando o cenário social e político. (NORONHA *et al.*, 2009)

1.2. Enredo - Educação Permanente em Saúde

> Como diz Deleuze, pensamos, porque a vida nos coloca questões que nos faz pensar e aí produzimos conceitos-ferramentas em nós e para nós, indicando que "pensar" o que já sabemos não é produzir pensamento, é repetir enunciados discursivos sobrecodificado.
> (MERHY, 2015, p. 11)

A Educação Permanente em Saúde (EPS), segundo Ceccim (2005a, p. 161), que tem se dedicado ao estudo dessa área, é um "processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano." Constitui-se em processo fundamental para as transformações do trabalho no campo da saúde, na medida em que estimula a reflexão, a crítica e a responsabilidade dentro da atuação profissional. (CECCIM, 2005)

O cotidiano é colocado em questão na educação permanente em saúde, que se realiza a partir das práticas dos profissionais e do questionamento dessas práticas, buscando então, romper com práticas institucionalizadas e hegemônicas que operam nas relações de cuidado, em busca de um cuidado singular.

A prática educativa, a partir dessa perspectiva, adquire características que diferem do conceito de educação como transmissão de conhecimento e vão ser embasadas nos referenciais das práticas educativas participativas e problematizadoras, inspiradas na obra do educador Paulo Freire.

Segundo Merhy (2005, p.173), a prática da EPS traz desafios como: "produzir auto-interrogação de si mesmo no agir produtor de cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho."

A necessidade de uma política de EPS surge a partir da criação do SUS, com a Constituição de 1988, pois eram necessárias a formação e qualificação dos profissionais de saúde para que esse sistema pudesse alcançar seus objetivos de integralidade, equidade e universalidade, conforme definido na 10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996 (FERRAZ, 2012). Deste modo, a EPS é considerada um dos pilares para a consolidação desse sistema. Em 2004, com a portaria Nº198/GM/MS, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores em

saúde, posteriormente reformulada pela portaria GM/ MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2004; 2007).

Na prática, os governos têm gasto muito com financiamento de cursos e capacitações prontas, junto às universidades ou afins, que pouco contribuem para modificar os processos de cuidado em saúde porque pouco problematizam e colocam em análise o que se passa no cotidiano assistencial (MERHY, 2015).

Os processos de reflexão sobre o cotidiano do trabalho e suas práticas ocorrem a todo momento e informalmente nos serviços, nos lembra Merhy (2015), mas esses encontros podem ser potencializados com a organização de espaços de diálogos coletivos, formados com essa intencionalidade, de desnaturalizar práticas e discursos instituídos.

Ceccim (2005, p. 167) coloca desafios a serem alcançados pela educação permanente como: "abandonar o sujeito que somos, sermos produção de subjetividade, trabalharmos no deslocamento de padrões de subjetividades hegemônicos e deixarmos de seguir os modelos prévios de profissional, estudantes e pacientes". Nesse sentido, propõe que os profissionais estejam em constante processo de transformação e produção.

Segundo Ceccim (2005, p. 162):

> Para fins deste debate, destaco que aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção.

A fim de poder pensar a EPS, Ceccim e Feuerwerker (2004) desenvolveram a noção de Quadrilátero da Formação, que tem como componentes: a análise da educação dos profissionais da saúde, análise das práticas de atenção à saúde, análise de gestão setorial e análise da organização social.

As práticas educativas na ESF têm se caraterizado por cursos, capacitações e eventos pontuais, com o caráter técnico, sem levar em conta o trabalho e os conhecimentos prévios dos profissionais. Segundo Silva (2011), a maioria dos estudos sobre o tipo de processo educativo na saúde encontra uma predominância da noção tradicional de educação, como transmissão de conhecimento.

Dentro da ESF, conforme BRASIL (2006 b), uma das atribuições do enfermeiro é a de ter a responsabilidade de supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente

dos ACS e da equipe de enfermagem, com o objetivo de qualificar o trabalho desses profissionais e propiciar as ferramentas que os auxiliem na reflexão e na construção de uma prática pautada na gestão compartilhada e na busca de mudanças no cotidiano de trabalho porém, em muitas situações, o que se observa em termos de processos educativos para as ACS são apenas capacitações pontuais sobre questões específicas e não processos de educação permanente. Há a necessidade de um preparo desses profissionais enfermeiros para que possam efetivamente agir como facilitadores no processo de aprendizado das ACS (BARBOSA, 2012).

Rosseto (2010, p. 762), em seu estudo sobre os processos educativos oferecidos às ACS, afirma que "efetivamente, não há planejamento da educação permanente; as ações educativas são pontuais; a definição das necessidades de educação é aleatória; as ações educativas são desenvolvidas por agentes externos; estão calcadas no tecnicismo; e destoadas do processo de trabalho."

A relação da política de EPS com as atividades em promoção da saúde das ACS foi estudada por Tesser *et al.* (2011), que também encontrou em sua pesquisa profissionais de ESF, enfermeiros, técnicos e ACS, com uma concepção de educação permanente baseada em cursos e capacitações, como um sinônimo para educação continuada.

Outros profissionais relacionados à educação permanente das equipes da ESF são os profissionais do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família). A partir de 2008, a ESF passou a ter o apoio das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que após mudança da Política Nacional de Atenção Básica, em 2017, passaram a ser chamados Núcleo Ampliado de Saúde da Família (BRASIL, 2017). Os profissionais dessas equipes são orientados pela metodologia de trabalho baseada no apoio matricial e seu objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade. Uma de suas funções é o desenvolvimento de educação permanente em saúde para os profissionais das equipes de ESF (BRASIL, 2010).

Em relação à função educativa do NASF, Júnior (2017) pesquisou 6 municípios do interior da Bahia e o resultado encontrado não foi satisfatório, revelou que os profissionais das equipes NASF não se sentiam seguros em tais atividades devido à fragilidade de sua própria formação. Além disso, o próprio conceito de educação permanente e a função de matriciador não estavam claros nem para eles, nem para os enfermeiros e médicos das equipes da ESF

Em concordância a esse estudo, Santos *et al*. (2015), pesquisou mais de 14 mil equipes de ESF, de todo Brasil e obtiveram o resultado que menos de 22 % das equipes recebem apoio em seus processos de trabalho.

As práticas educativas dentro da ESF tem se caraterizado pela proposição de cursos, capacitações e eventos pontuais, com foco na passagem de informações, sem levar em conta a articulação desses conteúdos com o trabalho concreto desses profissionais e com os conhecimentos prévios dos mesmos, sem levar em conta por vezes os problemas reais e as pessoas e equipes reais.

Devido à importância das ações das agentes comunitárias de saúde dentro da comunidade e no sistema de saúde, proponho a realização de uma pesquisa sobre o trabalho das agentes comunitárias de saúde. Pretendo me orientar pelas seguintes questões para realizar a pesquisa:

- Como as agentes comunitárias de saúde produzem cuidado em saúde no cotidiano com a comunidade?
- Quais habilidades e conceitos utilizam para realizar esse cuidado?
- Qual apoio recebem das equipes de ESF e dos serviços de saúde na realização do seu trabalho?
- Como as agentes comunitárias de saúde se sentem em relação ao trabalho que realizam?
- Como a educação permanente em saúde pode contribuir nesse trabalho?
- Qual o potencial de uma oficina, que se utiliza do cinema como instrumento disparador, como uma ferramenta de educação permanente em saúde para as agentes comunitárias de saúde?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Produzir dados que possibilitem ampliar o conhecimento sobre a produção do cuidado em saúde realizado pelas agentes comunitárias de saúde por meio da educação permanente em saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Compreender como as agentes comunitárias de saúde atuam na produção do cuidado em saúde.
- Compreender como as agentes comunitárias de saúde são afetadas pelos processos de trabalho, pelas relações no trabalho e na comunidade.
- Avaliar o potencial de uma oficina, que se utiliza do cinema como instrumento disparador, como uma ferramenta de educação permanente em saúde para as agentes comunitárias de saúde.

3. PRÉ-PRODUÇÃO

3.1. Produção Executiva

O tempo para realizar a pesquisa, foi em grande parte o tempo para conseguir a autorização. Foi realmente um capítulo à parte, pois nesse processo muitos acontecimentos se sobrepuseram e dificultaram o pretenso caminho.

Eu era funcionária de uma Organização Social (OS) em 2017, quando iniciei o pedido de autorização. Trabalhava como psiquiatra no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e fiz contato inicialmente com minha supervisora de equipe, que me levou para conversar com a Gerente da UBS. Esta enviou a solicitação de autorização ao Setor de Educação Permanente da OS. Nesse momento do processo, eu fiquei afastada por 6 meses do trabalho, por doença, e quando retornei, a gerente da UBS estava de saída. Entrei em contato com o Setor de Educação Permanente, desta vez com uma nova questão, além de demandar a autorização do projeto, informei que estava me demitindo e questionei acerca da possibilidade de realizar a pesquisa sem possuir o vínculo como funcionária. A coordenação da OS responde que eu poderia realizar a pesquisa, desde que fosse em outra UBS, não nos serviços nos quais eu trabalhava.

A UBS que me indicaram foi um serviço no qual já havia trabalhado também, há alguns anos antes de uma reestruturação do NASF. Em mais algumas trocas de e-mails e telefonemas, a OS me permitiu fazer a pesquisa e em seguida solicitei a autorização da Supervisão Técnica de Saúde, ligada à gestão direta da Secretaria Municipal da Saúde. Enviado todo o material necessário, a prefeitura deu a Anuência e então finalmente pude inserir o projeto de pesquisa na Plataforma Brasil[1] e enviar ao Comitê de Ética da UNIFESP. (CEP/UNIFESP n: 0673/2018)

Depois de uma pendência simples com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fui finalmente liberada para iniciar a pesquisa. Quase não acreditei, pois a sensação era a de que sempre haveria uma nova pendência e de que todo aquele percurso nunca se acabaria. Todo esse trâmite da autorização levou mais de um ano entre e-mails, telefonemas, afastamento e pedido de demissão. A concretização das oficinas parecia estar cada vez mais longe, algo muito distante e abstrato. Nesse intervalo, pensei em desistir, em trancar a matrícula, mas optei por continuar e passei por retorno ao trabalho, demissão, desemprego e novo emprego antes de iniciar as oficinas. Sofrimentos à parte, pude comemorar como uma vitória cada um

[1] Plataforma Brasil é um sistema eletrônico criado pelo Governo Federal para sistematizar o recebimentos dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos nos Comitês de Ética em todo país

desses pequenos passos da jornada, como se praticamente já tivesse defendido a dissertação. Durante a espera, eu li e tentei estudar cartografia. Foram livros, muitos artigos e teses até eu começar a entender vagamente sobre o tema, embora sempre visse com muita simpatia os textos, tinha dificuldade em imaginar o trabalho com aqueles conceitos tão novos para mim.

Com tantas mudanças importantes na minha vida e situações-limite, minhas ideias e concepções a respeito das oficinas foram mudando conforme eu também mudava, e conforme lia e estudava mais sobre a proposta do método cartográfico. Ao me aproximar do método, observei com maior naturalidade esse processo de alterações e flutuações dos meus desejos em relação à pesquisa e sobre como e porque fazer. Ao pensar a pesquisa cartográfica e a vida como planos de fluxos, afetos e intensidades que me atravessam, assimilei as mudanças, ocorridas em mim e no projeto, como processos constantes de construção e reconstrução que não vão cessar, nem quando a pesquisa formalmente acabar.

3.2. Roteiro

> Caminhante, são tuas pegadas
> o caminho e nada mais;
> caminhante, não há caminho,
> se faz caminho ao andar
> (MACHADO, 1999)

O roteiro de um filme funciona como uma orientação ou diretriz do filme que vai ser filmado. Utilizo desse termo existente no cinema, fazendo um paralelo entre ele e a metodologia de pesquisa. O método cartográfico foi utilizado como referência para a realização das oficinas dessa pesquisa, nas quais há a tentativa de manter uma "atitude" cartográfica, no sentido de manter uma abertura para os eventos e não se preocupar em seguir planos previamente traçados em detrimento de acontecimentos que se impõem com intensidade.

Com o objetivo inicial de me aproximar daquilo que as as agentes comunitárias de saúde produzem em relação ao cuidado em saúde no território, suas formas de atuação com os pacientes, a compreensão que desenvolvem a respeito dessas questões e o trabalho que realizam em equipe e em rede, optamos pela metodologia cartográfica, por ter a compreensão de que estes são processos complexos e em constante movimento. Pretendemos também avaliar o potencial de uma oficina que se utiliza do cinema como instrumento disparador, como uma ferramenta de educação permanente em saúde para as agentes comunitárias de saúde.

A cartografia, método desenvolvido a partir das ideias de Deleuze e Guattari (1996), tem sido utilizada em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014). Essa metodologia pressupõe que o conhecimento do mundo não se dá apenas por representação e nem de forma dualista, opondo conceitos como sujeito/objeto, externo/interno, conforme o paradigma científico moderno, que predomina atualmente. A cartografia propõe o oposto à simplificação da compreensão do mundo, pretende expandir a complexidade das questões que estuda. "Concebe a realidade não de forma fixa, hierarquizada e simplificada, amparada numa verdade explicativa, conforme o modelo das ciências modernas, mas complexa, rizomática e imanente" (SAMUDIO *et al.*, 2017, p. 280).

Segundo Romagnoli (2009, p. 172):

> A vida é rizoma, e pode ser percorrida em diversas direções, sendo reinventada em cada viagem por cada um que a percorre. É feita de direções flutuantes que transbordam, sem remeterem a uma unidade. Isso não seria o próprio ato de conhecer/pesquisar? Observamos que a produção de conhecimento calcada na cartografia implica um exercício de desapego às formas acadêmicas dominantes e instituídas, ainda que elas estejam imanentemente presentes.

O conceito de rizoma, é um importante conceito dentro da filosofia da diferença e foi apresentado por Deleuze e Guattari (1996), na introdução do livro Mil Platôs-Volume 1. O rizoma se refere a uma não estrutura, que contém múltiplas conexões, feito somente de linhas, sem hierarquia e acentrado. Na definição do rizoma, os autores opõem seu conceito ao de estrutura-árvore e genealogia (DELEUZE; GUATTARI, 1996). A cartografia aparece nesse mesmo texto como um dos princípios do rizoma, o mapa seria a representação do rizoma, possuindo diversas entradas e saídas. Uma atitude cartográfica implica em um olhar para o mundo que não considere a realidade como pronta, mas como a ser construída, um devir-realidade.

As formas de se realizar pesquisa cartográfica podem ser as mais variadas e dependem do que se pretende avaliar, sendo possível a utilização de procedimentos diversos. Por ser um método que acompanha processos, a cartografia não possui um modelo pronto de ferramentas a serem utilizadas pelo cartógrafo, os procedimentos a serem utilizados vão ser constituídos a partir daquilo que se pretende pesquisar e a pesquisa se constitui a partir de pistas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014). Os procedimentos a serem criados e utilizados pelo cartógrafo são os dispositivos da pesquisa. "O dispositivo é, dessa forma, sempre uma série de práticas e de funcionamentos que produzem efeitos" (KASTRUP; BARROS, 2014, p. 81).

O que define a pesquisa cartográfica é a atitude do pesquisador em relação ao campo, ao conhecimento por ela produzido e à própria pesquisa, sendo a análise da implicação do pesquisador uma importante parte da pesquisa. Na análise da implicação, o pesquisador analisa seu interesse, suas expectativas e sua relação com aquele campo que pesquisa. Esse é um dos mais importantes dispositivos de trabalho no campo, pois é a partir da subjetividade do pesquisador que se produz algo (ROMAGNOLI, 2009).

A habitual relação entre pesquisador-objeto, que seria de neutralidade, na pesquisa cartográfica, está mergulhada em uma rede de forças que envolvem diversos interesses. O pesquisador não se pretende neutro em relação ao campo pesquisado e aos participantes da pesquisa. Está imerso no campo, sob a influência de diversas forças, interesses e afetos e se relaciona com os participantes de forma horizontal. A partir da sua imersão no campo, o pesquisador afeta e é afetado e produz interferência (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2014). Ao modificar a realidade na qual está inserido, ele produz os dados e não os coleta. Essa produção e análise dos dados se dá em todos os momentos da pesquisa, sendo que esses procedimentos não ficam claramente definidos em etapas da pesquisa.

O participante da pesquisa apresenta papel ativo e adquire função de um copesquisador e ambos pensam juntos e produzem juntos a realidade que pesquisam.

A cartografia acompanha processos e dessa forma, seu caminho se faz durante a própria caminhada (BARROS; KASTRUP, 2014). As situações inesperadas que surgem durante a pesquisa e se colocam com força, são respeitadas e avaliadas pelo pesquisador, sendo os dispositivos utilizados na pesquisa maleáveis e não rigidamente estruturados. O planejamento inicial pode ser alterado a partir do que se experimenta no campo e em conjunto com os participantes. “O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional do método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (meta- hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas” (PASSOS; BARROS, 2014, p. 17).

O método cartográfico pressupõe a inseparabilidade entre o conhecer e fazer e entre o pesquisar e intervir, deste modo, considera sempre os efeitos do processo de pesquisa. Quando elementos imprevistos insistem e ganham espaço, o pesquisador deve acatá-los, sem se manter rigidamente preso ao problema inicialmente formulado. Este deve, então, ser redesenhando, fazendo valer a inversão, proposta pela cartografia, do sentido tradicional de método: um hodos-meta, isto é, o método da cartografia dá primado ao caminho da investigação, ao seu processo, e não às metas preestabelecidas a serem alcançadas. No entanto, deve-se ter clareza do quanto a operação de problematização é de importância fundamental, mas também envolve riscos.

A validação da pesquisa cartográfica segue a diretriz do acesso ao plano coletivo de forças e leva em consideração o desenho do campo problemático, o manejo dos dispositivos, a análise dos dados, a criação teórico-conceitual, os efeitos da intervenção e a política da escrita. As etapas do processo de pesquisa devem ser direcionadas e orientadas para e pelo plano de forças que a pesquisa procura acessar. Desse modo, o pesquisador precisa habitar o campo com a atenção concentrada e aberta (PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

3.3. Cinema como abertura

> A tela de cinema se instaura como uma nova forma de membrana para permear um outro modo de comunicação com o outro e com si próprio.
> (FRESQUET, 2017, p.19)

Ir ao cinema pode ter significados os mais diversos, desde um entretenimento refrigerante com pipoca mediano até uma profissão ou paixão que se desdobra em horas a fio numa sala escura.

No meu contato com essa arte, pude experimentá-la de várias formas e sinto que também fui experimentada e transformada, como se a tela dividisse dois mundos que ao se tocarem se afetam mutuamente. Ao tocar esse mundo, tive a oportunidade de sentir medo, tristeza, alegria ou desespero por situações que nunca vivi, mas que passaram a ser minhas também e pude conhecer lugares e culturas que me marcaram e que de outra forma não teria acesso. Já tive diversas nacionalidades, fui homem, mulher idosa e até uma menina árabe sonhando com uma bicicleta. E posso ser muito mais, basta tocar esse mundo, que me toca em resposta.

Como pesquisadora, toco a experiência, que também me toca, se repete aqui a experiência que tenho ao ver um filme. O filme não é mais o mesmo depois que o assisto. Agora existe o filme que eu assisti e a forma que eu assisti e como vou descrevê-lo a outras pessoas. Pesquisar é como ir ao cinema? É como fazer cinema? A experiência acontece apenas em um momento, todo o resto é a projeção de um momento que já passou e pode ser reinterpretado infinitamente, de infinitas maneiras.

Fazer uma pesquisa e utilizar o cinema como o meio de romper com o cotidiano, com a rotina cristalizada e os pensamentos rígidos foi uma escolha natural para mim, é algo meu que coloco na pesquisa, uma aposta na arte que já me proporcionou muito.

Ao assistir um filme com as participantes, compartilhamos uma experiência. Podemos ampliar essa experiência ao colocarmos para o grupo nossas próprias impressões, que vão

compor ou disputar com outras impressões. Esse prolongamento da experiência do filme pode nos permitir entender melhor o que assistimos, umas às outras e o mundo.

Ver filmes é conhecer histórias, mundos, pessoas, imaginárias ou não, e mexer com nossas próprias histórias e mundos e a partir disso viver uma experiência única. As histórias dos filmes nos impregnam, nos marcam, como as histórias daqueles que pretendemos cuidar. Quando olhamos para o cinema, olhamos para o mundo e trazemos toda nossa subjetividade, ativamos uma serie de emoções, lembranças e sensações. Podemos assistir a nós mesmos ou algumas vezes entender quem não conhecemos e até mesmo nos identificarmos com o diferente. O filme nos força a sair do nosso lugar e de nossas visões e conceitos formatados.

No mundo que se apresenta hoje, o audiovisual é uma linguagem que predomina e que a maioria das pessoas tem acesso. Com a popularização dos aparelhos de celular, fotos e vídeos se tornaram formas comuns de se comunicar e expressar. Existe uma proximidade e familiaridade com esse recurso e inseri-lo na educação pode ser um estímulo ao interesse na atividade proposta e facilita a aproximação dos participantes.

A utilização do cinema em educação tem sido ampla, mas o uso pedagógico dos filmes, com a intenção de passar conteúdos através deles, tem sido a forma mais usual da associação do cinema à educação. Porém, nessa pesquisa, o cinema é utilizado pelo seu potencial enquanto arte, pela experiência que pode proporcionar.

Freitas e Coutinho (2013, p. 477) no seu texto "Cinema e educação: o que pode o cinema?" discutem sobre o uso do cinema na educação e a partir das ideias de Deleuze investigam usos potenciais do cinema na educação:

> O cinema como produtor de choques e violências ao pensamento, que forçam a pensar; o cinema como resistência às representações dominantes, aos estereótipos e aos clichês; o cinema como potencializador da cartografia da contemporaneidade e dos modos de subjetivação contemporâneos.

Segundo esses autores, o uso didático do cinema é feito de maneira geral como "normalizador e disciplinador", e eles propõem que o cinema pode ser utilizado de forma a instigar a reflexão, a problematizar o mundo contemporâneo e inspirar outras formas de ver e viver o mundo (FREITAS; COUTINHO, 2013, p. 478).

Almeida (2017) também investiga diversos usos do cinema na educação e identifica diversas categorias através do estudo de textos dos principais autores nessa área. Identificou abordagens mais conservadoras, que utilizam o cinema como ferramenta educacional, de forma a "pedagogizar o cinema" e outras que o entendem como "produtor de sentidos". Entre essas

duas visões que se polarizam, há uma série de autores que entendem o cinema como forma de conhecimento ou como experiência estética. Autores como Fresquet, Bergala e Fabris reforçam as capacidades criativas do cinema e realizam uma pesquisa de campo com crianças em escolas.

Segundo Almeida (2017, p.8):

> É possível avançar na compreensão de um cinema que educa não porque ensina determinado conteúdo, mas porque condiciona operações cognitivas próprias da narrativa, além de fornecer material concreto e singular para abstrações mais universalizantes (dimensão do pensamento), porque atua na economia da libido, das paixões e das sensações (dimensão estética), porque fornece modelos de identificação/projeção com os personagens e seus desejos, sonhos, pensamentos (dimensão do imaginário), porque tensiona a relação do homem com o mundo numa dimensão social, psicológica, existencial e mítica.

Segundo Fresquet (2017), Alain Bergala, cineasta e professor de cinema, que desenvolveu um grande projeto de cinema e educação nas escolas da França, pretendia inserir o cinema na educação, mas sem subtrair dele sua força de arte, de criação, mesmo estando em um ambiente "historicamente normalizador" e que transforma o cinema em objeto para análises que não estimulam a aproximação do cinema como uma forma de arte.

Na educação em saúde, o uso de cinema tem sido utilizado na formação de profissionais e também como estratégia de educação permanente. Blasco (2005, 2010, 2009) tem se dedicado ao estudo do cinema na formação médica no sentido de humanizar a prática médica através do recurso afetivo do cinema.

A exibição de filmes teve como objetivo afetar e provocar as ACS, mais do que informar ou trazer conteúdos para aprendizagem. O cinema, como forma de arte, tem o potencial de mobilizar afetos e suscitar emoções, sendo um elemento de novidade e ruptura no cotidiano de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde. E foi pensando nisso, que a pesquisadora inseriu o cinema nesse contexto, para estimular a possibilidade de novas formas de sentir, agir e pensar. A oficina pretendia criar um ambiente que permitisse a vivência dessa experiência de forma livre, na qual os conceitos de certo e errado não fossem medidas de valores a serem aplicadas.

As oficinas, foram planejadas, inicialmente, de forma a utilizar o cinema como o elemento de referência, capaz de disparar processos afetivos a serem discutidos e trabalhados nas oficinas. A intenção era projetar filmes para as participantes e a partir deles discutir temas de saúde mental relevantes para sua prática. Para isso, foram escolhidos filmes que se relacionavam a essa temática. Conforme o projeto foi avançando no seu planejamento, a proposta de discutir temas de saúde mental foi transformada numa proposta de discutir sobre a

experiência de assistir ao filme e sobre as questões que o filme inspirasse para cada participante. Assim, as oficinas foram orientadas pelo que as participantes trouxeram de conteúdo a partir dos filmes assistidos e não por um roteiro preparado previamente pela pesquisadora.

Com essa proposta, foram escolhidos quatro filmes, relacionados a temáticas de saúde mental, e as discussões aconteceram de forma a estimular seus próprios questionamentos e saberes a respeito. Não houve rigidez quanto aos assuntos discutidos e não houve uma preocupação da pesquisadora em manter a discussão dentro de um roteiro pré-estabelecido. O filme abriu um caminho inicial para o diálogo.

Para a realização das oficinas, os filmes escolhidos foram: "Nise - O Coração da Loucura" (2016), "Crack: Repensar" (2015), "Precisamos Falar sobre Kevin" (2012) e "E se Vivêssemos Todos Juntos?" (2012). Em seguida, comento sobre as impressões que me fizeram escolher cada filme.

Nise – O Coração da Loucura. Brasil, 2015 (109 min)

Filme nacional que mostra um período da vida da psiquiatra Nise da Silveira, quando trabalhava no Hospital Psiquiátrico Pedro II, na época em que inicia suas atividades no setor de Terapia Ocupacional desse hospital. Em um momento em que a maioria dos médicos eram homens e trabalhavam numa perspectiva exclusivamente biológica, Nise se opõe e propõe um trabalho humanizado e centrado no indivíduo, através da arte e do estabelecimento de vínculos afetivos.

O início das oficinas com esse filme teve como objetivo estimular uma reflexão sobre uma atuação profissional humanizada e interessada no potencial de cada sujeito, independentemente de seu diagnóstico. Além disso, esse tema trazia a possibilidade de pensar numa atuação profissional criativa e menos tecnicista, com a intenção de promover a autonomia e resgatar a humanidade do paciente.

No plano de fundo dessa narrativa, a situação das pessoas nos manicômios e a lembrança dos motivos pelos quais tantas pessoas e movimentos se mobilizaram, em vários países do mundo, pela extinção tanto dos manicômios como das práticas manicomiais.

Crack: Repensar. Brasil, 2015 (25 min)

Filme de curta metragem, que aborda o uso do crack, a partir da perspectiva de diversos profissionais de saúde mental, de redutores de danos e dos próprios usuários. Faz uma discussão sobre esse assunto, enfatizando a abordagem da redução de danos e sem um discurso moralista, característica interessante já que, mesmo em serviços de saúde, há uma dificuldade em

abandonar esse discurso, principalmente quando se trata de uso do crack, que está ligado ao universo da rua e da marginalidade.

Precisamos Falar Sobre Kevin. EUA, Reino Unido, 2012 (110 min)

Filme baseado na obra da escritora Lionel Shriver, que conta a história da mãe de Kevin, um adolescente típico de classe média, que comete assassinatos de colegas na escola e vai preso pelos crimes. A mãe, enquanto aguarda a saída do filho da prisão, relembra fatos de sua história desde a gestação e a relação que desenvolveu com ele desde então. O livro foi baseado em uma história real e a escritora relata a história em um diário, como se fosse a própria mãe escrevendo.

A escolha desse filme foi impulsionada pelo desejo de trazer temáticas relacionadas à saúde mental infantil, materna e relações familiares. Embora trate de uma situação limite, diversas questões do cotidiano atravessam todo o filme, como o desenvolvimento Kevin, sua relação com a mãe e com familiares e as dificuldades da maternidade.

E Se Vivêssemos Todos Juntos? Alemanha, França: 2012 (96 min)

A divertida e dramática história de um grupo de amigos idosos que resolvem morar juntos, numa república, para se adaptar às necessidades trazidas pela idade e envelhecimento.

A intenção era expor situações variadas das vidas de pessoas idosas e o filme consegue fazê-lo de forma leve e divertida, já que conta com um núcleo grande de personagens protagonistas, passando por diversas situações relacionadas ao processo de envelhecimento. O filme explora também novos arranjos a serem feitos, novas possibilidades de vida e saídas criativas para problemas que a vida nos impõe. A ideia da república é divertida e interessante, mas também traz consigo consequências e novos papéis e dificuldades para cada um do grupo.

As oficinas foram realizadas no período de um mês, com frequência semanal, num total de quatro oficinas. Cada oficina teve duração de três horas e ocorreu no período da tarde, das 14 às 17 horas. O local utilizado foi a Sala das ACS da UBS, disponibilizado pela gerente do serviço, em contato prévio por e-mail. Um plano de ação básico foi criado para a realização desses encontros. A cada encontro, foi montado o equipamento e projetado o filme. Após o filme, foi feito um intervalo de 15 minutos para um lanche entre os participantes do grupo. Em seguida, realizamos uma discussão a respeito das vivências e sensações desencadeadas em cada uma pelo filme. No quadro 1 (APÊNDICE B), apresento o cronograma de oficinas, com os filmes que foram utilizados e atividades propostas inicialmente.

3.4. Câmeras

As câmeras são os instrumentos do diretor para captar as imagens que virão a se transformar em filme e os dispositivos são as ferramentas utilizadas pelo cartógrafo para a produção e registro dos dados. Numa pesquisa cartográfica, os dispositivos podem precisar ser modificados durante o percurso, já que é uma forma de pesquisar que se prende mais aos acontecimentos do que aos procedimentos.

Segundo Kastrup e Barros (2014, p.90) "o que caracteriza um dispositivo é sua capacidade de irrupção naquilo que se encontra bloqueado para a criação, é seu teor de liberdade em se desfazer dos códigos, que dão a tudo o mesmo sentido."

Nessa pesquisa-intervenção, foram criados dispositivos para a produção e registro dos dados: oficina de cinema com gravação do áudio, caderno das participantes da oficina e diário de campo da pesquisadora.

Gravação do áudio

Foi realizada a gravação digital do áudio dos momentos da discussão dos filmes. Para isto, foi utilizado um aplicativo do celular. O aparelho ficava no meio do círculo que fazíamos nesse momento, sobre uma tampa de uma lixeira grande. Essa configuração foi sugerida pelas próprias participantes, que consideraram que esse seria o melhor lugar para gravarmos todas as vozes igualmente e funcionou realmente bem. Aparentemente, as participantes ficaram tranquilas em relação ao fato de estarem sendo gravadas. Esqueciam de que estavam sendo gravadas, assim como a pesquisadora.

A gravação do áudio das oficinas foi ferramenta muito importante para elaboração dos relatos das oficinas, após sua transcrição, que foi realizada integralmente pela pesquisadora. O momento da transcrição foi interessante e relevante para o processo de pesquisa, e foi um componente importante da análise, porque enquanto ouvia o áudio, muitas ideias e considerações surgiram e pude refletir com mais calma sobre os acontecimentos da oficina e sobre algumas falas e situações que surgiram.

Caderno da Oficina

No processo de construção das oficinas, pensei em me utilizar de atividades de escrita em alguns momentos e por isso pensei inicialmente no uso de cadernos, mas posteriormente, achei que seria interessante se a escrita ocorresse fora dos momentos da oficina e que poderiam ser sugeridos temas para que elas refletissem e escrevessem algo. Assim, manteríamos de uma semana até a outra, uma ligação, um espaço nas vidas das participantes ocupado pela reflexão ou escrita no diário, a oficina ultrapassaria então os limites de horário e local estabelecidos e talvez pudesse tocar na vida de cada uma em outros momentos.

A escrita nesse caderno seria livre também para a narrativa de relatos que cada uma julgasse interessante. Para isso, dar um caderno a cada uma no início das oficinas me pareceu ser uma boa estratégia para incentivar mais a escrita. E já que ele faria parte da oficina, poderia ter uma capa personalizada.

A personalização do caderno foi feita pela criação de uma imagem, no programa de edição de imagens do computador, que seria a capa do caderno. A ideia foi criar algo que parecesse como uma colagem feita manualmente, sem muito perfeccionismo, apenas imagens justapostas, e sem parecer algo muito institucional. A primeira imagem que separei, foi a de um *print* do Google Maps[2] da região da UBS, do território, para simbolizar esse trabalho das participantes, que é feito sempre a partir dessa referência. A opacidade da imagem foi reduzida, para que ficasse ao fundo, somente como uma lembrança. Recortei com o programa mais quatro imagens, cada uma de um dos filmes que seriam exibidos durante as oficinas e as distribui de forma irregular pela capa, sobre a imagem do território, que serviu de plano de fundo. Para finalizar a capa, o símbolo oficial da Estratégia de Saúde da Famílias, com saúde mental escrito abaixo, entra na composição, mas por baixo de uma das figuras, para que não parecesse algo institucional, mas apenas mais um dos componentes. A imagem final, foi impressa em papel adesivo, o que facilitou a sua colagem aos cadernos brochura. Junto com os cadernos, coloquei uma caneta e um chocolate e assim estava montado o kit da oficina de cinema e saúde.

A elaboração desses kits teve a intenção também de mostrar um carinho e cuidado no preparo dessas oficinas, como algo que foi desejado e planejado pela pesquisadora.

[2] Google Maps: aplicativo de pesquisa e visualização de mapas, desenvolvido pela empresa Google

Figura 1- Capa do caderno da oficina de cinema.

Fonte: arquivo pessoal.

A Figura 1 mostra a imagem final da capa do caderno e a Figura 2 é a foto dos kits já montados para o primeiro dia de oficina de cinema.

Figura 2 - Kit com caderno da oficina de cinema

Fonte: arquivo pessoal.

Diário de Campo da Pesquisadora

Durante o processo de preparo das oficinas e durante a realização dela, mantive um diário de campo, no qual foram anotadas as ideias e sensações ao longo do percurso. Ao final de cada oficina eu me dedicava a escrever uma narrativa sobre a experiência daquele dia e sobre situações ou falas que haviam me chamado atenção. Através desse recurso em associação às transcrições das oficinas foram montados os relatos das oficinas

O diário é um recurso muito importante dentro da pesquisa cartográfica porque é onde são registradas as percepções e afetos do pesquisador a cada momento do processo, sendo uma importante ferramenta de produção e análise de dados**.**

Segundo Araújo *et al.* (2013), "o diário de pesquisa é um recurso importante de registro e memória dos acontecimentos e através dele é possível demostrar o processo de pesquisa, mostrando os caminhos percorridos pelo pesquisador".

3.5. Bastidores

A organização da oficina buscava criar um ambiente agradável e receptivo, então, foi avaliada a duração dos filmes e o cansaço que poderia gerar, além da fome no meio do período da oficina. Ao pensar nesses fatores, tentei organizar a oficina de forma a promover um momento agradável, uma experiência que desse vontade de ser repetida. Foi planejado um intervalo após o filme, com um lanche, já que depois do filme, estaríamos com um pouco de fome e cansaço. O momento do lanche nos permitiria relaxar um pouco, levantar, sairmos da sala, antes de iniciarmos a discussão sobre o filme. Em termos de praticidade, levar kits de lanche individuais, previamente montados, me pareceu a melhor alternativa. Os kits foram montados cada um com um suco, um bolo, uma bolacha salgada e um chocolate. Além do aspecto da alimentação, pretendia nutrir afetivamente as participantes através desse gesto, de dar a cada uma, seu lanche. A ideia era tornar essa uma experiência quase lúdica e uma quebra na rotina corrida, com atividades rígidas e direcionadas, com objetivos certos a serem alcançados.

A montagem desses kits foi inspirada no meu trabalho em UBS, já que sempre que havia um evento que saia da rotina habitual, era preparado algo diferente, como um café da manhã ou lanche da tarde, isso ajudava a trazer uma atmosfera de confraternização ao evento, principalmente nos intervalos, com a possibilidade de interação entre os participantes durante nesses momentos.

No preparo da primeira oficina, enquanto montava os kits, tive a sensação de muita satisfação, como se estivesse fazendo algo pelo qual esperei a vida toda para fazer. Sendo mais explícita, esse ritual do preparo me remeteu a uma experiência da minha infância, em que eu preparava um evento no meu quintal, que não lembro se chegou a acontecer ou não, mas lembro da sensação de preencher saquinhos com balas de maçã verde, que seriam dadas aos vencedores. Ainda lembro do prazer misturado com ansiedade, que me faziam até superar meu desejo de comer aquelas balas, que eram as minhas preferidas.

Figura 3 - Lanches preparados para a oficina

Fonte: arquivo pessoal

Fiquei muito ansiosa, mas empolgada ao mesmo tempo. Fiz listas de tudo que precisava estar pronto e me certifiquei de tudo algumas vezes. Tentei garantir que tudo aquilo do campo da organização e do previsível estivessem em ordem, talvez para que tivesse mais liberdade para agir no imprevisível ou então para ter a sensação de controle diante daquilo que estava por vir.

Para a sessão de cinema na UBS providenciei um aparelho projetor, aparelho de DVD, DVD do filme, caixa de som, extensão de tomada e cabos para conexão dos aparelhos. Testei todo o material antes da apresentação, com antecedência. Entrei em contato com a gerente da UBS, que me disponibilizou a sala das ACS para as oficinas em dias previamente agendados.

Figura 4 – Sala de Reunião da UBS, na qual foram realizadas as oficinas de cinema.

Fonte: arquivo pessoal

Figura 5 – Sala de Reunião da UBS, na qual foram realizadas as oficinas de cinema.

Fonte: arquivo pessoal

Esse excesso de planejamento parece contrastar com a experiência cartográfica, no entanto, essa organização de horários, local e material é um elemento importante quando se realiza uma proposta de trabalho dentro de um serviço de saúde, com profissionais que tem uma carga horária sempre preenchida por atividades. A atitude cartográfica se demostra na forma de me relacionar com as participantes e com o campo de pesquisa, durante todas nossas interações, além do modo como me interesso e me implico na pesquisa.

No quadro 2 (APÊNDICE C), apresento o resumo da organização das oficinas, que foi enviado à gerente da UBS, junto com o Projeto de Pesquisa.

3.6. Cenário

Figura 5: Foto da comunidade, a partir da UBS

Fonte: arquivo pessoal

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na periferia do município de São Paulo, localizada dentro de uma comunidade, em uma região vulnerável, por apresentar baixo nível socioeconômico, tráfico de drogas e violência. A Figura 5 é uma fotografia de autoria da própria pesquisadora, feita a partir do estacionamento da UBS, para mostrar um pouco dessa comunidade. Utilizo o termo comunidade para me referir à região, me apropriando do discurso das próprias ACS e moradores da área. Esse termo é utilizado atualmente, como substituto ao termo favela, que foi considerado pejorativo. No entanto, alguns movimentos sociais preferem o uso da palavra favela como forma de resistência cultural e social (PORTO, 2012).

A UBS possui seis equipes de Estratégia de Saúde da Família e atende a uma população de 23.500 habitantes, sendo que 85% são dependentes do SUS. O relevo da região é formado por ruas muito íngremes, o que torna a circulação das pessoas a pé uma atividade difícil e que exige esforço físico e habilidade, tanto da população assistida, quanto das ACS, que têm dificuldade para circular a pé pelos morros. As residências próximas à UBS sofrem pela precariedade e não tem muitos prédios na região. A atividade de tráfico de drogas e a violência convivem com os moradores da região, como é de se esperar em regiões que tem pouco investimento nos recursos básicos à sobrevivência, como saneamento básico, infraestrutura e saúde.

Apesar desse cenário de dificuldades, despertam nesse território resistências e potências. Nele convivem dificuldades graves e valores comunitários, que fazem com que surjam nesses espaços ações de solidariedade e suporte entre os próprios moradores.

O território aqui considerado, não é apenas uma delimitação geográfica, mas o resultado das interações humanas entre si e com o espaço. Esse conceito de território, é inspirado na teoria de Milton Santos, que se utiliza de uma definição sistêmica do espaço, no qual o território se constitui não de um conceito, mas de seu uso. As diversas relações que se configuram no território, entre as pessoas e entre o território e as pessoas, constroem a noção de território, que se faz a partir das dinâmicas da vida produzida nele. Esse conceito de território também inclui componentes do tempo e traz consigo a noção de processos históricos (LOTTA, 2006).

Lotta (2006, p. 36) considera que "os territórios se fazem pelos significados e ressignificações construídos pelos sujeitos em torno das experiências vividas no território. Assim, ele engloba não apenas os aspectos objetivos, mas também a subjetividade da realidade".

Esse cenário de que tratamos na pesquisa é dinâmico e fruto de um conjunto de relações sociais e de um contexto histórico. É um lugar onde se travam lutas por sobrevivência, que sofre pressões da cultura hegemônica e de massa, mas que resiste com uma produção de cultura local determinada pelas características específicas da população e do local.

Essa compreensão de território e da vida que se produz nele, nos leva a um conceito diretamente ligado a ele, que são os saberes locais, conceito desenvolvido por Geetz (Lotta, 2006). Para esse autor, em cada local, o conhecimento vai ser apropriado de uma determinada maneira e as pessoas que convivem na mesma comunidade compartilham desse saber local.

E é nesse território, que possui uma cultura e uma forma de viver, que algumas mulheres se destacam e se vinculam ao sistema de saúde, como agente comunitárias de saúde, e passam a ter um papel diferenciado dentro dessa comunidade, como referências para diversos tipos de solicitações e situações.

3.7. Atrizes:

As participantes dessa pesquisa foram 11 agentes comunitárias de saúde (ACS), que foram definidas pelo interesse e disponibilidade de horários. O fato de todas serem mulheres foi ao acaso, não houve escolha das participantes. Os critérios de inclusão foram trabalhar em uma das equipes de Estratégia de Saúde de Família da UBS na qual foi realizada a pesquisa e

aceitar espontaneamente participar do estudo, após esclarecimento do mesmo.

A seleção das participantes foi realizada através do interesse e disponibilidade de cada uma e para isso, obtive auxílio da equipe NASF da UBS. Entrei em contato com a equipe, expliquei sobre a pesquisa e informei que teria vagas para doze voluntárias. Através do aplicativo de rede social, *WhatsApp*[3], foram passadas as informações para as ACS de toda a unidade, um total de trinta e seis profissionais, e em pouco tempo, no mesmo dia, recebi uma lista com os doze contatos de voluntárias para participar da pesquisa. Dessas doze agentes, uma não pôde participar do estudo porque teve problemas com o horário.

Com as participantes definidas, criei um grupo de *WhatsApp* intitulado Oficina Saúde Mental, para realizar um primeiro contato. Montei o grupo e agradeci a todas pelo interesse. O primeiro assunto a ser discutido dizia respeito à primeira oficina, falei sobre o primeiro filme que havia planejado exibir e questionei se conheciam, se já tinham assistido, e se gostariam de ver, ao que responderam que nenhuma delas havia assistido e que tinham interesse em vê-lo. Discutimos sobre o horário proposto, que inicialmente foi das treze às dezessete horas, mas como algumas participantes estariam em horário de almoço, optamos pelo início às quatorze e término às dezessete horas. Nesse primeiro contato, me propus a definir as características da oficina junto ao grupo, reavaliando se necessário os filmes ou horários inicialmente propostos, estimulando que as participantes se colocassem, já que o objetivo era a construção de um processo, nos quais elas tomassem parte das decisões.

Através de um questionário sociodemográfico (APÊNDICE D) autopreenchido, obtive informações sobre as participantes, a fim de caracterizar faixa etária, tempo de trabalho, estado civil, entre outros, que estão exposto no quadro 3 (APÊNDICE E). As idades variavam entre 25 a 59 anos, com sete participantes na faixa etária entre 25 a 35 anos, 2 entre 35 e 45 e 2 entre 55 a 60. A maioria era casada (oito participantes), e tinha filhos (dez participantes). Apenas duas eram solteiras e uma era viúva. Todas haviam completado o ensino médio, sendo que três cursaram o ensino superior também. A totalidade delas tinha alguma crença religiosa, sendo a maioria católica e o restante evangélicas/cristãs. Todas as respostas foram autodeclaradas e preenchidas pelas próprias participantes.

Entre as participantes, havia uma experiência de no mínimo três anos no trabalho como agente comunitária de saúde. Duas das participantes haviam participado de mobilizações e abaixo-assinado para abrir aquela UBS e trabalhavam nela desde sua inauguração, há treze anos, o que nos mostra um perfil de mulheres engajadas em melhorias pela sua comunidade.

[3] WhatsApp: aplicativo de comunicação utilizado em aparelhos de telefonia móvel (celular)

O conhecimento do território e da evolução dele com o tempo também era grande, porque todas moravam há mais de nove anos naquele local e quatro delas moraram a vida toda.

Todos esses fatores traçam um perfil de profissionais que conhecem o território, conhecem o trabalho e se interessam em lutar pelos interesses da comunidade. O fato de terem se voluntariado para a pesquisa indica um interesse por discussões e aprendizado.

Além do trabalho como ACS, pelo menos duas participantes exerciam outras atividades remuneradas, como forma de complementar a renda da família, uma era fotógrafa e a outra maquiadora.

4. MERGULHO NA SALA ESCURA - AÇÃO! PROJEÇÃO!

O momento da realização das oficinas é comparado aqui ao momento em que um filme é gravado, através dos equipamentos que o diretor utiliza, e os relatos das oficinas a seguir são como a projeção do filme aos espectadores. Dessa forma, deixo implícito que os relatos são montados a partir de escolhas subjetivas da pesquisadora, que se utiliza dos dispositivos que estavam à sua disposição durante a realização da pesquisa e que cada leitor, como cada espectador, também terá sua leitura a partir da experiência de leitura do relato. De forma que ao final da leitura, as experiências da oficina serão atravessadas pela subjetividade da pesquisadora e do leitor. Da mesma forma que um filme, a leitura dos relatos vai permitir que cada leitor, a partir de suas experiências prévias, tenha uma compreensão própria das oficinas.

Os relatos das oficinas foram baseados nas transcrições das oficinas e diário de campo da pesquisadora. Para preservar a identidade das participantes, foram modificados os nomes reais e substituídos por nomes de personagens femininas do cinema brasileiro.

As personagens Val e Jéssica (“Que Horas Ela Volta?”), Glória (“Praça Paris”), Juliana (“Temporada”), Dora (“Central do Brasil”), Gabriela (“Gabriela, Cravo e Canela”), Suely (“O Céu de Suely”), Verônica (“Era Uma Vez Eu, Verônica”), Iracema (“Iracema - Uma Transa Amazônica”), Margarida e Violeta (“Café com Canela”) representam as participantes da pesquisa.

Preferi utilizar nomes a números porque a frieza dos números não seria adequada aos relatos que são pessoais e íntimos. A opção por nomes de personagens do cinema brasileiro veio como mais uma forma de homenagem ao cinema e como forma de valorizar a diversidade e força das mulheres brasileiras aí representadas. Compartilho aqui os delicados tesouros apresesentados a mim durante essa experiência.

4.1. Nise – O coração da loucura

Iniciamos nossa jornada acompanhadas pelo cinema, o que nos permitiu experimentar das emoções e sensações que essa arte pode suscitar. O filme que abriu nosso caminho foi “Nise – O Coração da Loucura”, escolhido para nos permitir uma aproximação com diversas questões da saúde, de forma sensível e bela.

A partir da experiência de assistirmos ao filme numa sala da UBS, fizemos uma discussão livre. Optei por não colocar temas para discussão, mas questionar como foi a experiência de assistir ao filme.

O primeiro assunto que veio à tona foi o fato de considerarem a abordagem do atual psiquiatra do NASF diferente da psiquiatra anterior, no sentido de ter menos vínculo com o paciente, de conversar menos, e de realizar um tratamento mais voltado para a prescrição de medicação. A relação delas com esse profissional também é diferente, porque julgam que ele é mais "burocrático", não é tão aberto ao acesso direto quanto a outra profissional, e afirmam que ele sempre vincula suas ações a presença de um técnico da equipe da ESF e às reuniões entre NASF e ESF. Dessa forma, não se sentem acolhidas por esse profissional.

> *Val - Porque a preocupação dela [a psiquiatra anterior]era com o paciente ...eu sei que o NASF tem a quem responder também, eles são limitados ...não podem fazer tudo que eles gostariam de fazer, mas ela se preocupava mais com o paciente, então, ela ia lá e fazia o que precisava, tanto é que ela saia comigo, eu não sei se ela saiu só comigo, ela saia com todo mundo...*
> *Jéssica - Ela não era tão burocrática, ela tinha vínculo com paciente, coisa que agora não tem mais...*

A partir dessa avaliação do outro, uma das participantes passou a fazer uma autocrítica e a discutir o que considerava como sendo suas próprias falhas em alguns momentos do trabalho.

> *Juliana - .... o que a médica do filme teve, é o que falta às vezes em todos nós, olhar o outro como ele é e lá atrás tem alguma coisa. Acho que falta muito esse amor, hoje, às vezes, até no nosso trabalho também, que às vezes o nosso dia a dia é tão mecânico, sabe? Às vezes, as pessoas falam pra gente uma queixa...depois você chega em casa e pensa assim, nossa, ela queria era um abraço, acho que eu podia ter acolhido ela mais, né? Porque o dia da gente é tão corrido...*
> *Val - É corrido e é muita cobrança...*
> *Juliana - E vendo esse filme me veio isso, que, às vezes, eu também sou falha, eu poderia fazer mais. Pra mim, o filme me tocou nisso aí...*

Logo em seguida, ao comentar uma fala dela, eu falei sobre o fato de morar no território e isso levantou uma série de comentários de várias participantes, sobre diversas dificuldades que acontecem no cotidiano e os modos que elas desenvolvem de se relacionar com essa realidade.

> *Não tem dia, não tem hora, o paciente toca sua campainha, o paciente te encontra na feira.... onde você estiver, no supermercado...E eles vão perguntando.... eles querem que a gente dê uma solução.... não tem, não tem isso de trabalhar de segunda à sexta...a gente trabalha todos os dias, independente do horário, qualquer horário, o horário que eles apareceram, a gente trabalha. (Verônica)*

Seguindo essa ideia das dificuldades no território, Violeta comentou que muitos pacientes precisam e querem atenção, principalmente aqueles com sofrimento mental, e que a atenção do psiquiatra aos pacientes não está sendo suficiente para eles. Ela critica o fato de o paciente não receber a atenção necessária, de receber só medicação. Jéssica relata que têm pacientes que estabilizaram e ficaram bem com o tratamento prescrito por esse profissional, mas que sua abordagem era voltada mais para o tratamento medicamentoso realmente.

> *Violeta - Na verdade, o que eu percebo dos pacientes aqui é que eles gostam muito de atenção, são muito carentes, mesmo os não psiquiátricos, se os que não são, são carentes, você imagina aqueles que são.... Então, os psiquiátricos não estão tendo a atenção necessária pelo psiquiatra daqui, eles não estão tendo, aqui o atendimento está restrito, aqui o atendimento psiquiátrico é só se você tiver um técnico, se você não tiver um técnico, você não é atendido, é isso que está sendo feito dos pacientes, porque só troca de receitas, só medicação...*
> *Jéssica - Você sabe que é assim...eu vou dar minha opinião...eu acho ele um excelente profissional, eu tenho muito paciente que passou com ele, que ele conseguiu estabilizar o paciente...medicação..., mas, aquela atenção, aquele cuidado...acolhimento...*

Quando os relatos estavam indo nesse sentido, de crítica ao psiquiatra atual do NASF, Juliana mudou o discurso e trouxe uma colocação menos pessoal, trazendo a questão do atendimento em psiquiatria para uma perspectiva mais ampla. Para ela, a falta de acolhimento nos atendimentos psiquiátricos diz respeito à grande maioria dos serviços disponíveis atualmente, não é um fato isolado.

> *Mas se a gente for olhar, gente, não vamos falar só dele, vamos falar no geral, hoje a gente vai procurar um lugar que precisa de atendimento psiquiátrico e só visa medicação, só medicação, medicação, medicação...não tem esse acolhimento, esse outro olhar, essa diferença está geral..(Juliana)*

Suely dá continuidade a esse pensamento e acrescenta que se existissem, no próprio território, espaços para oficinas e atividades, como visto no filme, os pacientes estariam melhor e talvez nem precisassem do psiquiatra. As participantes comentam, então, sobre os CAPS da região, mas parece que a maioria não tem uma ideia muito positiva a respeito desses serviços, com relatos de pacientes que não gostam de ir porque não têm atividades lá. Suely reforça que os CAPS não ficam dentro do território e isso dificulta o acesso de vários pacientes e que um serviço dentro do território é necessário.

> *É que nem esse negócio da oficina, que ela aparece lá fazendo, no próprio hospital, se tivesse aqui mais perto lugar pra eles, para eles fazerem essa terapia, até nem precisava ir no psiquiatra, pra eles fazerem ali, desenhar, atividade com a mão, mexer... (Suely)*

Juliana comenta que dentro da UBS já existiram diversos grupos de atividades manuais e artesanato, as outras reagem e dizem que ainda existem grupos, mas ela deixa bem claro que esses grupos são do NASF, e que elas não fazem parte. Os grupos dos quais ela está falando eram construídos com a ajuda de todos na equipe e faziam parte de uma época em que o trabalho naquele serviço era mais feliz e mais leve. As oficinas eram abertas a todos que quisessem participar, não estavam relacionadas a algum sofrimento mental. Ao responder ao meu questionamento sobre o motivo disso não existir mais, ela me falou sobre desinteresse, porque projetos desse tipo precisam de liderança e de pessoas dispostas e atualmente não se consegue propor nada de novo na unidade, porque ninguém aceita. Verônica complementa que as pessoas não percebem que isso iria favorecer sua própria saúde e Glória diz que tudo que se propõe, não é aceito, mesmo que seja algo para elas mesmas e cita uma reunião que havia uma vez por mês para as ACS e que foi se esvaziando até que acabou.

Nesse momento, ela continua e faz uma crítica a categoria das ACS, diz que reclamam muito, exigem coisas, mas que quando têm a oportunidade de participar de um novo projeto, não aproveitam.

Juliana fala, então, da frustração que sentem com frequência, em relação a situações nas quais não conseguem ajudar e Suely se diz muito triste com o serviço atualmente. Ela e Juliana estão na UBS há treze anos, desde que foi inaugurada, e participaram do abaixo-assinado para abrir a UBS. Acompanharam toda a história do início da ESF lá. Suely lembra com muita nostalgia de uma época em que se fazia "o puro PSF", com toda equipe envolvida nesse objetivo. Os médicos e enfermeiras se organizavam para juntar dinheiro para comprar material para as oficinas e elas se comprometiam em trazer a população e fazer as atividades. Havia também passeios para diversos locais junto com a população e Suely se emociona ao falar dos antigos pacientes dessa época. Para ela, a construção do AMA, junto ao posto, prejudicou a ESF, que ficou em segundo plano. Juliana concorda que era uma época muito boa e afirma que a carga era menor, havia menos "papel", burocracia e mais apoio por parte da equipe.

A partir daí outras participantes começam a falar das cobranças que visam só atingir o número de visitas e o preenchimento de fichas. O incômodo com essa situação fica evidente e todas concordam e relatam situações em que se sentem pressionadas entre cumprir uma meta quantitativa ou agir de forma mais humanizada e acolher alguém que está em sofrimento,

conversar com um idoso solitário ou simplesmente dar atenção ao paciente enquanto fala, ao invés de preencher sua ficha. Tudo isso é motivo para questionamentos, porque são pequenos fatos que atravessam o cotidiano delas, são ações que demandam tempo e disponibilidade.

> *Eu também...eu gosto de olhar no olho...de ouvir ele....ele quer falar com você...ele quer uma pessoa pra falar...às vezes, eu nem escrevo na hora.....você chega lá, eles chegam com quatro pedras em cima da gente...aí você deixou ele desabafar, quando a gente sai, você vê que ele não fala mais de remédio, de médico, de nada, eles falam, ô fia, muito obrigado, era isso que eu queria, uma pessoa pra me ouvir...aí você sai feliz até...Graças a Deus, não trouxe problema pro posto, consegui só na conversa...(Suely)*

Elas contam histórias sobre pacientes que só conseguiram contar algo muito importante depois de anos, e que para que uma relação assim seja construída não podem simplesmente chegar na casa da pessoa e preencher um questionário, precisam, como citaram várias vezes, "olhar nos olhos das pessoas".

Essa relação próxima que mantém com a comunidade faz com que sejam procurados para auxiliá-los em situações delicadas e íntimas e conversamos um pouco sobre o que cada uma fazia nesses casos. Elas responderam em comum acordo que "levam para equipe" e pedem ajuda para conduzir a situação, Juliana e Jéssica falam sobre situações recentes que aconteceram com elas, nas quais conseguiram conversar com as equipes satisfatoriamente.

Essas situações, às quais ficam expostas, também contribuem para que adoeçam, porque entram em contato com muito sofrimento, abuso, fome e desamparo. Quando vão para casa, levam consigo tudo aquilo que viram e tem dificuldade em comer e dormir. Afirmam que a maioria delas está doente e toma remédio. Não têm apoio para essas dificuldades e nas equipes, tentam conversar com a colega mais próxima e desabafar, mas segundo Juliana "todas nós precisamos de ajuda". Ela faz um relato de sua experiência e diz que adoeceu e atualmente se trata com psicólogo e psiquiatra, que tem conseguido lidar melhor com as situações que causam sofrimento e afirma que conseguiu porque teve ajuda.

Jéssica narra o seu sofrimento ao visitar um paciente de quem refere gostar e que está com um câncer avançado. O médico já falou que não tem mais o que fazer e ela diz que sabe que ele vai morrer. Ela pensa então, que tem o coração tranquilo porque sabe que fez o que pôde e ele vai ter um alívio quando se for, mas isso não parece aliviar seu sofrimento e ela termina com "ele vai morrer véio..."

A morte é muito difícil para todas. Suely cita situações em que fez visita num dia e no outro soube do falecimento do paciente, usou a palavra "choque" para exprimir a sensação de receber aquela notícia. Em seguida, Jéssica nos comove ao relatar sobre uma morte recente de uma paciente sua, que era sua vizinha e amiga. Ela nos diz que nesse dia ela simplesmente falou que "não tinha condições" e ficou dois dias em casa. Ela acredita que tem momentos em que temos que saber nossos limites, e esse foi o dela.

> *O que mexe mais comigo é a morte...agora em agosto morreu uma paciente minha...eu fiquei dois dias em casa, eu falei, doutora, eu não tenho psicológico, não quero trabalhar....eu não tinha, você lembra, né Suely? Porque além dela ser minha paciente, ela era minha amiga, minha vizinha, então, eu cheguei nela, eu desabei, eu chorei, eu falei eu não tenho condições, então, tem hora que não dá...tem hora que você fala não dá, nem vontade de levantar da cama... (Jéssica)*

Juliana comenta sobre o apoio que Jéssica recebeu para ter esses dias fora do trabalho e afirma que com certeza, ela não teria. Nesse momento, todas se manifestam, cada uma falando sobre a experiência que teve com sua equipe. Glória diz que, antigamente, podiam ir ao enterro de pacientes no horário de trabalho e não tinham desconto no salário, outras falam que já foram, mas que tiveram desconto por isso, e por fim, resumem que depende da enfermeira da equipe, e que as experiências que têm são muito variadas. Suely, por exemplo, não pede permissão para ir porque não gosta de velórios e enterros e não vai nem visitar os pais no cemitério. Ela desenvolveu seu próprio jeito de lidar com isso e percebeu que é melhor se não for nessas cerimônias. Ela espera uns quinze dias do falecimento e só então vai visitar a família, quando todos já estão um pouco mais tranquilos e conversa com eles.

Estamos falando sobre morte e Val muda de assunto, fala que o quê mais a incomoda são as brincadeiras dos outros profissionais, que fazem piadas falando que as ACS só andam ou que vão para casa dormir no horário de trabalho. As outras concordam e falam de diversas situações em que ouviram esses tipos de coisas. Suely afirma que elas têm sempre que lutar, porque os outros não aceitam que elas tenham nem seu próprio espaço, que é a Sala das ACS. Esse espaço foi conseguido apenas com a atual gestora, que já foi ACS, "andou no córrego" e por isso compreende as dificuldades da profissão. Ela reformou uma sala que estava sem utilidade e cedeu às ACS, mas avisou que elas deveriam lutar pelo seu espaço, senão, outras pessoas ocupariam seu lugar. Desde então, a luta é diária para manter seu espaço, uma luta sutil, mas constante.

Quando não tinham sala, tinham dificuldade em achar um lugar para fazer suas anotações e chegavam a ficar embaixo de uma mangueira (árvore) que tem na UBS ou então numa salinha ao lado da cozinha. Quando estavam em algum lugar que seria usado, eram retiradas de forma grosseira por outros profissionais. Não tinham um espaço para fazer seu trabalho, para conversar com as colegas e dar risada juntas.

Val lembra de um fato ocorrido no dia anterior, quando uma enfermeira entrou na sala delas procurando uma cadeira, mas como todas estavam ocupadas, ela então, "saiu bufando" e Val finalizou com "tinha que alguém ficar de pé pra dar a cadeira pra bonita, a Princesa de Gales...(risos)"

Juliana nos lembra que isso leva novamente à situação das visitas, porque as fichas deveriam ser preenchidas nas casas, segundo as orientações que recebem, mas na prática, elas precisam finalizar as evoluções na UBS, porque nem sempre conseguem conversar e anotar ao mesmo tempo, principalmente nos casos em que a pessoa solicita mais atenção e escuta. Além disso, numa situação em que uma pessoa fala muito, elas preferem organizar as ideias e escrever depois de forma mais resumida e estruturada. Comparam essa situação ao de uma consulta médica, quando o médico nem olha para a pessoa e só fica anotando, e acham que isso é desconfortável para a pessoa, querem poder olhar e dar atenção durante as visitas.

Ao fim do encontro sugeri um tema: "como é ser agente comunitária de saúde?", para que escrevessem algo nos cadernos que distribui para cada uma e para que tirassem alguma foto que pudesse representar ou remeter a esse tema. Fiquei muito agradecida pelo interesse e dedicação de todas nesse encontro e saí animada dessa primeira experiência. Estava com receio de que não houvesse interesse delas na atividade, que não se sentissem confortáveis para falar ou que o encontro fosse insípido. Ao final desse dia, estava com diversas inseguranças ainda, mas tinha o sentimento de que elas haviam se envolvido na atividade e que conseguimos compartilhar dessa experiência juntas.

4.2. Crack, repensar

A segunda oficina foi pensada para ter uma dinâmica diferente, pois como o filme escolhido foi "Crack, repensar", que é um curta, pensei em realizar uma atividade diferente com o grupo. Inicialmente, iria distribuir papéis para todas e pedir para que escrevessem palavras que relacionavam ao uso de drogas, depois, com todas as palavras dispostas, faríamos uma discussão a partir do que foi escrito. Em seguida, assistiríamos ao filme e novamente eu faria o

mesmo pedido e faríamos uma nova discussão, agora influenciadas pela experiência de assistir ao filme.

Com esse planejamento em mente, cheguei mais cedo para preparar a sala, novamente Glória é a primeira a chegar, senta-se e fica preenchendo seus papéis. Monto o computador e deixo o filme preparado. Hoje não trouxe o projetor porque o filme que vamos assistir, eu não tenho em DVD, e como tem apenas 25 minutos, imaginei que poderíamos assistir na tela do computador sem problemas.

Pela manhã, no grupo de WhatsApp algumas agentes comunitárias, três delas, avisaram que não poderiam estar presentes na oficina. Gostaria que participassem, mas sei que a agenda de trabalho e da vida às vezes não permite. Pergunto se preferem marcar para a próxima semana, mas tenho a resposta que se eu quisesse, as outras estariam lá. Vi isso como um incentivo e confirmei nosso encontro.

Depois de arrumar meu material na sala, fui comer e quando voltei para a UBS, na sala das ACS, já haviam mais algumas me aguardando. Elas estavam falando sobre um filme e ao ouvir o título, perguntei sobre o filme e Glória me explicou que assistiu no Netflix (Plataforma de Streaming)[4] o filme "A Vida por um Fio", sobre uma mulher negra que passa a vida toda alisando o cabelo e se maquiando e que aos poucos vai se descobrindo e passa a usar os cabelos naturais. (uma coincidência interessante em relação a isso é que Glória usa apliques de tranças coloridas e um tempo depois do término das oficinas, retira o aplique e usa o cabelo curto e enrolado, e logo que vi essa mudança, pensei no filme e no significado que ele pode ter tido para ela)

Inicio nossa conversa questionando se alguém escreveu ou tentou escrever algo sobre o trabalho das ACS. Margarida diz que não escreveu, mas que refletiu sobre o assunto. Glória diz que escreveu uma página e meia, mas que não trouxe o caderno hoje. Iracema escreveu meia página, mas também não trouxe o caderno. Val também escreveu e nos conta que para ela ser agente comunitária é se colocar no lugar do outro, pois sem isso não é possível entender e tentar ajudar. Ela relata uma ocasião na qual uma paciente gestante foi agressiva com ela e isso a deixou brava, mas depois, soube que a paciente havia sido agredida pelo marido naquele dia e teve uma outra compreensão em relação à situação. Para Val, não basta se colocar no lugar do outro, é necessário também pensar que o outro tem seus próprios conceitos e modos de ver as situações.

[4] Serviços que permitem a transmissão de conteúdo pela Internet, sem a necessidade de fazer download, para ter acesso a filmes, livros ou música.

Em relação a foto que sugeri que tirassem, elas não tiraram as fotos individualmente, mas quiseram me mandar a foto de um evento que fizeram do outubro rosa, onde todas estão presentes.

Após essa conversa inicial, explico que pensei em um tema para discutirmos e que o filme é sobre esse tema, dependência química. Questiono se alguma delas já teve alguma experiência com drogas e elas dizem que sim, muito. Falam sobre as "lojinhas", que depois me explicam serem os pontos de venda de drogas no território. Todas relatam conhecer vários desses pontos ou todos. Já conheciam antes de serem agentes comunitárias, é algo que se cresce sabendo, a família fala sobre isso e avisa que não devem ficar nesses locais. Antigamente, era diferente, conheciam e eram conhecidas pelas pessoas que cumpriam essas funções, agora não, são meninos que vêm de outros lugares e elas nem sabem quem são. Usam e vendem "descaradamente" no meio da rua, coisas que não aconteciam há alguns anos. A violência é um antigo conhecido, com quem se convive no cotidiano, e se procura manter uma distância segura. Com os anos, a violência foi aumentando e foi perdendo a "cara", atualmente nem se conhece mais quem trabalha para o tráfico, pois são pessoas que vem de outros locais.

A nova participante, Gabriela, que começou a frequentar a oficina hoje, diz que quando era jovem, pegava os pacotes dos meninos e saia correndo e jogava fora e que se fizesse isso agora estaria morta.

Resolvi perguntar então, "quem já usou drogas?" Glória diz que usou uma vez, outra diz que usou e passou mal e dá risada ao contar. Glória nos relata sua experiência, estava em lua de mel com o marido, há quatro anos, e ele comprou para ela experimentar, depois de usar, foram ao restaurante e começaram a dar muita risada, até tiveram que sair do restaurante de tanto dar risada. Todas se divertiram muito com esse relato e ela disse que foi gostoso e que até poderia usar novamente. Violeta conta que quando usou maconha sentiu uma angústia e algo subindo pelo pescoço e então nunca mais fez uso. Gabriela, por sua vez, lembra que pensava em experimentar, mas que suas amigas diziam que ela já era muito "doidona" sem usar e que era melhor ela nem experimentar. Com receio, ela desistiu de experimentar.

Em seguida, alguém comenta que já ficou bêbada e logo todas vão falando ao mesmo tempo se bebem álcool ou não, e muitas risadas vão surgindo. Glória diz que bebia, mas que fez uma promessa e não bebe há quatro meses, agora só bebe Champagne sem álcool, infantil.

Violeta relembra os tempos em que saia para balada e bebia até perceber que já estava muito alterada e voltava pra casa. As outras comentam que não tinham esse controle, e relatam se preferiam beber perto ou longe de onde moravam. Algumas queriam ir bem pra longe para

não serem reconhecidas por ninguém, já outras, preferiam beber perto, porque ficava mais fácil de voltar pra casa e também se sentiam mais seguras.

Violeta, uma vez, dormiu enquanto vomitava com a cabeça na privada, até que sua amiga a tirou da privada e arrastou para o chão. Quando acordou, ela não lembrava como havia parado ali. Rimos muito e outros relatos de falhas de memória após bebida e vexames vão surgindo naturalmente.

Margarida, mais quieta do que as outras, afirma que não bebe porque tem "trauma", o marido faleceu por causa de bebida, mas mesmo quando jovem, bebia pouco, um copinho de cerveja, nada a ponto de ficar bêbada ou passar mal.

Violeta revela que estava sem beber álcool há alguns anos, e que há algumas semanas bebeu, mas disse que não fica mais bêbada, acha que seu organismo deve ter acostumado.

Continuamos essa conversa sobre diversão e baladas e Val conta que só sai com o marido para comer e para namorar. As outras questionam? "Namorar? Você sai de casa para namorar?" Ela explica que a casa é pequena, que o filho dela é criança e que não dá pra fazer barulho, então, com frequência, eles saem para "namorar". Com o tema mais quente, a risada de todas nós fica cada vez mais solta. Gabriela, que é bastante cômica, diz que gosta muito e que tem que se controlar porque sempre está com "vontade". Glória fica surpresa e diz que com ela não é assim, olha para mim e pergunta se tem algum remédio para aumentar o desejo sexual. Eu questiono porque ela quer remédio pra isso e ela responde que não consegue ter muita vontade de fazer sexo depois de um tempo de relacionamento, que ela sempre foi assim.

Iracema diz compreender isso, porque vive uma situação parecida com a dela, com um marido que tem ex-mulher e filhos de outro casamento. Afirma que prefere dormir a fazer sexo e que tem preguiça de ter relação sexual. Val, então, dá dicas e fala sobre o uso de fantasias, óleos de massagem e lingeries. Relata que já utilizou o "pó da Bruxa" e que funcionou bem. Glória diz que já tentou, mas pra ela não fez efeito. A partir daí, ela começa a nos contar sobre as dificuldades que tem no casamento e com as ex-mulheres e filhos do marido. A situação é muito difícil para ela e as relações muito conflituosas. Outras participantes contam que passam pela mesma situação, com as ex-mulheres e filhos do marido. Falam sobre a difícil situação de ter em casa crianças e adolescentes, com os quais não podem ter autoridade ou educar do modo que acham correto, acabam sendo estrangeiras dentro de sua própria casa.

A educação dos filhos vem à tona a partir daí, com cada uma relatando como faz para educar os filhos e como dividem as tarefas com os maridos em casa. De todas, apenas Verônica não casou e não teve filhos, mas teve a experiência de acompanhar bem de perto o crescimento

dos dois sobrinhos e nos relata também as dificuldades no crescimento e no relacionamento com eles. Algumas ainda tem vontade de ter mais filhos, mas apenas se tivessem mais dinheiro.

Com essa discussão, fugimos totalmente daquilo que havia programado para esse dia, mas o prazer de vê-las tão envolvidas na conversa e tão interessadas em interagir me desestimulou a qualquer tentativa de mudar o rumo da conversa. No horário do intervalo, enquanto pegava os lanches, ouvi Gabriela falar para Glória: "ainda bem que eu vim hoje, mesmo sem ter participado semana passada, eu estava mal, fui no vascular e ele me passou um monte de coisas"...Em outro canto, ouvi alguém dizer que deveria ter mais dessas rodas de conversas com elas.

Fiquei feliz por perceber o quanto estava sendo bom aquele momento para elas, mesmo que eu não tenha cumprido o planejado. Senti que puderam trazer lembranças de tempos da juventude, ou de solteira e compartilhar com as outras, que pareciam não conhecer ainda aquelas histórias. As dificuldades na intimidade do seu lar foram trazidas de forma clara e aberta e sugestões para tentar resolver ou aliviar a tensão vieram de diversas formas.

Desde o início das oficinas, me propus internamente a estar aberta aos acontecimentos, mas me questionei se esse acontecimento de hoje não foi uma perda de rumo. Porém, mesmo que tenha sido eu não mudaria, pois pra mim valeu a experiencia de vê-las falando livremente sobre temas que não costumam conversar e rindo de si mesmas.

Após quase duas horas de conversa, distribuo os lanches e sugiro assistirmos ao filme, mas quando tento passar, o som do computador é muito baixo e não consegue superar os outros ruídos da UBS. Elas pedem que eu mande o link do vídeo, então, para que possam assistir ao vídeo. Para finalizar, sugiro que pensem em suas experiências com a dependência química, peço que escrevam algo sobre isso no caderno e mantenho o pedido da foto que represente seu trabalho.

Nessa oficina, aparecem mais questões relacionadas à sexualidade e também a limites, sair dos limites, ampliar limites. A droga tendo uma perspectiva de sair do controle e logo entra o tema da sexualidade, do desejo e da falta dele, do controle e da falta dele, controle com as drogas, controle com os filhos, controle da sexualidade.

4.3. Precisamos Falar Sobre Kevin

Enquanto preparava o material para projetar o filme, Jéssica começa a me falar sobre um paciente dela que é dependente químico e mora no córrego. Ela já o acompanha há 5

anos em uma situação crítica, em um barraco improvisado com lona, diz que ele não aceita ajuda e não quer sair de lá. Diversos serviços da saúde e assistência já foram abordá-lo, mas ele nega o auxílio oferecido e também não quer ir tomar banho e se limpar em um abrigo. Jéssica diz que ele é uma boa pessoa, que quando ela vai vê-lo, às vezes ele diz que não vai conversar com ela porque usou droga. Parece que ele já foi casado e tinha uma vida boa, mas não sabe como ele foi ficar assim, o médico da UBS falou pra ele que se precisasse de algo fosse procurá-lo. Mesmo sem saber claramente como ajuda-lo, ela continua fazendo suas visitas. Ela ia tentar tirar uma foto do local onde ele mora para me mostrar.

Outras participantes que foram chegando, comentam que assistiram ao filme "Crack, repensar", aquele que enviei o link ao grupo, e gostaram do filme. Fico surpresa por tantas terem assistido ao filme por conta própria e fico feliz pelo interesse dessas profissionais em se disponibilizarem a aprender e falar sobre seu trabalho.

Assistimos ao filme "Precisamos Falar Sobre Kevin" e a discussão foi intensa, e por diversos momentos, muitas falavam ao mesmo tempo e a situação ficava confusa. Inicialmente, houve um questionamento quanto à postura da personagem principal, que era a mãe de Kevin, em ter perdoado seu filho, que matou o pai e a irmã, além de diversos colegas de escola. Glória ia totalmente contra essa postura e dizia que se fosse ela, esqueceria do filho que cometeu o assassinato. As outras ficavam em dúvida, afinal "ela é mãe", mas Glória estava convicta do que falava e sentia. Val dizia que perdoaria, mas que não teria coragem de morar novamente com ele, por medo dele matá-la enquanto dormia.

> *A gente só consegue ver os problemas assim, de uma outra forma, até bater na porta da gente, porque quando bate na nossa porta é diferente. Você fala, eu matava, eu batia, eu não via mais, mas e se acontecesse com você? Você ama o seu filho de paixão..., mas presta atenção Glória...eu falo que não, mas você não sabe se acontecesse...eu não sei até onde vai meus limites... (Gabriela)*

Após um tempo de questionamento da postura da mãe, com discordâncias entre elas, começamos a pensar sobre as causas do comportamento de Kevin em termos da relação com sua mãe e questões biológicas. Glória novamente tem uma opinião firme, de que ele já nasceu assim e de que a mãe não tem culpa das atitudes dele. Violeta questiona, afirmando que tudo que a mãe sente o feto também é capaz de sentir e dessa forma a mãe pode ter influenciado.

Vamos lembrando das ações do menino mostradas no filme durante o desenvolvimento dele e o que todas concordamos é que há uma contratransferência negativa de todas em relação a ele, afinal, ele é um personagem que não inspira nenhuma empatia. Os comportamentos

mostrados na infância dele geram desgosto nas participantes, que vão relatando como agiriam se fosse o filho delas.

Percebemos também algo em relação a mãe e temos uma percepção compartilhada de um sofrimento durante a gestação e após o nascimento do filho. Nesse momento, Gabriela se manifesta e coloca sua história pessoal, ela sofreu com depressão pós-parto em suas duas gestações e afirma que quem não passa por isso, não sabe como é. As dificuldades de cuidar de uma criança sem ter condições, são descritas muito bem por ela, que ao ter o segundo filho, precisou de acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

> *É, mas é difícil, deixa eu só falar gente, eu tive depressão pós-parto nas duas gravidezes, só que assim, só sente quem tem, quem está de fora não vê, quem está de fora, é porque você tá com preguiça, que você não quer amamentar, porque você quer dormir, porque você não quer cuidar do seu filho, gente, eu fiquei num estado! Na primeira, eu consegui sair com a minha família, mas na segunda, eu tive que ir pra psicóloga, eu queria matar todo mundo, eu queria matar meu filho, entendeu? Só vieram descobrir, quando eu tava realmente transtornada, porque daí eu deixava, não queria amamentar, nada, minha mãe ficava o tempo todo em cima de mim pra amamentar meu filho e meu filho era igual o Kevin, chorava feito o Giraia! (risadas do grupo) Eu não aguentava gente, era impressionante! Até me lembrei, porque, assim, meu marido trabalhava à noite, ele passava a noite toda chorando, quando meu marido chegava, o Ítalo era um santo, ele não chorava... (Gabriela)*

Eu valorizo o relato de Gabriela e afirmo que é muito importante que as pessoas próximas a uma mulher, antes e depois do parto, prestem atenção nela e nas dificuldades que pode estar experimentando. Esse relato contundente de Gabriela me mostra como ela está dentro da experiência e me faz refletir sobre os sentimentos que essa conversa pode despertar nela e também nas possibilidades que ela tem, como ACS, de oferecer um olhar mais atento, acolhedor e compreensivo às mães no puerpério.

Analisando a personagem do filme, acreditamos que ela teve uma depressão no período em que o filho nasceu. Quando falamos da relação entre mãe e filho e sobre como isso aparece no filme, Val fala que hoje em dia se tem desculpa pra tudo, que a sociedade sempre procura desculpas para atos de violência ou outros atos ilegais. Percebo que algumas concordam, mas o assunto volta a ser o comportamento do menino. Várias cenas que mostram sua infância também nos sugerem que ele tinha um comportamento diferente do habitual desde muito jovem, que manipulava a mãe e era frio. Pensamos na possibilidade de ele ser um psicopata e para sair da questão apenas biológica, levanto o questionamento sobre países que tem maiores índices de psicopatia e tentamos entender as causas disso. Val acha que um motivo de ter tantos casos de ataques de psicopatas nos EUA é a facilidade de se conseguir armas lá, mas Glória afirma que

no Brasil também é fácil e Juliana e Jéssica concordam, dizem que na comunidade é muito fácil conseguir e eu também comento que não sabia dessa facilidade. Elas dão risada da ingenuidade de Val e da minha também.

Pensando, então, na cultura e sociedade como importante no desenvolvimento da personalidade, falo que a família também é importante e pergunto se elas têm vivenciado isso com crianças no trabalho. Jéssica, então, fala do seu próprio filho, que é um menino que chora facilmente e até a professora conversou com ela sobre isso durante uma reunião escolar. Jéssica não sabe dizer porque ele é assim, porque na sua casa está tudo bem, mas acha que pode ser porque a família do marido é muito emotiva.

Glória também fala sobre seu filho e afirma que ele tem algum problema, que tem uma dificuldade no aprendizado, já foi ao psiquiatra e psicóloga, que dizem que ele está bem, mas ela percebe que ele tem uma dificuldade. Ela acredita que os médicos e psicólogas demoram muito para diagnosticar quadros de saúde mental na infância e que isso atrapalha o desenvolvimento das crianças e que quando ficam adolescentes, o problema só piora. Jéssica nos conta sobre os comportamentos do filho na escola, que são muito diferentes dos que tem em casa. Todas falam que é assim mesmo, que o filho quando não está com a mãe é outra coisa. Suely, que já tem filhos adultos, lembra de um episódio em que foi chamada pela diretora da escola porque seu filho havia jogado a carteira na professora.

Outros relatos vão surgindo, de supostas alterações dos filhos das participantes, de suspeitas que já tiveram ou têm em relação aos filhos e de situações trazidas também pelas escolas.

Essa discussão levantou muito mais controvérsias do que as anteriores, pois o filme levanta questões da maternidade que ficam no ar, sem respostas, cabe a nós que assistimos pensar nelas. Nesse grupo, no qual apenas eu e uma das participantes não somos mães, imaginei que fosse trazer um impacto, para além da questão de saúde mental do provável sociopata Kevin, mas das relações familiares, relações mãe-filho e maternagem.

Novamente, saí da oficina em dúvida quanto à qualidade da discussão, me questionando se deveria ter levantado algumas questões, mas pensei na riqueza da discussão trazida por elas mesmas. Refletindo mais um pouco, comecei a lembrar de vários momentos em que temas importantes foram colocados e o modo como isso foi feito e fiquei um pouco mais tranquila quanto à condução da oficina. Mas mantenho dúvida constantes quanto ao melhor modo para conduzir, e se eu não conduzir, isso terá um efeito de educação permanente? Essas discussões podem aumentar as possibilidades das participantes como pessoas ou profissionais?

4.4. E se vivêssemos todos juntos?

Nessa última oficina, escolhi um filme que traz o tema do envelhecimento e apresenta formas alternativas de passar por esse processo. Enquanto preparava o material, na manhã da oficina, lembrei de uma música do Arnaldo Antunes, chamada "Envelhecer", e achei que teria sentido apresentar o clipe da música e a letra, além do filme. O filme tem uma atmosfera cômica e a música também, então achei que seria um bom complemento para essa oficina.

> A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer
> A barba vai descendo e os cabelos vão caindo pra cabeça aparecer
> Os filhos vão crescendo e o tempo vai dizendo que agora é pra valer
> Os outros vão morrendo e a gente aprendendo a esquecer
>
> Não quero morrer pois quero ver
> Como será que deve ser envelhecer
> Eu quero é viver pra ver qual é
> E dizer venha pra o que vai acontecer
>
> Eu quero que o tapete voe
> No meio da sala de estar
> Eu quero que a panela de pressão pressione
> E que a pia comece a pingar
> Eu quero que a sirene soe
> E me faça levantar do sofá
> Eu quero pôr Rita Pavone
> No ringtone do meu celular
> Eu quero estar no meio do ciclone
> Pra poder aproveitar
> E quando eu esquecer meu próprio nome
> Que me chamem de velho gagá
> Pois ser eternamente adolescente nada é mais demodé
> Com uns ralos fios de cabelo sobre a testa que não para de crescer
> Não sei por que essa gente vira a cara pro presente e esquece de aprender
> Que felizmente ou infelizmente sempre o tempo vai correr
>
> (Envelhecer - Arnaldo Antunes, Marcelo Jeneci e Ortinho)

Assistimos ao nosso último filme dessa série de oficinas em meio a diversas risadas e comentários. Foi com certeza o filme que assistimos mais animadamente, acredito por ser um filme leve com várias situações cômicas. Ao final do filme, Jéssica novamente me diz que eu sou boa para escolher filmes. Comentários sobre o final do filme ocorrem enquanto distribuo o lanche e nos preparamos para a discussão. Enquanto comemos, falamos sobre a ideia de uma república para idosos e que essa pode ser uma forma interessante para tentar minimizar as dificuldades e solidão de alguns idosos.

Elas dizem que gostaram do filme e percebi que se envolveram com a história e personagens pelas reações durante o filme. Há queixas em relação ao final do filme, porque morre uma das personagens, com a qual já estávamos ligadas afetivamente. Iniciamos a discussão e um tema que aparece inicialmente é o de idosos colocados em casas de repouso, que são abandonados pela família.

> *Eu acho que o que acontece muito é realmente isso, do filho querer deixar o pai no asilo porque não tem paciência ou porque tem família e não quer trazer pra casa. (Jéssica)*

Além do abandono pelas famílias, o que Juliana observa é que alguns idosos, mesmo morando em casa, não são tratados com carinho ou de forma paciente pela família. Quando ela vê esse tipo de situação, tenta imaginar o que leva a família a agir daquele modo, se as relações estabelecidas com aquela pessoa não foram boas. Questiona como ela mesma se comportaria se tivesse que cuidar de um idoso e em última análise, se ela quando for idosa, vai ser tratada daquela maneira.

> *E a gente vê, eu vejo meus idosos, eu tenho uma idosa que tá numa cama sozinha, tem os filhos todos do lado, mas cada um tem uma vida, aí tem netos que estão olhando e cuidando dela, que ela tá restrita, e o que eu vejo gente, quando eu chego lá, eu me ponho no lugar, ela teve uma história, ela teve uma vida, mas ela só ouve xingo, grito, sabe....Você tá esquecida! Já te dei o almoço! Eu vim aqui te dar, fazer sua comida, você que não quis!... Sabe, eu fico olhando aquilo ali e fico pensando comigo, será que eu também, se eu tivesse minha avó eu estava fazendo isso nessa situação? Ou eu, eu, será que eu vou viver isso? (Juliana)*

Dora, que geralmente fala pouco, nos conta sobre sua avó e de como cuidou dela, tendo abandonado a escola por três meses para poder ajudar a mãe a cuidar dela. Na época, tinha apenas dezesseis anos e parou temporariamente a escola. Ela não se arrepende e faria de novo, mesmo sendo tão jovem na época. Ao ouvir esse relato, Glória diz que não gostava de sua avó materna, mas que gosta muito da outra. A mãe, fazia Glória cuidar da avó e ela só cuidava por que era obrigada, pois não tinha um vínculo com a avó. Ficamos sabendo de um episódio em que seu irmão machucou a cabeça com um prego e sangrou, e ela, ainda criança, ficou muito assustada e chorava e a avó apenas falou, “limpa isso e faz um curativo”. Todas rimos nesse momento pelo modo como Glória contou a história, mas ela argumentava que estava muito assustada e a avó nem deu muita atenção.

> *A minha avó ficou internada 16 dias, e os 16 dias eu fiquei ao lado dela, tem uns 12 anos isso, eu tinha 16- 17 anos. Ela foi morar com a gente, 6 meses,*

> *eu parei a escola para ajudar a minha mãe a cuidar dela e pra mim foi um prazer, aquela coisa, assim, que eu faria tudo de novo porque apesar que ela era aquela velhinha bem carrusca, ela xingava, eu chegava da escola, ela falava assim, isso não é hora de você chegar! Já podia estar amanhecendo! pra ela, o dia estava amanhecendo, mas era umas 11 horas, aí eu falei assim, não....eu parei 3 meses, aí foi onde ela voltou pra casa dela e ela não conseguiu, aí ela veio a falecer. (Dora)*

Val fala sobre o seu avô, falecido em julho desse ano (há 3 meses da oficina), estava morando em uma casa de repouso e ela se sente muito culpada por não ter feito nada e por não ter levado o avô para a casa dela. Ao contar sua história, Val fica emocionada, nós tentamos acolhê-la e dar apoio a ela, que parece ainda estar bastante sensibilizada com a situação e se sentindo culpada.

> *Meu avô, que faleceu agora em julho, ele era pai do meu pai, eu tenho amor pelo meu avô ainda, mas não é igual ao que eu tenho com a minha avó. Então, ele foi, sete irmãos, ele foi pra uma casa de repouso, aí quando eu ia visitar, pra mim era muito ruim, eu voltava acabada, eu não coloco numa casa de repouso, nem minha avó, hoje ela é bem ativa, mas.....eu me senti muito culpada de não ter feito muita coisa, devia ter, porque ele decaiu muito quando ele foi para a casa de repouso. Tem meu pai, mas meus tios, eles decidiram colocar lá, mas porque eu não fiz nada? Porque não levei pra minha casa, entendeu? (Val)*

Jéssica comenta que foi uma vez num asilo e que nunca quer voltar, porque achou o ambiente extremamente triste, mas Suely afirma que tem que ser o contrário, por ser um lugar muito triste, eles precisam muito de alguém que os visite e ofereça um pouco de amor e atenção.

> *Quando eu tava no colegial, fizemos uma gincana na escola, aí a gente ia arrecadar alimentos, aí os alimentos que a gente arrecadou a gente ia distribuir pra algum lugar e a minha equipe decidiu ir pra um...entregar num asilo....gente a primeira vez que eu pisei num asilo e eu nunca mais voltei e pretendo nunca mais pisar.....ô lugar triste é dentro de um asilo...(Jéssica)*

Suely também faz um relato sobre um episódio importante em sua vida, o falecimento da bisavó, de quem ela cuidou durante a adolescência. Durante sua narrativa, fico sabendo que sua mãe faleceu quando ela tinha doze anos e que foi morar com uma tia, sem seus irmãos. Ela fazia várias coisas com a bisavó, levava para receber a aposentadoria, ajudava a tomar banho, a se trocar. A história tem um final cômico, porque no dia em que sua bisavó morreu, ela fez o que a bisavó pedia, não chorou, não ficou triste e trouxe sua turma para casa para fazer uma festa, o pai ficou muito bravo e quase bateu nela. Mas ela sabia que estava cumprindo a vontade

da bisavó e disse que aquilo era “algo das duas”. Suely também ficou bastante emocionada ao nos contar sua história.

> *.... tia...acho que a bisa morreu.... aí tinha o médico de família naquela época, era o dr. Daniel, que a gente tinha o médico que vinha em casa, aí tá.... morreu serena, sabe assim, aquela morte bonita? Aí tá bom, aí nesse dia eu lembrei que ela falou isso pra mim e ela morreu de um sábado pra um domingo, na nossa época tinha a sede, que a gente dançava e eu me arrumei toda esse dia, fiz o que minha bisa mandou fazer, me arrumei toda, me maquiei bonita, todo mundo chorando, tudo falso...(risos)...pra onde você vai? Ai, pai, vou dar uma saída.... não, mas sua bisa morreu, não, minha bisa falou que não é pra eu ficar triste e eu não chorei mesmo. Fui pro som que era matine, aí ...daqui a pouco eu chego com a minha galera, né? Meu pai, o que que é isso? Não, minha avó falou que hoje era pra todo mundo ficar feliz, então eu trouxe todo mundo aqui, aí meu pai quase me bateu..risos... (Suely)*

Juliana nota que o filme também abordou situações de idosos com Alzheimer, e adiciona que vai passar a sugerir aos pacientes que escrevam em diários. O personagem que estava desenvolvendo os problemas de memória tinha o hábito de anotar em um diário fatos da sua rotina e esse diário passa a ser uma testemunha de sua história, que ele próprio não se lembra e num momento de crise, com uma descoberta dolorosa de sua história, ele opta por arrancar uma página do diário. Ela pensou que seria interessante sugerir isso aos pacientes, mas Gabriela lembrou que alguns pacientes nem sabem escrever.

Suely sorri ao lembrar de um paciente que acompanhou logo que começou a trabalhar como agente comunitária de saúde. Ele tinha Alzheimer e quando ela ia visitá-lo ele “passava a mão nela”. Glória acha que isso era sem vergonhice e que era uma desculpa para tocar nela, mas Suely continua a história sorrindo.

Dora também teve uma paciente que ficou em sua lembrança, porque embora ela estivesse com a memória muito ruim, ela não se esquecia do marido e tinha muito ciúmes dele, tanto que quando ela ia visitar a casa, era olhada com cara de desconfiança e o marido precisava intermediar a visita. Durante toda a visita a mulher ficava de mão dada com o marido.

Esse assunto de ciúmes inspirou o relato seguinte, de Jéssica, que conta sobre uma paciente que achou ruim o marido ter beijado a profissional no rosto e disse que ia fazer o mesmo com o marido dela. Glória comenta que tem homem que é muito folgado mesmo e Juliana nos presenteia com uma história sobre uma visita que fez e que o paciente a atendeu pelado. O modo como ela contou e como lidou com a situação foi extremamente cômico e eu achei a reação dela ótima. Juliana falou um pouco sobre ele, na época, ele passava por dificuldades, estava bebendo muito e tinha comportamentos desse tipo. Hoje, ele está um pouco melhor e tem uma sobrinha que o ajuda.

> *Juliana - Eu acho que ele...coitado, agora não, agora ele tá bem, mas nessa época acho que ele tava meio perturbado, sabe? Ele saia sem roupa lá pra porta e esse dia eu chamei, e eu precisava do cartão do SUS dele, que eu tava fazendo o E-SUS e os documentos, eu chamei e ele veio sem roupa...*
> *Pesquisadora - E você fez o quê?*
> *Juliana - Eu falei, seu Francisco, o senhor tá sem roupa, num momento apropriado, que o senhor tiver de roupa, eu volto aqui...(risos)...Porque o senhor tá sem roupa, seu Francisco? Ele fez assim e entrou...acho que ele não percebeu. Aí eu falei pras meninas pra ir comigo. Então, ele era etilista, ainda é, mas não igual era antes, entendeu? Eu acho que ele tava sentado lá, no sofá...levantou e foi atender...*

Eu perguntei a elas se tinham grupos de idosos na unidade, elas responderam, falando várias ao mesmo tempo, que não tinham grupo para idosos, mas que tem o grupo de HIPERDIA, que é frequentado principalmente por idosos e que pelo que entendi de suas colocações, faz um papel de grupo de convivência. Sobre esses grupos, elas foram me contando dos pacientes que frequentam e começaram a tentar entender porque em uma área os idosos eram mais ativos e participavam mais das atividades e em outras não. Glória chamou atenção para o fato de diferenças culturais interferirem no nível de atividade física e participação de atividades de lazer. Fico sabendo de um centro de convivência que tem na região, que é bastante frequentado por pacientes de uma determinada área do território da UBS, onde tem muitos bailes, grupos de caminhada e outros. Elas vão falando cada uma de suas áreas, sobre a adesão aos grupos e os prováveis motivos para a adesão ou as faltas. Um motivo importante, que elas citam com frequência é o relevo da região. Ao redor da UBS, tem muitos morros, com elevada inclinação e isso dificultaria o deslocamento dos idosos, principalmente aqueles que têm maior limitação física. Em consequência disso, quando o grupo é feito próximo a residência do paciente ou o caminho para ele não é tão íngreme, há uma adesão maior. Elas colocam como fatores de adesão, o nível socio econômico, a cultura, a distância e o relevo. Jéssica também acha que existe o comodismo por parte de algumas pessoas, que optam por não participar.

Eu comento sobre a importância para os idosos dessas atividades, das relações, dos grupos e da convivência, independentemente de terem um problema de saúde mental ou não, mas devido a mudanças importantes na vida durante essa fase. Quando falo isso, Jéssica concorda e fala sobre sua mãe, que após se aposentar, ficou mal, com depressão e ela acha que foi devido a essas mudanças na vida dela que ela ficou assim.

Suely afirma que quando se aposentar, vai continuar trabalhando, porque senão vai ficar deprimida. Quando era jovem e veio morar com o marido na comunidade, não estava bem,

sentia-se triste, até que uma amiga a convidou para participar de atividades voluntárias com a comunidade e isso ajudou muito na sua melhora.

Elas nos contam que fazer visitas e os grupos com idosos é algo que faz bem para eles e que eles ficam muito felizes em ter esses momentos de atenção, conversa e convivência. A participação nos grupos promove o relacionamento entre os participantes, que passam então a perguntar quando alguém falta. Alguns têm o grupo como algo dentro de sua rotina, como um espaço onde vão conversar com os amigos e quando voltam, já compram um pãozinho na padaria.

Com o horário da oficina já avançado, Juliana faz um comentário..." Ô Fernanda, indica mais uns filmes pra gente assistir, tá fazendo a gente refletir" ...Fico muito feliz com esse comentário, porque sinto que estou proporcionando algo que elas estão gostando de experimentar e a experiência está estimulando a reflexão.

Voltando aos idosos, Val fala sobre sobre o Programa de Acompanhante do Idoso (PAI), e acha que o programa precisaria ter uma frequência maior de acompanhamento. Suely tem um paciente que é acompanhado por esse programa e acha que uma vez por semana já está ótimo. Mas Val pensa nas pessoas que têm que optar entre trabalhar ou cuidar do idoso, porque não tem quem fique com ele e acha que o programa deveria ser todo dia.

Violeta comenta sobre outro programa para idosos, que não tem nessa região, porque é de outra OS. É um programa no qual os idosos têm acompanhante para consulta, para passeios e diversas atividades.

Eu tento concluir falando sobre as necessidades dos idosos e que estamos muito abaixo do que precisaríamos estar em termos de assistência ao idoso.

Pergunto se alguém tem mais comentários e Jéssica diz que eu arraso nos filmes, eu brinco dizendo que Glória não gostou do final, e nesse momento elas começam a comentar sobre o final e cada uma vai dando um significado para a última cena do filme. Nessa cena, após o falecimento de uma das integrantes do grupo, que era casada com um idoso com problemas de memória, o viúvo começa a chamar o nome dela e os amigos começam a procurá-la junto com ele, gritando o nome dela também.

Jéssica - A gente não gostou que ela morreu....
Glória - Eu preferia que ele tivesse morrido...
Val - Mas ele, pelo menos, ele não soube da morte....
Glória - Ele sofre sim e quem tá do lado dele sofre junto vendo ele sofrer
Jéssica - Você viu quando ele começa a gritar o nome dela?
Glória - Ele sabe que ela tá morta, mas ele fica procurando ela...
Suely - Apesar dela ter morrido, ela estava ali presente, talvez seja isso....

> *Verônica - Ele esqueceu que ela morreu, mas a presença dela estava ali, ele queria ela... como é que ele ia ter ela?*

Eu agradeço a todas e finalizo falando sobre o processo de pesquisa e sobre como me vi no filme naquele dia, porque no filme havia um personagem que era pesquisador e estava afetando e sendo afetado pela experiência da pesquisa com os idosos.

Pensando depois da oficina sobre tudo que aconteceu e tudo que foi falado, suponho que para essas mulheres se comoverem e trazerem suas histórias de forma tão intensa, revivendo sentimentos antigos ou reelaborando esses sentimentos, que realmente elas estão abertas para essa experiência e investindo seus afetos nesse espaço de encontro. Fico emocionada pela forma como mergulharam e se deixaram levar pelo que o momento trouxe.

Ao final das oficinas, sempre fico com questionamentos a respeito da validade desse processo como um processo de educação permanente. Penso em todas as discussões e me questiono se deveria ter trazido mais assuntos para a discussão, se deveria ter conduzido de forma mais direcionada a temas específicos que poderiam ser relevantes, mas o modo como todas têm participado das oficinas, me faz ter a sensação de que houve uma conexão e um encontro real entre nós.

Nessa discussão, com um filme sobre um grupo de idosos como disparador, a vida familiar e principalmente como cuidamos de nosso idosos, enquanto família, veio de forma intensa. Avós e netos e os sentimentos decorrentes dessas relações foram o centro da discussão, com boas e más lembranças circulando de uma para outra. Avós que adoeceram e que precisaram ser cuidados por essas netas que agora são profissionais de saúde e se relacionam diariamente com outras famílias, com outros avós e netos, com histórias e posturas diferentes. E tentam entender, a partir de sua própria história os cuidados e descuidados que encontram. Surge angústia e indignação por comportamentos, que mesmo tentando compreender, não conseguem acessar, já que são aquelas que devem construir o cuidado e acabam por testemunhar o descaso.

Nessa oficina, eu tive uma experiência muito importante. Enquanto eu assistia ao filme, visto por mim já algumas vezes, me veio algo que nunca tinha pensado. No filme, há um jovem pesquisador, etnólogo, que pretende viajar para a Austrália para pesquisar o comportamento dos idosos nas tribos australianas. Em uma das conversas dele com uma personagem, ela pergunta pra ele porque ele não pesquisa o comportamento dos idosos em Paris mesmo e o convida a morar com eles, na república que eles estão constituindo. Ele então passa a fazer cada vez mais parte daquele grupo, a conviver com eles e a fazer parte daquela rotina e claramente

interferindo nela, como nos momentos em que consegue Viagra para um deles, aceita levá-lo a um encontro com prostitutas e ajuda a despistá-lo do filho, além de despertar o interesse das duas mulheres desse grupo, que gostam muito da sua presença. Ao mesmo tempo, a pesquisa também muda sua vida, ele toma decisões em sua vida e muda projetos feitos anteriormente a partir da convivência com o grupo. Em relação à pesquisa que ele faz é interessante como o grupo representa sua própria vida, como por exemplo, quando ele deixa uma filmadora na sala ligada e uma das mulheres se senta exatamente em frente a câmera para fazer crochê. A interferência da pesquisa na vida do grupo fica clara quando eles criam uma situação só para brincar com a câmera. Há uma conversa interessante também entre eles, sobre o fato de estarem sendo pesquisados, e percebemos o que aquilo representa para cada um deles.

Essas percepções, sobre ver uma pesquisa dentro da pesquisa só surgiram enquanto eu assistia ao filme na sala da UBS, com as participantes e sentada confortavelmente no chão da sala, local onde assisti a todos os filmes, mesmo sob protesto das agentes.

Eu comentei com elas sobre isso no final dessa oficina, que seria também a nossa última. Falei que me vi naquele pesquisador do filme. No último encontro, eu tive essa clareza de me ver de um modo e me ver onde eu não esperava. Eu planejei projetar o filme por uma série de motivos, mas não imaginei que seria uma surpresa pra mim. Mas eu nunca tinha visto o filme com esse olhar, nunca tinha visto algo meu refletido nele dessa forma. Foi uma experiência rica e profunda pra mim.

5. CRÍTICA/ANÁLISE FÍLMICA

A análise dos dados produzidos e a análise da implicação se faz a todo momento em um processo de pesquisa cartográfica. Compartilho aqui, algumas das reflexões que desenvolvi a partir da experiência que tive junto a essas profissionais.

As ACS que participaram dessa pesquisa foram voluntárias e isso já me faz pensar em algumas características desse grupo. O interesse por atividades que estimulam a reflexão e a participação intensa na oficina foram características importantes desse grupo, que não necessariamente representa a maioria das agentes comunitárias de saúde, mas uma parcela dessas profissionais. Não pretendo aqui trazer conclusões acerca dessa classe profissional, mas levantar questionamentos a partir de uma experiência que compartilhamos.

A experiência de uma pesquisa cartográfica implica em compartilhar um campo vivencial e afetar e ser afetado continuamente, sem a pretensão de se manter neutro ao habitar o campo de pesquisa.

Não seria possível realizar esse tipo de pesquisa com a intenção da neutralidade, já que desde o início estava imersa nesse mundo, na companhia dessas pessoas, que me trouxeram tantas novidades em termos da produção do cuidado e que de forma lenta e gradual me influenciaram a modificar minha atuação profissional. Toda minha experiência na atenção básica contribuiu para essas mudanças e conhecer o trabalho feito no território tem sido algo complexo, rico, difícil e potente.

Os oito anos de trabalho nesse campo, me permitiram ter visões variadas sobre o funcionamento da ESF e sobre os processos de trabalho das equipes. O respeito e críticas que tenho hoje em relação a esse trabalho vêm da convivência com as dificuldades, possibilidades, impasses e fragilidades dessa estratégia, pela qual se optou para a reorganização da atenção básica do Brasil.

Fiz a opção de pesquisar com as agentes comunitárias porque, para mim, se mostraram como os profissionais com maior capacidade para experimentação, agir criativo e invenção, dentro da saúde, por trabalharem cotidianamente desenvolvendo estratégias diferentes na abordagem de cada usuário com os quais se relacionam.

Antes de tudo, mulheres

Retomo aqui a discussão sobre minha escolha de me referir a essas profissionais no gênero feminino. A grande maioria das profissionais nesse cargo são mulheres e isso também

precisa ser pensado, existe algum motivo para essa predominância? Quais as consequências desse predomínio do feminino?

Em profissões relacionadas ao cuidado e à educação, que já foram consideradas como uma extensão do trabalho doméstico, há uma predominância de mulheres. Historicamente, o feminino está associado ao materno, ao cuidado, e embora no atual contexto social, isso já tenha sido muito discutido e questionado, o papel da mulher, como aquela que cuida, ainda permanece na sociedade, na constituição das famílias e profissões (MARTINS, 2009).

Na saúde, encontramos mulheres como grupo majoritário, mas isso não se reflete nos espaços de gestão da saúde, já que nos modelos hegemônicos de saúde, se mantém uma cultura patriarcal. As mulheres compõem 65% dos mais de 6 milhões de profissionais que trabalham na saúde, tanto nas atividades diretas, quanto nas atividades indiretas, segundo os dados do Censo do IBGE, compilados pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (EPSM/ NESCON/UFMG).

. O trabalho da ACS, dentre outros que se desenvolvem em condições ruins, apresenta a vantagem da mulher poder trabalhar próximo à sua casa, de forma a conseguir cuidar da casa e dos filhos, situação que não seria possível em outros empregos. Então, mesmo que ofereça condições precárias de trabalho, ainda se apresenta como uma opção atrativa para algumas mulheres.

A relação de gênero nessa profissão já tem papel marcante desde o início de sua constituição, quando se definiu que as agentes de saúde seriam mulheres, que conhecessem a comunidade e fossem respeitadas por esta. No Ceará, onde foi iniciado esse trabalho dos Agentes de Saúde, havia um Programa de Emergência, devido ao sofrimento da população em um cenário de fome e seca. Esse programa pagava um valor para cada família para que as pessoas conseguissem sobreviver durante a seca. Em 1987, o governador definiu que a população deveria realizar algum trabalho para o Estado para receber esse auxílio, foi aí que o secretário de saúde sugeriu que fossem contratadas mulheres para trabalhar na saúde. Anteriormente, esse valor era pago para os chefes de família, durante esse período de emergência, mas nesse ano, foram contratadas mulheres, que receberiam um pagamento do governo, e assim iriam garantir o sustento da família durante a seca, e em contrapartida, haveria mão de obra barata para a saúde. Com os bons resultados desse programa, ele foi estendido para o restante do Estado do Ceará e em 1991, para o Brasil (ÁVILA, 2011).

O estabelecimento dessa profissão se deu no mesmo período em que houve fortalecimento das políticas neoliberais no Brasil, com menor intervenção do estado na saúde e relações de trabalho mais precárias. A contratação das agentes comunitárias de saúde se dava principalmente por Organizações não governamentais (ONG) e posteriormente por OS.

O fato de suas habilidades serem consideradas prolongamento das habilidades domésticas, faz com que o trabalho seja desvalorizado em relação a outros profissionais de saúde, o que novamente contribui para as más condições de trabalho e remuneração.

Produtividade versus trabalho humanizado

A Estratégia da Saúde da Família se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, da integralidade, da responsabilização, do vínculo e continuidade, da humanização, da equidade e participação social (BRASIL, 2006). Para que esses princípios sejam respeitados, o trabalho do profissional de saúde requer tempo e disponibilidade, para que um bom encontro aconteça, com promoção do vínculo entre as partes e construção da confiança. Em relação a isso, Franco e Merhy (2003):

> Entendemos que para conseguir operar satisfatoriamente a integralidade, nos campos de necessidades descritos aqui, o espaço da micropolítica do processo de trabalho, como vimos, aparece com evidência na medida que este é um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários, portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde.

A definição de metas numéricas de produtividade, valorizando-se a quantidades de visitas e aplicação de questionários pré-fabricados responde a uma necessidade do sistema de saúde de ter o controle dos dados para planejar ações, sendo uma ferramenta importante para o desenvolvimento de Políticas Públicas, mas da forma como têm sido introduzidas na rotina de trabalho dessas profissionais, tendem a automatizar e desumanizar a ação do ACS, contribui para a captura da atuação desses personagens, despotencializa seu trabalho e o torna desvitalizado. Merhy (1997) nos fala sobre o trabalho vivo[5] como a dimensão do trabalho exercida no momento da atuação do profissional com o paciente, que embora tenha embasamento no trabalho prescrito, é personalizado através das características de cada pessoa,

[5] Merhy reutiliza o conceito de trabalho vivo e trabalho morto, proposto por Karl Marx, em sua obra "O Capital" (1867), e o insere na realidade do trabalhador da saúde na produção do cuidado em saúde.

havendo uma margem para que o profissional o exerça de acordo com seus conceitos, modos de ver e modos de viver.

> *Mas aí não é nem a visita, o que visa é preencher a ficha e preencher o E-SUS ...não é nem a visita...você faz a visita e nem tem tempo de olhar o paciente...como é que você tá? Tem consulta? Você fez papa? Fez mamografia? O nome do pai, da mãe, preenche a ficha.....(Val)*

> *Não olhar no olho do paciente...você não tem o olhar pro paciente, tem o olhar pra prancheta.... tá bom obrigada, a senhora assina aqui .....(Suely)*

> *Aí quando ele quer falar mais, ele quer se abrir, daí a gente fica assim, meu Deus, peraí, eu não posso demorar tanto aqui que eu tenho mais cinco.... (Jéssica)*

> *E, às vezes, uma visita que você faz num paciente, que ela tá falando, naquele dia não tem como você sair daquela casa, ele está precisando, você entendeu? Aí você fala, putz, eu tinha que fazer....mas só ele me perdeu a manhã toda....e eu me sinto feliz porque eu deixei ele bem, ele desabafou....só que quando chegar aqui, eles não querem saber....cadê as outras quatro?....porquê de manhã é cinco e à tarde mais cinco....cadê as outras quatro da manhã? Não quero saber...você podia ter ficado lá, mas tinha que ter feito essas quatro...mas como?...às vezes, vou fazer meu fechamento....essa visitas é tudo assim, daquele jeito que você falou...oi tudo bom?.....oi tudo bom?....eu me sinto mal, eu não gosto que a minha agente comunitária chegue na minha casa e fale só oi tudo bom, assina aqui, que isso? (Suely)*

Piccinini (2015) afirma que o trabalho do agente comunitário se dá entre a tensão do técnico e prescritivo e a capacidade inventiva, sendo que não há necessariamente contradição entre esses. Essas tensões surgem por diversas vezes nas oficinas, e embora isso seja característica constituinte do trabalho, um processo que evolutivamente exige mais atividades protocolares e metas quantitativas, deixa menos espaço para que o profissional atue de modo criativo e humanizado.

> *Nós não somos robôs, né gente? A gente, você não tá lá só pra ficar...a pessoa fala, você tem que olhar pra pessoa, não é?...E essa que é a diferença que eu acho no nosso trabalho, eu registro só algumas coisas... (Juliana)*

As participantes relatam dificuldades em cumprir tudo que é exigido frente às demandas que surgem durante a sua atuação com a população. Em suas visitas, é comum encontrar alguém que esteja precisando ser acolhido e ouvido com mais paciência e tempo, e nesse momento, embora tenham a liberdade de fazê-lo, sabem que serão cobradas pelo número de visitas não atingido naquele dia. Isso torna a rotina mais desgastante, por estar constantemente em conflito com aquilo que lhe é determinado como meta.

O interesse de cada uma em realizar um trabalho humanizado aparece diversos momentos através de expressões como “olhar nos olhos do paciente”, como uma metáfora da atenção que é dada a cada um e ao mesmo tempo como atividade física real, que demonstra o interesse de um ser humano pelo outro.

Em nossos encontros, veio à tona o incômodo com a preocupação dos serviços, aqui representados diretamente pelas enfermeiras das equipes, com a quantidade de visitas, mas não com a qualidade destas e nem com as situações que conseguiram aliviar ou resolver através de sua escuta e acolhimento. Entendo essas queixas como uma forma de resistência dessas profissionais a se submeter a um trabalho que as força a produzir em série, de forma padronizada.

Essa incompatibilidade entre metas e princípios ocorre com todos os profissionais da atenção básica, que vêem suas aspirações de realizar um trabalho humano e próximo a população se tornar um pesadelo ao constatar que o tempo para realiza-lo da forma que gostariam não é compatível com a quantidade de demanda.

> *Val - A questão é que eles , tipo, visam muito a visita, tem que fazer visita pro paciente não reclamar, parece que é isso né, o ACS tem que fazer a visita pro paciente não reclamar....não pode ter reclamação, só você que tá errado e o paciente tá certo, acaba que a gente acaba se preocupando só com a visita....*
> *Jéssica - E não é uma visita de qualidade....*
> *Suely - O olhar e o ouvir eu acho que é uma técnica de agente comunitária, a melhor coisa que tem...é o olhar e ouvir...porque você vai lá, ele tá bravo, você deixou ele descarregar em você, aí você ouviu, aí depois que ele descarregou, a gente conversa com ele, calma, já que você falou isso...ele sai tão assim....parece que você deu uma medicação pra ele ali, ele sai tão leve...*

A capacidade de agir com criatividade se reduz com um trabalho que limita as ações e gestos que não estão prescritos e essas ACS reagem com posturas a desafiar o sistema, e quando se submetem, o fazem deixando claro o desconforto.

“Precisamos de ajuda, estamos doentes” - O sofrimento psíquico das agentes comunitárias de saúde

Durante os encontros, as participantes trazem claramente o reconhecimento do sofrimento mental e afirmam que “quase todas estão doentes”. Pela sua proximidade com a população, pela sua capilaridade e por estar dentro das casas, elas acompanham a rotina e conhecem situações de pobreza e dificuldades das famílias, para além das queixas aos serviços.

> *Verônica - A maioria fica doente....*
> *Pesquisadora - E vocês pedem ajuda umas para as outras?*
> *Verônica - Ah, dentro da equipe você tem sempre aquela com quem você fala mais, você conversa mais, daí acaba desabafando uma com a outra, mas a maioria.... aqui do posto pelo menos, a gente tá doente, a maioria tá doente, a maioria toma remédio....*
> *Juliana - Pelo que eu saiba também é a maioria...*
> *Pesquisadora - Doente de coisas.... emocionais?*
> *Verônica - Doente de tanto carregar coisas, porque não tem como você fazer visita, pegar uma coisa pesada e chegar em casa, ah está bom, não tem...não.... você leva pra sua casa...você leva pra dentro de sua casa...*
> *Juliana - Ainda mais quando é com criança, com idoso, não tem jeito gente, não tem.... daí a gente fica...entendeu? Eu.....quando eu adoeci eu ficava assim, agora, graças a Deus, eu tô sabendo lidar com isso...às vezes, eu ia e via o pessoal comendo arroz puro.....eu tenho isso....até hoje...eu vejo comendo arroz puro e aí eu chego em casa, às vezes sobrava um pouquinho de arroz, sabe...Mas eu tenho que jogar fora, que meu marido faz marmita amanhã e esse arroz vai azedar...aí na minha cabeça, meu Deus, mas fulano...*

O contato com situações de extrema vulnerabilidade, sofrimento e falta, cria uma angústia que precisa ser dita, precisa ter lugar e ser legitimada. Ficar frente a frente com a fome, a violência e a privação podem suscitar sentimentos de impotência e frustração diariamente e elas não encontram lugar para falar sobre isso e se sentirem apoiadas.

O adoecimento das agentes comunitárias de saúde é um assunto que já tem sido estudado. A pesquisa de Silva e Menezes (2008) encontrou um nível alto de esgotamento emocional entre agentes comunitárias relacionada ao esgotamento profissional e relacionou esses resultados às demandas do trabalho e aspectos profissionais.

Estudos baseados na psicodinâmica do trabalho verificaram que o número de adoecimentos pelo trabalho aumentou de forma importante entre 2006-2008, e isso está associado às condições de trabalho desgastantes e degradantes (CREMONESE, 2013).

Lopes *et al.* (2012, p. 639), afirmou que em sua pesquisa "as situações geradoras de sofrimento no trabalho estão relacionadas às fragilidades existentes nos serviços de saúde, ao desconhecimento das suas funções, à falta de reconhecimento e à dificuldade em trabalhar de forma integrada aos demais membros da equipe de saúde "

Diversos motivos relacionados ao trabalho foram levantados pelo grupo como causa de sofrimento:

- Morte dos pacientes acompanhados.

> *O que mexe mais comigo é a morte.... agora em agosto morreu uma paciente minha...eu fiquei dois dias em casa, eu falei, doutora eu não tenho psicológico, não quero trabalhar....eu não tinha, você lembra né Suely? Porque além dela ser minha paciente, ela era minha amiga, minha vizinha,*

> *então, eu cheguei nela, eu desabei, eu chorei, eu falei, eu não tenho condições, então, tem hora que não dá...tem hora que você fala, não dá, nem vontade de levantar da cama...(Jéssica)*

- Sensação de impotência diante das necessidades da comunidade.

> *E a gente não consegue, a gente não consegue ficar só naquilo sabe, se você gosta, se você quer o bem, a gente sempre quer ne, todas nós, a gente não consegue, aquilo fica ali martelando, hoje eu preciso olhar mais pra ela, fazer mais alguma coisa, tentar, mesmo que não está ao meu alcance, mas eu coloco, eu vou levar e as vezes vê se frustra, muitas das vezes , se frustra todo dia , porque você sabe que algumas coisas dá pra fazer, não depende da gente, mas dá pra fazer, porque faz pra um porque gosta mais, mas tinha que fazer pra todos....então a gente fica lá embaixo...pé q eu não consegui? E isso dói... (Juliana)*

- Desvalorização do ACS pelos outros profissionais do serviço.

As relações com os outros profissionais do serviço de da equipe da ESF também aparece como uma fonte de sofrimento nas narrativas das agentes, elas se sentem desvalorizadas frequentemente no trabalho e não sentem que seu trabalho é reconhecido.

> *O que mais me mata é o pessoal do administrativo virar e falar você vai pra sua casa dormir, você não faz nada... (Val)*

- Excesso de cobrança por produtividade
- Falta de apoio, tanto técnico como emocional, dentro da equipe da ESF

> *Então, mas ela teve esse apoio, eu não sei se todas nós, se chegar....eu não tenho, eu sei que eu não tenho... (Juliana)*
>
> *Antes tinha as metas, mas você conseguia porque tinha outro apoio junto.... também .... Não era essa carga que é hoje... (Juliana)*
>
> *Eu tô conseguindo lidar mais, eu consegui com o tratamento, que eu tô fazendo, eu tô conseguindo lidar mais com isso, mas porque eu tive ajuda, então eu acho que pra gente, todas nós precisamos de uma ajuda... (Juliana)*

Contato com situações de violência, desamparo, condições de vida e extrema vulnerabilidade dos pacientes.

> *E a gente pega muita coisa pesada, muita, muita, muita, que tira o sono, que às vezes a gente...hoje eu passo nesse lugar e olho...ai meu Deus...não tem como você não ficar com isso na cabeça da gente... (Juliana)*

Hierarquia e relações de poder na Estratégia de Saúde da Família

O processo de trabalho da ESF se estrutura de forma rígida e hierarquizada, com pouco fator de transversalidade dentro das equipes, e isso implica no sentimento de solidão ao lidar com as demandas dos pacientes e aumenta a dificuldade na produção do cuidado, que poderia ser potencializada através do trabalho colaborativo dentro da equipe, na qual as ACS tivessem suas falas valorizadas e respeitadas. A transversalidade implica em uma abertura para comunicação entre os diversos profissionais.

O trabalho coletivo não aparece como fonte de suporte ou de conhecimento para as participantes, nem como como potencializador de ações. As divisões por categorias profissionais surgem como mais importantes do que os sentimentos de grupo de cada equipe. Durante as narrativas das participantes, em diversos momentos se referem aos profissionais pela categoria profissional. Esse tipo de divisão dificulta o trabalho dentro das equipes, onde a comunicação deveria ocorrer livremente, independente de categoria profissional.

O ambiente é tenso na unidade, com uma seriedade imposta, sem lugar para a descontração e espontaneidade. Há um sentimento de disputa entre os grupos que se formam no cotidiano do trabalho.

Diversas pesquisas afirmam que as ACS trabalham ainda com referenciais biomédicos, a reproduzir padrões hegemônicos, mas toda a equipe e serviço estão orientados nesse sentido, organizados de forma rígida e categorial. Esses estudos sugerem que sejam feitas mais formações para ampliar o repertorio de conhecimento das ACS, mas questiono: se essa estrutura dos serviços permanecer, qual será a eficácia de formações esporádicas, se o próprio referencial de saúde ampliada da ESF tem sido pouco pensado nesse serviço?

> *Eu ouvi isso hoje, falou assim, é, eu vi muita agente comunitária dormindo, eu falei você viu como, você estava na casa deles? Aí ele não, não.... ah tá, pensei que você tinha ido pra casa deles pra dormir junto com eles, porque você viu um monte dormir. (Violeta)*

> *Tudo aqui a gente tem que brigar, porque elas não aceitam a gente ter o nosso espaço, porque antigamente era assim, a gente vinha pra cá, porque às vezes não dá, não dá, você tem que fazer o seu administrativo...aí você era obrigada....ela nem falava nada, ela falava assim, pode sair que a gente vai fazer grupo, entendeu?(Suely)*

> *Então, a gente fica muito triste hoje de ver como a gente está hoje, porque quando a gente fundou, a gente tinha médicos, enfermeiros e auxiliares que aderiam mesmo ao PSF, era um puro PSF, eles se dedicavam, eles ajudavam a gente, apoio e tudo...vocês precisam do que pra fazer um grupo? Precisa disso, disso.....Eles mesmo se juntavam entre eles, compravam as coisas, a gente só trazia a comunidade, montava em uns lugares, a gente fazia a nossa atividade com eles, aí o que aconteceu, inventaram de abrir esse AMA, não tenho nada contra o AMA, acho que é um serviço necessário....só que assim ai, ele entrou e o que aconteceu, o PSF foi ficando de lado....nossa, corta o coração a gente ver como está hoje e a gente saia realizada, a gente não ia pra casa cansada, não tinha aquela cobrança de produção.(Suely)*

As ACS variam sua forma de atuação e oscilam entre atividades protocolares e produção criativa, de trabalho vivo. Enquanto os referenciais de trabalho da equipe seguirem a racionalização curativa, parece improvável que possa haver crescimento e qualificação desse trabalho, que ocorre nas brechas, nas linhas de fuga que encontram, entre as linhas rígidas das planilhas e protocolos.

As relações de poder são consequência de um sistema de hierarquia, cujo valor se dá ao saber biomédico. Dentro da saúde, o nível maior de poder se define pelo poder do médico, que é quem tem o poder de definir as condutas e tratamentos. A partir do médico, toda uma linhagem de profissionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e por último as ACS, por serem profissionais sem formação técnica específica. Essa hierarquia, embora não dita, é conhecida por todos dentro de serviços de saúde e é algo dado. Dentro dessa realidade de castas, qual a probabilidade de existir uma discussão dentro da equipe, de forma a respeitar as opiniões de todos e o saber de todos? Principalmente se pensarmos que o saber do médico tem uma natureza totalmente diferente do saber da ACS, qual a chance desse saber ser levado em conta para a construção de um Projeto Terapêutico Singular?

O poder não é algo que se possui, segundo Foucault (1979), todos estamos nele e o exercemos ou sofremos ação dele nos diversos momentos e situações de nossa vida. Afirmar que ele existe, não implica, no entanto, que temos que nos conformar com a hierarquia definida pelo poder-saber. O questionamento da naturalização dessas relações de poder no trabalho traz luz a algo que parece inquestionável. A tomada de consciência pelos profissionais pode mexer nessa dinâmica e produzir relações mais saudáveis e produtivas para o processo de trabalho.

Villa *et al*. (2015), sobre as relações de poder nas equipes de ESF, concluiu em sua pesquisa que:

> Embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada, permanece uma conduta na qual o médico é a figura central, uma autoridade, mostrando que independentemente dos lugares ocupados

> pelos vários trabalhadores, relações de poder são marcantes na hierarquia entre os profissionais.

As relações que atravessam as equipes da ESF são também relações socioeconômicas e novamente a hierarquia aparece delimitando o espaço de cada profissional. Seguindo essa lógica, temos médicos e enfermeiros, representando a classe média, em seguida os técnicos de enfermagem, que ocupam um espaço intermediário e na posição social inferior, as ACS, que são pessoas da comunidade, com um salário muito abaixo dos outros colegas de equipe e mais uma vez desvalorizados também nesse sentido. Os conflitos sociais se manifestam dentro do serviço, travestidos de conflitos profissionais.

> *Ontem teve um episódio, assim, que eu achei o fim da picada, que a enfermeira, ela ficou nervosa com quem estava aqui dentro...a pessoa entrou, aí ela saiu bufando...porque a gente não tinha o direito de fazer o administrativo sentada, tinha que alguém ficar de pé pra dar a cadeira pra bonita, a Princesa de Gales...(risos) (Val)*

Distanciamento da equipe NASF

O NASF é uma equipe que tem como uma das principais funções auxiliar a equipe de ESF a pensar seu processo de trabalho, questionar suas práticas, promover autorreflexão e processos de educação permanente. E para que consiga exercer esse trabalho, os profissionais precisam ter algumas habilidades e incentivar um ambiente de diálogo horizontal, com possibilidade de aprendizado mútuo.

Esse aprendizado pode ocorrer em reuniões com as equipes, em discussões de casos, em visitas domiciliares, atendimentos e outros diversos momentos de contato entre esses profissionais. Porém, tem se observado na literatura a dificuldade do NASF em realizar essa função com as equipes.

Nessas oficinas, a partir dos relatos das participantes, percebo que as potentes construções coletivas pensadas para equipe NASF, ao trabalhar com as equipes de ESF, têm se traduzido em um trabalho isolado e especializado dentro da UBS. Os ACS se sentem à parte do processo do trabalho do NASF, não constroem e planejam em conjunto, não participam do processo de discussão de grupos e não se sentem apoiados e acolhidos pelos profissionais do NASF. No diálogo abaixo, duas participantes comentam sobre grupos na UBS, mas uma delas deixa bem claro que os grupos do NASF não têm a participação delas.

> *Val - Mas o NASF tem um grupo psiquiátrico...o grupo da memória...*
> *Juliana - Mas é lá! Deles! Não é porta aberta, porque isso não é divulgado pra gente. Eles mesmos escolhem aqueles que tem mais necessidade e levam lá...*

As participantes falam do NASF como se fosse algo distante e separado do trabalho delas, embora o NASF tenha sido idealizado para apoiar o trabalho da ESF. A proximidade entre NASF e ACS se dá com alguns profissionais do NASF, que se tornam mais próximos delas, mas de forma pontual, como a psiquiatra, com a qual elas construíram uma boa relação de trabalho.

A dificuldade e a potência de morar no território:

Morar no território é uma exigência para o trabalho como ACS, mas ao mesmo tempo é um fator complicador do trabalho. Esse é um tema muito discutido quando se fala sobre o trabalho da agente comunitária e é considerado como um dos fatores relacionados ao sofrimento psíquico dessa profissão. Embora a proximidade da comunidade amplie sua capacidade de compreender e compartilhar as suas experiências, isso as coloca em uma posição de excessiva proximidade com seus pacientes, com perda de espaço de sua privacidade e de seus momentos de descanso e de lazer.

As participantes da oficina se queixaram de se sentirem no trabalho 24 horas por dia, porque são abordadas e procuradas pelos pacientes a qualquer momento. Como compartilham dos mesmos espaços para atividades socias, também podem se encontrar nesses locais com pacientes e serem solicitadas como se estivessem no horário de trabalho.

> *Não tem dia, não tem hora, o paciente toca sua campainha, o paciente te encontra na feira ...onde você estiver, no supermercado ...E eles vão perguntando ....eles querem que a gente dê uma solução ...não tem, não tem gente, isso de trabalhar de segunda a sexta... A gente trabalha todos os dias, independente do horário, qualquer horário, o horário que eles apareceram a gente trabalha. (Verônica)*

A privacidade das profissionais e de sua família fica comprometida, pois as pessoas passam a comentar e conhecer sobre sua vida, e o fato de serem conhecidas também as deixa com receio em situações que envolvem denúncias, como maus-tratos e violência, pois têm medo de sofrer represálias.

Ao contrário disso, morar no território também pode ser um fator positivo para algumas profissionais. Em um dos relatos das participantes, estar no território e ter um papel dentro daquela comunidade é significativo e a ajudou a superar a depressão.

> *Mesmo assim, antes, eu tinha uma depressão muito grande, depois que eu conheci as pessoas, eu era muito fechada, eu ficava no meu mundo e eu falava, não, eu preciso vencer isso, ai eu trabalhei na escola da família dos parceiros do futuro, final de semana, vim morar numa comunidade, então eu falava, eu morria de medo, nossa eu não saia de casa, eu era um bicho, mas ai eu preciso trabalhar, preciso fazer um serviço, preciso trabalhar com a comunidade, aí minha amiga falou, vai lá na comunidade trabalhar aos finais de semana, faz atividade com crianças, jovens e adultos. Aí eu comecei a sentir mais.... que eu podia dar atenção pra alguém, melhor ainda, agora eu tô na minha comunidade, eu falo, eu sou feliz no trabalho. Nossa, a minha depressão, eu curei por isso. (Suely)*

Outra situação que ocorre com as agentes é a de se identificar com os pacientes, já que vivem sob as mesmas condições e fazem parte da mesma comunidade, da mesma cultura. Essa identificação, devido à proximidade, faz com que o agente se coloque no lugar do paciente de um modo que se torna muito angustiante para ele.

> *E a gente vê, eu vejo meus idosos, eu tenho uma idosa que tá numa cama sozinha, tem os filhos todos do lado, mas cada um tem uma vida, ai tem netos que estão olhando e cuidando dela, que ela tá restrita, e o que eu vejo gente, quando eu chego lá, eu me ponho no lugar, ela teve uma história, ela teve uma vida, mas ela só ouve xingo, grito, sabe, você tá esquecida, já te dei o almoço, eu vim aqui te dar, fazer sua comida, você que não quis, sabe, eu fico olhando aquilo ali e fico pensando comigo, será que eu também, se eu tivesse minha avó eu estava fazendo isso nessa situação? Ou eu, eu, será que eu vou viver isso? (Juliana)*

> *O idoso, o filme, ele retrata muito disso mesmo, da gente, do nosso futuro, que nem ela diz, não gosto de idoso, essas coisas, não tenho paciência, mas a gente tem que pensar porque a gente também vai ficar, a gente vai ter os filhos, se Deus quiser, a gente quer que os filhos fique, mas também, a gente não sabe, a gente não sabe como vai ser o nosso futuro.(Suely)*

Produção do cuidado em saúde pelas ACS

As ACS atuam em saúde principalmente através do vínculo, acolhimento e escuta e se utilizam de recursos afetivos e de suas próprias experiências de vida para abordar as situações que surgem no seu cotidiano com os pacientes. O vínculo é construído de forma gradual e lenta, através de sua presença regular nas visitas e da disponibilidade e abertura para se relacionar com as pessoas.

Durante as visitas ou em seus percursos pelo território, estão abertas ao inesperado e precisam ser maleáveis para se adaptar às situações que ocorrem ininterruptamente. Por

diversas vezes, precisam se utilizar de seu tempo e de suas emoções para acolher o sofrimento de seus pacientes.

Ao visitar e acompanhar longitudinalmente as famílias, conseguem perceber mudanças no comportamento dos pacientes, conhecem as histórias das famílias e trazem para a equipe situações que consideram que precisam de avaliação. Também são procurados pelas famílias quando estas entendem que precisam de algum tipo de atendimento específico. Nas visitas a pacientes já acompanhados, procuram saber sobre o tratamento e acompanhamento realizado.

Além desse cuidado individual, participam de grupos regularmente, que originalmente seriam grupos para hipertensos e diabéticos, mas se tornam grupos de convivência, principalmente para os idosos. Nesses momentos, também atuam de forma a acolher e promover a saúde mental dos participantes, através de conversas, incentivos a atividades e a socialização dos participantes.

5.1. O que pode um filme?

Pretendo aqui fazer uma reflexão sobre os processos desencadeados nessa oficina a partir da experiência realizada. Numa pesquisa cartográfica é importante que se avalie quais mudanças na realidade e nos participantes puderam ser desencadeadas a partir dos encontros e trocas. Como a realidade não é algo estanque, esses processos podem ter continuidade, mesmo após o final da intervenção. A partir dos processos acompanhados, tento entender o que pode um filme, quando utilizado nas condições dessa pesquisa, em uma oficina que tenta promover uma experiência estética e política.

Discussão de conceitos

O fato de colocarmos para o coletivo nossas impressões sobre o filme, possibilita um enriquecimento da experiência individual do filme e permite a reflexão a partir da visão do outro também, além de permitir uma organização das próprias ideias e sentimentos quando nos expressamos verbalmente para o grupo. Dessa forma, a construção de conhecimento se dá de forma coletiva, embora pessoal. As opiniões vão se confrontando ou se combinando, de forma que cada participante vai desenvolvendo seu conceito de forma ativa e a partir de suas próprias concepções.

Na Oficina 2, houve um intenso debate sobre as complexas relações mãe e filho e sobre as dificuldades da maternidade. Ao observar o comportamento da mãe, no filme, várias

participantes consideraram que ela teve depressão pós-parto e umas das participantes que passou por essa experiência em sua própria história de vida nos relatou como se sente uma mulher nessas condições. Ter a experiência de ouvir um relato vindo de uma pessoa que já passou por esse processo, trouxe uma profundidade de afetos e de compreensão naquele momento.

> *Jéssica - Ela estava com depressão, ao meu ver ela estava com depressão pós-parto....*
> *Val - Eu também pensei nisso...*
> *Verônica - Eu pensei nisso, e foi ele que percebeu que ela estava, pra ver como era observador, desde pequeno, menino....*
> *Val - E na gravidez da menina, ela escondeu um pouco, mas foi outra história...*
> *Glória – Ai gente! O meu filho cresce, o meu filho, eu tentei abortar, ele cresce, daí vira um estuprador, matador e eu me culpo porque eu tentei abortar ele? Ela teve uma depressão pós-parto! Isso acontece com qualquer mulher, não é culpa dela, são os hormônios dela, não é por isso que ele pode crescer e ela se sentir culpada por que teve uma depressão pós-parto!*

Mesmo que os questionamentos feitos não tivessem uma resposta certa, o exercício da indagação e a liberdade de poder opinar livremente são importantes para o desenvolvimento de uma capacidade crítica e protagonista.

> *Afeta! [depressão pós-parto] E é difícil de detectar gente, porque as pessoas confundem cansaço ou então preguiça de você cuidar de um bebê com a depressão. Não, não é nada, ela não quer. Só quem viveu é que sabe! (Gabriela)*

> *Se ele quisesse que ela lesse, ela lia, se ela quisesse dar um doce pra ele e ele deixasse, ela dava, senão não, se ele quisesse sim, se não quisesse, não, a relação dos dois sempre foi assim, ele que escolhia (Glória)*

Na Oficina 2, também tivemos a oportunidade de discutirmos sobre a cultura de cada local como possível influência nos comportamentos.

> *Só que aqui, a cultura daqui não move isso .... a cultura daqui move tráfico, droga, tiroteio.... Lá nos EUA é diferente, você não vê tiroteio, papapapa.... Você vê coisas mais específicas.... (Glória)*

Durante as oficinas, foi possível experimentar com as participantes, momentos de maior rigidez de funcionamento e circulação por linhas duras e em outros, um surpreendente e potentes desvios por linhas de fuga, com análises e modos de pensar criativos, rompendo com a homogeneidade e a repetição do pensamento normatizado.

Nesse grupo organizado apenas para essas oficinas, percebo que Glória funcionava no grupo como um elemento sempre disposto a surpreender e instigar, fazendo com que as outras fossem obrigadas a reagir, para concordar ou discordar. Juliana também nos leva a escapar do discurso comum, mas através de reflexão por outros ângulos não abordados ainda e sem causar tanto impacto quanto Glória, que faz isso de forma mais contundente e frequente nos encontros.

Reflexão sobre a própria prática.

Por diversas vezes, ao ver um filme, nos identificamos com os personagens e histórias e refletimos sobre nossas próprias experiências de vida. Nessa situação, a participante comentava sobre o trabalho de Nise da Silveira, que viu no filme, e começou a pensar na sua própria postura com os pacientes. Independente do fato de ela precisar acolher mais ou não as pessoas, é válido esse processo de pensar sua prática, já que na pressão da rotina, isso se torna difícil.

Durante a discussão da Oficina 4, houve uma discussão bastante interessante a respeito da população que frequenta os grupos da UBS e os possíveis motivos da adesão ou não a eles, além da reflexão sobre o papel da atividade em grupo na vida daquelas pessoas.

> *É Fernanda, eu acho engraçado o que vocês estão falando porque, assim, eu trabalhava na equipe dois, e há três meses tô na equipe seis. O pessoal da equipe dois, as pessoas de idade eram realmente mais de estar em casa, de não participar de nada, agora aqui na equipe seis, eu não sei se é porque é mais próximo e também tem um grupo de terceira idade ali na Cupecê, que eles vão dançar, vão nadar, vão pro baile e a atividade deles é maior, é muito maior, tem um senhorzinho que toca bandolim nos bares da noite pro pessoal da terceira idade, então aqui eles participam mais.(Iracema)*

Havia claramente uma diferença da adesão de acordo com a região do território em que moravam as pessoas e as ACS sabiam definir o perfil dos idosos de cada região em relação ao nível de atividade e inserção em grupos. E, a partir desse perfil, foram levantando motivos prováveis para a adesão maior ou menor, entre eles, proximidade, relevo, cultura, disposição, nível socioeconômico.

Esse tipo de discussão é essencial na ESF para que se possa pensar em estratégias para aumentar a adesão das pessoas e incentivar à prática de atividades físicas, de lazer e de socialização.

> *Glória - Mas também é a cultura da pessoa, geralmente os idosos que não tem muita cultura ele tende a se fechar mais mesmo né, então depende muito da área.*
> *Juliana - As áreas delas são um pouco mais diferenciadas, a nossa não, é mais pobre.*
> *Jéssica - É aquilo que a Glória falou também, às vezes também não sei se é cultura...*
> *Suely - Eu acho que é a proximidade....*
> *Jéssica - Porque vamos supor, o Despertar, é lá embaixo, na Cupecê, perto do Poupa Tempo, é muito difícil! O meu grupo é lá em cima, gente do céu, quem daqui de baixo vai subir esse morro?*
> *Glória - Às vezes é porque o comodismo....*

Há uma compreensão, entre as ACS, que os grupos de HIPERDIA da UBS têm um papel de grupo de convivência para os idosos que frequentam, sendo que eles se relacionam e fazem amizade entre si, além de procurar a atenção das profissionais.

> *A dona Maria, mora ali perto do CEU [Centro Educacional Unificado], eu falei pra ela, porque a senhora não faz caminhada lá no CEU? Não, prefiro vir aqui porque eu quero conversar com as minhas amigas, porque é ela, a dona Dora e mais três ali.... Ah, não, eu venho aqui, já passo na padaria e pego o meu pãozinho e venho ver as minhas amigas. (Suely)*

A discussão sobre a própria prática e sobre fatores que podem atuar na maior ou menor adesão dos pacientes aos serviços são o cerne do processo de educação permanente, que parte do processo do cotidiano dos profissionais para buscar reflexões e soluções aos problemas encontrados.

Questionamento sobre as possibilidades e limites de cada profissional como ACS.

Houve diversos momentos na oficina nos quais as participantes relataram situações que seriam o limite para elas, e cada uma foi se colocando em relação à situação. Penso que esse tipo de reflexão tem uma importância, por se tratar de pessoas que trabalham com muito envolvimento e proximidade, e podem se afetar intensamente pelas vivências do trabalho. Outro motivo é o fato de habitualmente estarem em contato com situações sociais e econômicas de muito desamparo e com frequência sofrerem por isso. É importante que percebam quando as situações se tornaram difíceis demais e que coloquem seus limites, mesmo frente a exigências do trabalho.

Técnica de agente comunitária – tecnologia relacional

O relato de uma ACS sobre a técnica que avalia ser característica do trabalho da agente comunitária resume o que os estudos falam, que elas trabalham com as tecnologias relacionais, com a escuta, vínculo e acolhimento. Insiro novamente o trecho no qual a Suely descreve essa técnica:

> *O olhar e o ouvir eu acho que é uma técnica de agente comunitária, a melhor coisa que tem...é o olhar e ouvir...porque você vai lá ele tá bravo, você deixou ele descarregar em você, aí você ouviu, aí depois que ele descarregou, a gente conversa com ele, calma, já que você falou isso...ele sai tão assim....parece que você deu uma medicação pra ele ali, ele sai tão leve, ai Suely, como foi bom você vir aqui, esquece que tá com pressão alta, que tá com dor...a dor some...só escuta (Suely)*

Para Franco e Merhy (2003), nos processos de trabalho, além do conhecimento teórico e dos equipamentos específicos, há o campo das relações, que é fundamental para a produção do cuidado. Esse campo é denominado de tecnologias leves, e é através dele que se realiza o trabalho vivo, que se faz no momento da relação e da produção do cuidado. O trabalho da agente comunitária se baseia predominantemente nas relações e vínculos que consegue estabelecer com os usuários.

Por todas as oficinas, as questões relacionais com os pacientes permeiam os discursos das participantes, que valorizam esse aspecto do seu trabalho como algo essencial para sua realização.

Diálogos sobre assuntos pessoais, familiares e profissionais e possibilidade de ser acolhida pelo grupo.

Diversos relatos de situações íntimas apareceram em todas as oficinas, as ACS se sentiram à vontade para falar de seus sentimentos e se expor perante o grupo, que teve uma postura acolhedora e afetiva nessas situações. Esse espaço para falar sobre seus sofrimentos e angústias, relacionados diretamente ao trabalho ou não, pode ser uma forma de suporte para as dificuldades do dia a dia dessas profissionais. Na Oficina 4, os relatos pessoais foram muitos, com a maioria das participantes falando de modo emocionado sobre os avós ou bisavós.

> *...eu me senti muito culpada de não ter feito muita coisa, devia ter, porque ele decaiu muito quando ele foi para a casa de repouso. Tem meu pai, mas meus tios, eles decidiram colocar lá, mas porque eu não fiz nada? Porque não levei pra minha casa, entendeu? (Val)*

Reflexão sobre o funcionamento do serviço e relações de trabalho.

Durante as conversas nas oficinas houve uma tentativa de compreender a forma de funcionar do próprio serviço no qual estão inseridas, pensar nas mudanças que ocorreram com os anos e os motivos disso. As relações entre os diversos profissionais que compõem o serviço também foram observadas, com foco na rígida hierarquia que existe entre eles. A possibilidade de pensar e questionar o funcionamento do serviço e as relações que fazem parte dele, são fundamentais para que exista a possibilidade de propor mudanças.

Conhecimento de outras formas de viver e enriquecimento do próprio repertório

> *Ô Fernanda! Indica um outro filme aí pra nós assistir, que eu tô gostando muito desses filmes, tá fazendo a gente refletir... (Juliana)*
>
> *Sabe outra coisa que o filme retratou...E quando ele escreve né? A gente não incentiva as pessoas a escrever.... ou então quando vem a descobrir já tá muito avançado... (Juliana)*

Nessa fala, a participante se deu conta de uma intervenção que poderia fazer com os pacientes com perda de memória, percebeu que poderia estimulá-los a escrever e que isso poderia ser uma atividade interessante. Essa ideia surgiu após ver uma cena no filme em que um idoso com dificuldades de memória escreve sobre algumas situações do seu dia e depois lê seu diário.

Nessa mesma oficina, ver a tentativa de um grupo de idosos de se organizarem em uma república foi algo rico, pois nos fez pensar em novas possibilidades de vida e formas criativas e divertidas de tentar resolver problemas que se impõem com a idade.

Através de apenas quatro filmes que assistimos nas oficinas, foi possível pensar e conhecer uma série de situações e contextos diferentes dos nosso próprios.

Troca de experiências profissionais e conhecimento entre as participantes

As participantes trocam informações, contam sobre experiências com pacientes e isso faz com que circule um conhecimento sobre as formas de atuação e como as colegas tem realizado o trabalho.

Os ACS com menos experiência podem conhecer o contexto de trabalho anterior à sua entrada e entender o processo no qual estão inseridas. Esse contato entre gerações diferentes de ACS é importante porque ao longo dos anos ocorreram mudanças importantes no papel da ACS dentro do ESF. O conhecimento da história da profissão pode fortalecer essas profissionais e ajudá-las a construir a identidade da profissão.

No trabalho realizado com ACS da cidade do Rio de Janeiro, Durão (2016) encontrou uma mudança nas posturas dos ACS em relação ao tempo em que estavam no trabalho. Aquelas que estavam há mais tempo significavam seu trabalho de forma diferente, as mais novas, por terem um trabalho mais fragmentado, tinham mais dificuldade em se engajar no trabalho e na comunidade.

Com o aumento dos serviços administrados pelas OS, houve um aumento do foco do trabalho em metas e produtividade, o que mudou consideravelmente a forma de trabalho das ACS, transformando o momento da visita domiciliar em uma atividade programada, com uma série de perguntas a serem respondidas. O trabalho tende a ficar mais sistematizado e dentro de uma lógica que permite menor grau de liberdade de atuação da ACS, o que é compatível com o formato de trabalho no capitalismo.

> *E aí chegam os novos e eles não veem o que a gente viveu, tinha grupo todo dia no posto, tinha grupo de manhã e de tarde, de noite...era uma coisa alegre, não era uma coisa maçante...você chega e tem que ficar em silêncio pra não atrapalhar quem está na outra sala...aí os novos vão chegando e já vão entrando já nesse ritmo....visita....o nosso trabalho é visita...é isso que eu tenho que fazer, visita....e não é só isso.....(Glória)*

Além disso, as ACS passaram a ficar mais tempo das unidades, dada a necessidade de digitarem as informações para alimentar o e-SUS, novo sistema de informação do SUS, o que desconfigura sensivelmente seu trabalho, de estar na rua em contato com as famílias.

Possibilidade de vinculação com outras profissionais do próprio serviço, através de uma experiência compartilhada e sentimento de grupo.

A forma como está organizado o trabalho das agentes comunitárias de saúde, divididas por equipes de ESF, faz com que se relacionem com maior frequência com as colegas da equipe da qual fazem parte. A proposta de um grupo formado por ACS de diversas equipes favorece a um contato que fica sem lugar no cotidiano. Além disso, as participantes do grupo criam uma nova identidade entre si, pois compartilham de uma experiência que só pertence a elas, então, forma-

se um grupo daquelas que participam das oficinas e que compartilham de coisas em comum, que vão além das atividades da rotina do trabalho.

Espaço de cuidado para as profissionais.

Um elemento que se destacou na minha percepção dos efeitos dessa oficina de cinema foi a dimensão de cuidado para as participantes. Foi possível promover espaços de escuta e acolhimento entre as profissionais, que se mostraram potentes, principalmente dentro de uma rotina rígida e normatizada, que têm gerado um alto índice de adoecimento psíquico entre essas profissionais.

Espaços de cuidado e de empoderamento são muito importantes nesse contexto atual, de extremos de exigência e cobranças, em um trabalho que já é naturalmente difícil, mas que se torna ainda mais adoecedor quando colocado dentro de uma lógica de pensamento neoliberalista, em que as condições de trabalho são cada vez mais precárias e a produtividade é colocada em primeiro plano, a despeito da qualidade de serviço e do sofrimento das profissionais.

Convivência

A participação nas oficinas de cinema, possibilitou a todas as participantes e pesquisadora uma experiência de convivência, de compartilhamento de momentos. A convivência tem sido estudada como um meio importante para se alcançar inclusão social, criação de vínculos, redes de apoio, criação de laços sociais, relações interpessoais, direitos dos usuários, produção de subjetividade, entre outros, mas para além disso, a convivência pode ser entendida como um acontecimento que produz uma intervenção, o *com-viver*. (FERIGATO, 2016)

Ferigato (2016) discute a convivência como um dispositivo da terapia ocupacional que por si só produz “encontros, enunciados, relações de poder e movimentos de subjetivação”, define que “conviver é experimentar um tempo compartilhado”. Através da convivência é possível experimentar novas formas de se relacionar e de estar no mundo. O encontro com o outro tem a potência de produzir subjetivação, e a discussão permite uma transformação de si.

5.2. Autoanálise

Qual a implicação da pesquisadora ao realizar essas oficinas com as agentes comunitárias de saúde? Qual o interesse de uma psiquiatra ao se interessar pelo trabalho das agentes comunitárias de saúde? Analisar a implicação passa por questionar os próprios interesses e desejos da pesquisadora naquilo que pesquisa.

Segundo Romagnoli (2014, p. 47) "a implicação denuncia que aquilo que a instituição deflagra em nós é sempre efeito de uma produção coletiva, de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação".

A análise da implicação nessa pesquisa foi feita ao longo de todo o trabalho de pesquisa e está colocada em vários momentos dos relatos desta, de forma que essa sessão serve para pensar algumas questões que não abordei em outros espaços desse relato.

Inicio esse ponto da análise pensando sobre meu status de médica e de psiquiatra. Ocupo um lugar de privilégio dentro das profissões de saúde e na sociedade. A profissão de médico ainda persiste como detentora do saber e digno de respeito pela maior parte da sociedade e independente se esteja numa situação como profissional ou não, ser médica tem um peso nas relações sociais e pode me facilitar alguns acessos.

A especialidade em psiquiatria me coloca em um lugar à parte, separada de outras especialidades médicas, por me relacionar ao poder de dizer se alguém é louco ou não, ter o poder de definir uma internação, mesmo que compulsória. A história da psiquiatria se faz dentro do paradigma racional e biológico, com o aprisionamento e isolamento de pessoas nos Manicômios. É uma especialidade médica que detém muito poder sobre as pessoas, pois pode interferir sobre seu direito de ir e vir. Então, dessa forma, não posso negar o impacto da minha profissão na pesquisa. A minha primeira opção para aliviar um pouco isso, foi a opção de realizar a intervenção em unidades nas quais já trabalhava e tinha uma relação boa e próxima com as ACS e o fato de eu ser psiquiatra não iria causar tanto impacto nelas, imaginando que essa etapa nós já havíamos ultrapassado com a relação que desenvolvemos no trabalho. Não foi possível essa opção, mas eu acabei fazendo a pesquisa numa unidade onde já havia trabalhado, há alguns anos, então, pelo menos parte das ACS me conhecia e não se sentiria tão intimidada pelo fato de ser psiquiatra.

Ainda assim, persiste o fato de ser psiquiatra e de ser psiquiatra de um NASF e de ter, provavelmente, e mesmo que de forma inconsciente, expectativas em relação às suas narrativas. Para minimizar que isso interferisse no processo, enfatizei que naquele espaço não havia certo

ou errado, que estaríamos dando nossas opiniões e discutindo sobre elas. Procurei ter uma postura aberta, não fazer julgamentos sobre as colocações e incentivar que falassem à vontade.

Tenho a impressão que se sentiram à vontade pra falar o que pensavam, as discussões eram bem animadas e cheias de desejo por se colocar e afirmar suas opiniões. E o fato de tantos relatos pessoais terem surgido me deixa mais confiante nisso.

Quanto à minha experiência individual, quando estava nas oficinas, não me sentia como psiquiatra, não me sentia inclinada a dar respostas e explicações sobre assuntos que surgiam, em alguns momentos me sentia como profissional de saúde mental, tocando em alguns temas do campo, e em outros me sentia mergulhada com elas nas narrativas e histórias que emergiam com tanta emoção.

A partir do meu trabalho profissional com as ACS, que não foi prontamente um trabalho simples, foi construído dia a dia, na convivência, por anos. Através dessa parceria, pude descobrir muitas possibilidades e por vezes observei que em situações difíceis, de difícil acesso ou manejo mais complexo, as informações e a atuação das ACS foram fundamentais para o planejamento de alguma forma de cuidado. A partir dessas experiências, passei a me interessar muito por esse trabalho, que pode ser tão criativo e flexível e passei a refletir sobre como exerciam sua atividade.

Foi com interesse inicial nas ações em saúde mental e posteriormente na produção de cuidado em saúde, que me debrucei sobre esse tema.

A possibilidade de agir com mais flexibilidade, de acordo com a necessidade da situação, me influenciou muito na minha própria postura, me fazendo criar estratégias novas de atuação, expandindo os limites do consultório, que foi para os corredores, sala de espera, ruas, casas e outros serviços. Com certeza, transformou a minha prática.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cinema na UBS transgride suas normas e rompe com a rotina programática, numa tentativa de abrir as possibilidades para um diálogo e reflexão mais livres. Esse momento de arte/convivência/conversa se mostrou potente como processo de educação permanente, mas para além disso, um espaço de cuidado e apoio entre as profissionais que participaram da experiência.

Os tesouros encontrados na exploração desse território do cuidado foram diversos e precisam ser protegidos da opressão e esgotamento aos quais são submetidos cotidianamente. É preciso pensar nas condições de trabalho, na sua organização e nas suas relações para que se possa proteger e potencializar esses tesouros.

As ACS e suas práticas de cuidado são tesouros que ficam escondidos nas montanhas de planilhas, papéis e burocracia que sufocam seu trabalho, criatividade e saúde mental. O trabalho que realizam precisa de tempo para acontecer e as relações e vínculos precisam ser nutridas diariamente. É um investimento que demanda tempo e energia das profissionais.

Existem condições que podem favorecer a execução do trabalho, apesar das dificuldades que são próprias dele. O sofrimento e adoecimento têm sido naturalizados como parte desse trabalho. É necessário que haja espaços de escuta, de discussão, reflexão e proposição de mudanças e resistências. A saúde das trabalhadoras passa por ouvi-las e buscar entender quais suas dificuldades e sofrimentos, e pensar formas e estratégias para preveni-los ou reduzi-los.

As participantes da pesquisa se demonstraram interessadas em discutir, colocar suas experiências profissionais e pessoais para o grupo e expor suas opiniões a respeito dos diversos assuntos discutidos. Todas estavam comprometidas e foram assíduas, comparecendo nas quatro oficinas, que foram em semanas seguidas durante um mês. As agentes comunitárias que participaram foram voluntárias e o fizeram por vontade própria e um processo que não envolvesse essa pré-disposição à participação talvez não produzisse o mesmo efeito porque o processo solicita que o participante se envolva e coloque seu desejo nele.

Questiono se um processo que é proposto como obrigatório consegue ter sucesso ao tentar promover uma ação educativa desvinculada do interesse do participante. A questão que surge é, a educação permanente em saúde é uma política pública e faz parte do SUS, os profissionais precisam passar por processos educativos, como posso realizar esse projeto se não de forma obrigatória? Talvez isso se relacione com a forma como a educação permanente tem sido ofertada, em geral como algo imposto, sem levar em conta a opinião do seu público de

profissionais, com formatos de cursos, aulas e palestras, de forma a privilegiar apenas a transmissão de conteúdo, sem levar em consideração a história e conhecimento de cada pessoa e sem proporcionar uma reflexão da própria prática .

Os processos de EPS propostos aos profissionais poderiam ser mais atrativos aos seus participantes, com a finalidade de estimular seu interesse e a construção dos processos pode se dar de forma coletiva com cada grupo, fazendo com que os processos sejam personalizados para cada grupo e não padronizados. O percurso educativo seria construído coletivamente entre educador e participantes, em que o educador atue mais como mediador do que como transmissor de conhecimento.

A partir do momento que a educação permanente se propõe a refletir sobre a prática, as relações entre os diversos profissionais e entre profissionais e usuários devem ser colocadas em análise e as relações de poder podem ser discutidas como forma de desconstruir posturas mantidas por uma tradição hierárquica das profissões da saúde. Através do esclarecimento dessas relações, é possível que o profissional compreenda o seu lugar dentro do serviço e da sociedade a partir de uma outra perspectiva e possa atuar de forma a modificar as estruturas instituídas de funcionamento do serviço.

Nas oficinas realizadas, as experiências pessoais das agentes comunitárias foram trazidas por elas frequentemente, e em algumas oficinas, mais do que as experiências profissionais e isso precisa ser analisado. O quanto a própria experiência pessoal da ACS não interfere no próprio trabalho? Já que é um profissional que trabalha principalmente com a própria experiência da vida e do saber daquela comunidade, sendo essa sua principal característica profissional, não seria necessário abordar justamente essas questões? Trabalhar suas questões pessoais, seus conceitos e valores não seria mexer com aquilo que é seu principal recurso de trabalho?

Como planejar estratégias de apoio a essas profissionais com o objetivo de tornar menos sofrido esse trabalho que realizam? Com as mudanças nas políticas de saúde, a previsão é de que os recursos para a saúde e políticas públicas fiquem mais escassos e quem sofre com isso, além dos usuários do sistema de saúde, são os profissionais que resistem no trabalho na saúde pública, principalmente aqueles que já tem as piores condições de trabalho e que estão mais próximos à comunidade e aqueles a quem a população tem mais acesso. Aumenta a insatisfação com os serviços de saúde, aumenta o número de pessoas dependentes do SUS por causa da crise econômica e desemprego e a violência e impaciência da população afeta cada vez mais os profissionais da atenção básica.

Estratégias de cuidado para essas profissionais não podem deixar de levar em conta toda uma macroestrutura que favorece sua exploração e adoecimento, dentro de uma lógica neoliberalista, com péssimas condições de trabalho aos profissionais e exigência de produtividade, sem levar em conta a qualidade do cuidado ofertado a população.

A partir das análises dos dados produzidos, foi possível observar que essas oficinas realizadas com cinema permitiram a reflexão sobre o processo de trabalho, sobre as relações com outros profissionais e com as famílias atendidas e também permitiram que se expressassem quanto às dificuldades e possibilidades no seu cotidiano de trabalho. Foi possível tomar conhecimento do trabalho artesanal dessas profissionais, mas que tem sido sufocado por uma forma de pensamento neoliberal, que não dá espaço a outras ações além daquelas prescritas nos protocolos. Dessa forma, essa oficina de cinema demonstrou ser além de uma possível ferramenta a ser utilizada na Educação Permanente em Saúde, um espaço de vínculo entre as profissionais, com possibilidade de escuta e acolhimento para suas angústias e de construção de resistências.

CRÉDITOS

ALMEIDA, R. Cinema e educação: fundamentos e perspectivas. **Educação em Revista**, v. 33, p. 1–28, 2017.

ANTUNES, Arnaldo. Envelhecer. In.: **Iê, Iê, Iê**. Rosa Celeste: 2009. 1 CD (4:11 mim).

ARAÚJO, L. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 15, n. 3, p. 53–61, 2013.

ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 159–168, 2011.

BARBOSA, V.; FERREIRA, M.; BARBOSA, P. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 1, p. 56–63, 2012.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2014. cap. 3, p.52-75.

BORNSTEIN, V. J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 231 f. Dissertação Doutorado em Saúde Pública-Faculdade de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, v. 141, n. 32, 2004. Seção 1, p.37-41.

BRASIL**. Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Brasília, v. 144, n. 162, 20 ago 2007. Seção 1, p.34-38

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família. v. 1**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde**. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

CAFÉ com Canela. Direção: Ary Rosa e Glenda Nicácio. Bahia: Rosza Filmes, 2018 (100 min).

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161–77, 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975–986, 2005.

CECCIM, R. B. "Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde"! O devir da educação e a escuta pedagógica da saúde. **Interface -Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 22, p. 345–63, 2007.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CENTRAL do Brasil. Direção: Walter Salles Júnior. Rio de Janeiro: Le Studio Canal; Riofilme; MACT Productions, 1998. 1 DVD (106 min).

O CÉU de Suely. Direção: Karim Aïnouz. Ceará: Vídeo Filmes Produções Artísticas Ltda; Celluloid Dreams; Shotgun Pictures, 2006 (88 min).

CRAC
K: Repensar. Direção: Felipe Crepker Vieira e Rubens Pássaro. Brasil: Fio Cruz Vídeo, 2015 (25 min).

DUARTE, L. R.; SILVA, D. S. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 439–447, 2007.

DURÃO, A. V. R.; MENEZES, C. A. F. Na esteira de E. P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 355–376, 2016.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F**. Mil Platôs**. 2 ed. São Paulo: Editora 34, 1996, vol.1.

E Se Vivêssemos Todos Juntos? (Et si on vivait tous ensemble?). Stéphane Robelin. Alemanha, França: Les Films de la Butte, Rommel Film, Manny Films e Studio 37, 2012 (96 min).

ERA Uma Vez Eu, Verônica. Direção: Marcelo Gomes. Pernambuco: Conspiração Filmes, 2012. 1 DVD (100 min).

FERIGATO, S.H.; SILVA, C.R.; LOURENÇO, G.F. A convivência e o *com-viver* como dispositivos para a Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 24, n. 4, p. 849-857, 2016.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347–355, 2005.

FERREIRA, Vitórias S. C. **Micropolítica do processo de trabalho do agente comunitário de saúde (ACS**): território de produção de cuidado e subjetividades. 299 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, p. 151–163, 2012.

FREITAS, A.; COUTINHO, K. D. Cinema e Educação: o que pode o cinema? **Educação e Filosofia**, v. 27, n. 54, p. 477–502, 2013.

FRESQUET, A. **Cinema e educação**: reflexões e experiências com professores e estudantes de educação básica, dentro e "fora" da escola. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

GABRIELA, Cravo e Canela. Direção: Bruno Barreto. Bahia: 1983 (93 min).

GOMES, K. O. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: Reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744–755, 2009.

IRACEMA, Uma Transa Amazônica. Direção: Jorge Bodanzky e Orlando Senna. Amazônia: Stop Film; Zweites Detsches Fernsehen (ZDF), 1975 (91 min).

JÚNIOR, J. P. B.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. 1–13, 2017.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2014. cap. 4, p.76-91.

LOPES, D. M. Q. *et al*. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer-sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 633–640, 2012.

LOTTA, Gabriela S. **Saber e Poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas**. 171 f. Tese (Doutorado) Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, 2006.

LOTTA, G. S. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. **Saúde Soc**, v. 21, n. supl.1, p. 210–222, 2012.

MACHADO, A. **Antologia Poética**. Lisboa: Cotovia, 1999.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface -Comunic**, v. 19, n. 16, p. 161–77, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Agir em saúde: um desafio para o público**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1997.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7–14, 2015.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud colectiva**, v. 2, n. 2, p. 147–160, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas Tecnologias Leves. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, 2003.

NISE - O Coração da Loucura. Direção: Roberto Berliner. Brasil: TVZERO, 2015 (109 min).

NORONHA, M. G. R. C. S. *et al*. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PASSOS, E. ; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (Orgs.). **Pistas do Método da Cartografia Volume 2 - A experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PICCININI, C. A.; SILVA, R. A. A ação dos agentes comunitários de saúde e o trabalho vivo em ato. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 2, p. 361–379, 2015.

PRAÇA Paris. Direção: Lucia Murat. Rio de Janeiro: CEPA Audiovisual, Fado Filmes, Rede Telecine, Taiga Filmes, 2018. (112 min).

PRECISAMOS Falar Sobre Kevin (We Need to talk about Kevin). Direção: Lynne Ramsay. EUA, Reino Unido: BBC Films, UK Film Council, Artina Films, Independent, 2012 (110 min).

PORTO, J.; EISENBERG, Z. **Favela e Comunidade:** uma jornada em busca de definições a partir de entrevista com professoras de creche. Relatório de Grupo de Pesquisa. PUC- RJ, 2012.

QUE Horas Ela Volta? Direção: Anna Muylaert. São Paulo: África Filmes; Globo Filmes, 2015 (112 min).

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 166–173, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista.

Psicologia & Sociedade, v. 26, n. 1, p. 44–52, 2014.

ROSSETTO, M.; SILVA, L. A. A. Ações de educação permanente desenvolvidas para os agentes comunitários de saúde. **Cogitare Enferm**, v. 15, n. 4, p. 723–729, 2010.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental: no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. **Physis Revista de Saude Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 277–295, 2017.

SANTOS, A. F. *et al*. Apoio institucional e matricial e sua relação com o cuidado na atenção básica à saúde. **Rev Saúde Pública,** v. 49, n. 54, p. 1-7, 2015.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface**, v. 6, n. 10, p. 75–96, 2002.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, 2008.

SILVA, J. A. M. DA; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 1018–1032, 2011.

TEMPORADA. Direção: André Novais Oliveira. Minas Gerais: Filmes de Plástico, 2018 (112 min).

TESSER, C. D. *et al*. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4295–4306, 2011.

VILLA, E. A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1044–1052, 2015.

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Agentes comunitários de saúde e suas construções sobre saúde mental

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido você a participar da pesquisa intitulada "Agentes Comunitários de Saúde e suas construções sobre saúde mental", que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida com os agentes comunitários de saúde que atuam nas equipes da Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Vila Clara, da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo. O objetivo principal da pesquisa é conhecer a relação das agentes comunitárias de saúde com a saúde mental.

Serão realizadas, com vocês, participantes, seis oficinas com temas de saúde mental, nas quais serão incluídas filmes, atividades práticas e discussões em grupo. Será realizada a gravação em áudio das oficinas, para posterior transcrição e análise do conteúdo. A partir das oficinas, serão obtidas informações acerca da relação dos agentes comunitários de saúde com o tema em questão. Além das oficinas, o estudo se utilizará também do acompanhamento de um período da sua rotina de trabalho de do diário de campo da pesquisadora.

É garantido o seu direito de retirada do consentimento a qualquer momento e você pode deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo. As informações obtidas serão mantidas em sigilo e serão analisadas em conjunto com outros responsáveis pela pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Você não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. E também não receberá remuneração financeira relacionada à sua participação.

Em qualquer momento do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas sobre a pesquisa. O principal investigador é a psiquiatra Fernanda Maria Pacheco de Resende, que poderá ser contatada pelo telefone (11)

94989-2532, pelo e-mail euferbr@gmail.com ou no endereço do CEDESS - Rua Pedro de Toledo, 859, 04030-032, Vila Clementino.

Em caso de alguma dúvida ou consideração sobre a ética da pesquisa, você poderá entrar em contado com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Professor Francisco de Castro, n: 55, 04020-050, telefones (11) 5571-1062; (11) 5539-7162 – e-mail: CEP@unifesp.edu.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde no telefone (11) 33972464/2465; e-mail: smscep@gmail, ou pessoalmente à rua General Jardim, 36 8A Vila Buarque.

Assumo o compromisso, como pesquisador principal, de utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Este documento será disponibilizado em duas vias originais, uma para ficar com você, participante, e outra para ficar com o pesquisador.

CONSENTIMENTO

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante

_____Data:___/___/___

Fernanda Maria Pacheco de Resende (pesquisador responsável pela aplicação do TCLE)

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste servidor para a participação neste estudo.

_____ Data:___/___/___

Fernanda Maria Pacheco de Resende

APÊNDICE B – Quadro 1 - Cronograma de Oficinas

CRONOGRAMA DE OFICINAS DE CINEMA					
Oficina	**Tema**	**Filme**	**Atividade**	**Material**	**Objetivo da Atividade**
1	Reforma Psiquiátrica/ Saúde mental na atenção básica	**"Nise – o coração da loucura"**	-Esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do TCLE -Início da atividade com projeção do filme -Discussão sobre o filme	-Projetor -Aparelho de DVD	-Discutir as práticas de cuidado em saúde mental preconizadas a partir da Reforma Psiquiátrica -Discutir a atual rede de atenção psicossocial
2	Uso de crack e redução de danos	**"Crack: repensar"**	-Atividade com estímulo à reflexão sobre as questões que envolvem o uso de drogas -Exibição do filme -Discussão sobre o filme	-Papel, canetas -Projetor -Aparelho de DVD	-Discutir sobre o uso de drogas, uso nocivo de drogas e dependência química -Promover o debate sobre a Política de redução de danos
3	Família, infância e maternidade	**"Precisamos falar sobre Kevin"**	-Início da atividade com projeção do filme -Discussão sobre o filme	-Projetor -Aparelho de DVD	-Discutir a saúde mental na infância e adolescência, as relações familiares e a maternidade
4	Vida na terceira idade	**"E se morássemos todos juntos?"**	-Início da atividade com projeção do filme -Discussão sobre o filme	-Projetor -Aparelho de DVD	-Discutir sobre a saúde mental na terceira idade -Discutir sobre o aumento do número de idosos no Brasil -Novos modos de viver do idoso

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE C - Quadro 2 - Organização das Oficinas

ORGANIZAÇÃO DAS OFICINAS
As oficinas de cinema são realizadas com 11 agentes comunitária de saúde e têm um tema principal de saúde mental, a partir do qual é escolhido um filme a ser exibido. Ao final do filme, é realizado um intervalo de 15 minutos e em seguida, realizamos uma discussão sobre o filme. Cada oficina tem a duração de 3 horas. É realizado gravação do áudio das oficinas.
Duração: 3 horas
Participantes: 11 agentes comunitárias de saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família
Frequência: encontros semanais
Período: 1 mês
Total de oficinas: 4 oficinas
Material a ser utilizado nas oficinas: providenciado por pesquisador
o Projetor de filmes
o Caixa de som
o DVD Player
o Mídia do Filme (DVD)
o Gravador de áudio (aparelho celular)
o Lanche
Local: Sala de Reunião da UBS (autorizada pela gestora do serviço)

Fonte: elaborado pela autora.

APÊNDICE – Questionário Sociodemográfico

Pesquisa: Agentes Comunitárias de Saúde e suas construções em saúde mental

Questionário Sociodemográfico
Idade:
Gênero:
Estado Civil:
Tem filhos? Quantos?
Exerce a função de agente comunitária de saúde há quanto tempo? Quais locais?
Experiências profissionais anteriores:
Escolaridade (se nível superior, informar qual a formação):
Mora nesse bairro há quanto tempo?
Religião:

Fonte: elaborado pela autora

APÊNDICE E - Quadro 3 - Dados Sociodemográficos das participantes da pesquisa obtidos por questionário.

	Gênero	Idade	Civil	Filhos	Função ACS	Escolaridade	Tempo no bairro	Religião
1	F	28	casada	2	10 anos	médio	14 anos	Evangélica
2	F	30	casada	1	3 anos	superior	28 anos	Cristã
3	F	32	casada	1	5 anos	médio	10 anos	Católica
4	F	32	solteira	1	3 anos	médio	32 anos	Católica
5	F	34	casada	2	5 anos	médio	9 anos	Católica
6	F	34	solteira	0	4 anos	superior	34 anos	Católica
7	F	34	casada	2	____	médio	34 anos	Cristã
8	F	41	casada	2	5 anos	médio	41 anos	Evangélica
9	F	44	casada	1	13 anos	médio	18 anos	Católica
10	F	55	casada	3	13 anos	superior incompleto	30 anos	Deus
11	F	58	Viúva	3	9 anos	superior	23 anos	Católica

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNCICE F - ProdutoFinal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Campus São Paulo

Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde

FERNANDA MARIA PACHECO DE RESENDE

OFICINAS DE CINEMA: AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE EM CENA

Produto Técnico da Dissertação de Mestrado Profissional pela linha Educação Permanente em Saúde, intitulada: **Encontrando tesouros no território: agentes comunitárias de saúde em cena**

Orientadora: Prof.ª Dra.ª Stella Maris Nicolau

São Paulo

2019

APRESENTAÇÃO

O presente material foi desenvolvido a partir de uma pesquisa, intitulada: “Encontrando tesouros no território: agentes comunitárias de saúde em cena”, desenvolvida no programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, da UNIFESP, que procurou desenvolver uma proposta de Educação Permanente em Saúde com agentes comunitárias de saúde (ACS).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e propôs uma ação de Educação Permanente em Saúde através de oficinas de cinema para as agentes comunitárias de saúde (ACS) dessa UBS. Teve como objetivos ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a produção do cuidado em saúde realizado pelas agentes comunitárias de saúde, o conhecimento da repercussão desse trabalho em suas vidas e a avaliação de uma proposta de educação permanente em saúde que utiliza o cinema como elemento disparador de questões.

Foram realizadas sessões de filmes, seguida de discussões. Estas, foram realizadas a partir da experiência de cada ACS com o filme, sem roteiro prévio e permitiram reflexões sobre o processo de trabalho, as relações constituídas com profissionais e usuários do serviço e sobre a sua própria prática, além de promover um espaço de acolhimento para essas profissionais.

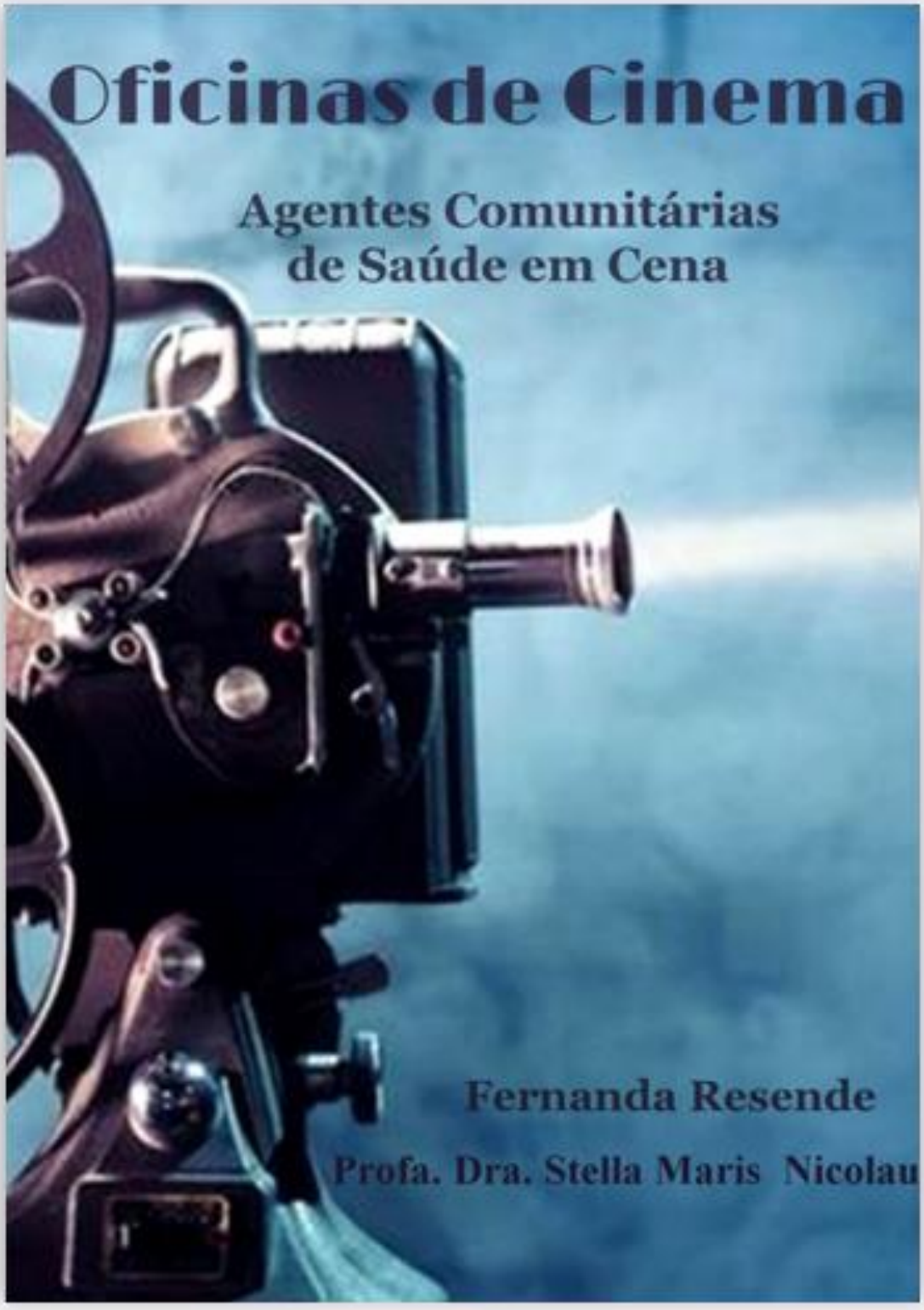
A partir dessa experiência de pesquisa, foi desenvolvida uma proposta de Oficina de Cinema: Agentes Comunitárias de Saúde em cena, como uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde.

OBJETIVO

Elaborar um instrumento que sirva de orientação para a realização de Oficinas de Cinema com agentes comunitárias de saúde, de forma a estimular processos de reflexão sobre o trabalho, dentro do que se preconiza para a Educação Permanente em Saúde.

Esse manual pretende servir como material de apoio para profissionais envolvidos na Educação Permanente em Saúde de ACS e que tenham o desejo de utilizar práticas inovadoras em sua atuação. Não pretende esgotar todas as possibilidades do uso do cinema nesse contexto, mas apenas servir como um instrumento para início desse trabalho, que pode se estender e expandir de acordo com os profissionais envolvidos na organização e de acordo com o interesse dos próprios participantes

Ao final desse manual há uma lista de filmes sugeridos, com o objetivo de facilitar o trabalho dos educadores.


Oficinas de Cinema
Agentes Comunitárias
de Saúde em Cena
Fernanda Resende
Profa. Dra. Stella Maris Nicolau

APRESENTAÇÃO

O presente material foi desenvolvido a partir de uma pesquisa, intitulada: "Encontrando tesouros no território: agentes comunitárias de saúde em cena", desenvolvida no programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, da UNIFESP, que procurou desenvolver uma proposta de Educação Permanente em Saúde com agentes comunitárias de saúde (ACS).

A pesquisa-intervenção foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e propôs uma ação de Educação Permanente em Saúde através de oficinas de cinema para as agentes comunitárias de saúde (ACS) dessa UBS. Teve como objetivos ampliar o conhecimento e a compreensão sobre a produção do cuidado em saúde realizado pelas agentes comunitárias de saúde, o conhecimento da repercussão desse trabalho em suas vidas e a avaliação de uma proposta de educação permanente em saúde que utiliza o cinema como elemento disparador de

questões.

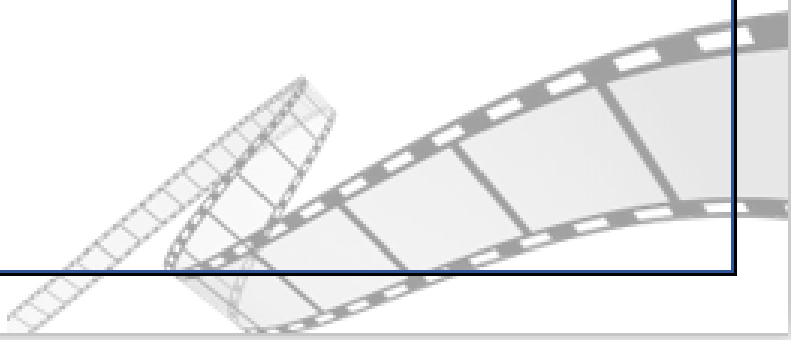
Foram realizadas sessões de cinema numa sala da UBS seguidas de discussões sobre os filmes. Estas, foram realizadas a partir da experiência de cada ACS com o filme, sem roteiro prévio e permitiram reflexões sobre o processo de trabalho, as relações constituídas com profissionais e usuários do serviço e sobre a sua própria prática, além de promover um espaço de acolhimento para essas profissionais.

A partir dessa experiência de pesquisa, foi desenvolvida uma proposta de Oficina de Cinema: Agentes Comunitárias de Saúde em cena, como uma ferramenta de Educação Permanente em Saúde.

Esse manual pretende servir como material de apoio para profissionais envolvidos na Educação Permanente em Saúde de ACS e que tenham o desejo de utilizar práticas inovadoras em sua atuação. Não pretende esgotar todas as possibilidades do uso do cinema nesse contexto, mas apenas servir como um instrumento para início desse trabalho, que pode se estender e expandir de acordo com os profissionais envolvidos na organização e de acordo com o interesse dos próprios participantes

Ao final desse manual há uma lista de filmes sugeridos, com o objetivo de facilitar o trabalho dos educadores.

Boa sessão!



SUMÁRIO

O Cinema na UBS.....6
Agentes Comunitárias de Saúde.....7
Onde fazer?.....8
Equipamento.....9
Organização.....10
A Experiência das Oficinas.....11
O Educador.....13
Montando um Programa.....14
Sugestão de Filmes.....16
Referências.....20

O CINEMA NA UBS

O cinema, como forma de arte, tem o potencial de mobilizar afetos e suscitar emoções, sendo um elemento de novidade e ruptura no cotidiano de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde. E foi pensando nisso, que o cinema foi inserido nesse contexto, para estimular a possibilidade de novas formas de sentir, agir e

> A tela de cinema se instaura como uma nova forma de membrana para permear um outro modo de comunicação com o outro e com si próprio.
>
> (FRESQUET, 2017, p.19)
>
> Ver filmes é conhecer histórias, mundos, pessoas, imaginárias ou não, e mexer com nossas próprias histórias e mundos e a partir disso, viver uma experiência única. As histórias dos filmes nos impregnam, nos marcam, como as histórias daqueles que pretendemos cuidar.

pensar. A oficina pretendia criar um ambiente que permitisse a vivência dessa experiência de forma livre, na qual os conceitos de certo e errado não fossem medidas de valores a serem aplicadas.

Agentes Comunitárias de Saúde Em Cena

No Brasil, a função de agente comunitário da saúde começou a existir em 1991, com o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS), e apenas em 2002 foi regulamentada a profissão. (GOMES, 2009). As ACS são profissionais de saúde que devem obrigatoriamente morar no território no qual trabalham e essa exigência está relacionada à necessidade dessas profissionais em compartilharem das mesmas condições de vida e da cultura e conhecimento da comunidade que vai atender. (BRASIL, 2006).

As oficinas de cinema foram realizadas com um grupo pequeno de participantes, apenas doze ACS. Essa quantidade permite que se sintam à vontade para se expressar, possibilita a participação de todo

o grupo na discussão e facilita a organização do espaço.

LOCAL: ONDE FAZER?

O pouco espaço na UBS não impede a realização dessas oficinas, que podem ser realizadas em salas pequenas, já que o grupo de participantes não é grande. Qualquer parede lisa e clara serve para projetar o filme. Na foto acima, a imagem da sala utilizada para a realização das oficinas de cinema. Para escurecer salas muito claras podem ser utilizados lençóis escuros, lonas ou plásticos de sacos de lixo nas janelas.

É necessário entrar em contato com o gestor do serviço para definir o local previamente, além de definir os horários de realização. No caso de oficinas com filmes de longa-metragem, são necessárias três horas para a a realização da oficina.

EQUIPAMENTO

O material necessário para a realização das oficinas de cinema é o seguinte:

- aparelho de DVD ou computador,
- projetor ou televisão,
- caixas de som portáteis,
- mídia do filme.

Vários serviços de saúde possuem projetor, devido ao seu uso em palestras e apresentações, dessa forma, procure se informar na Unidade de Serviço de Saúde quais os recursos disponíveis. Caso não possuam projetor, a televisão pode ser utilizada para um grupo pequeno

ORGANIZAÇÃO

A organização das oficinas pretende criar um ambiente agradável e receptivo, então, é importante avaliar a duração dos filmes e o cansaço das participantes. Pode ser planejado um intervalo após o filme, com um lanche, para as participantes interagirem e distraírem um pouco antes da discussão do filme.

A frequência da oficina depende da disponibilidade dos participantes e precisa ser discutida também com o gestor da unidade.

O momento do lanche permite que as participantes relaxem um pouco, levantem e saiam da sala, antes de ser iniciada a discussão sobre o filme.

Em termos de praticidade, levar kits de lanche individuais, previamente montados, são uma boa alternativa.

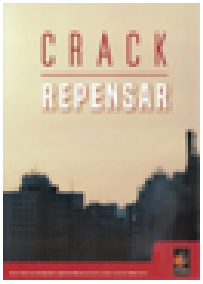
A EXPERIÊNCIA DAS OFICINAS

As discussões realizadas nas oficinas de cinema permitiram a reflexão sobre o trabalho realizado pelas ACS, sobre as relações na equipe de E e no serviço de saúde, as relações com a comunidade e dificuldades e possibilidades de sua atuação. Além disso, os relatos de sofrimento pessoal puderam ser acolhidos pelo grupo.

A imagem acima é a capa do caderno da oficina, idealizado para que as participantes anotassem suas reflexões entre as oficinas.

Nessa pesquisa foram realizadas quatro oficinas semanais e para isso foram escolhidos filmes de acordo com o que se pretendia discutir, porém, ficou aberta a possibilidade de discussão de temas trazidos pelas participantes. A seguir, os filmes utilizados para as oficinas:

Nise – O Coração da Loucura. Brasil, 2015 (109 min). Filme nacional que mostra um período da vida da psiquiatra Nise da Silveira, que propõe um trabalho humanizado e centrado no indivíduo, através da arte e do estabelecimento de vínculos afetivos.



Crack: Repensar. Brasil, 2015 (25 min). Filme de curta metragem, que aborda o uso do crack, a partir da perspectiva de diversos profissionais de saúde mental, de redutores de danos e dos próprios usuários

Precisamos Falar Sobre Kevin. EUA, Reino Unido, 2012 (110 min). Filme baseado na obra da escritora Lionel Shriver, que conta a história da mãe de Kevin, um adolescente típico de classe média, que comete assassinatos de colegas na escola e vai preso pelos crimes

E Se Vivêssemos Todos Juntos? Alemanha, França: 2012 (96 min). A divertida e dramática história de um grupo de amigos idosos que resolvem morar juntos, numa república, para se adaptar às necessidades trazidas pela idade e envelhecimento.

O EDUCADOR

> Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.
> (Paulo Freire)

Nas oficinas de cinema, o educador funciona, na prática, como um facilitador das discussões, que deve procurar estimular e valorizar a participação do grupo, sem se preocupar em dar respostas ou definir o certo e errado, fazendo com que elas busquem suas respostas.

A relação que se pretende construir entre as participantes e educadores é uma relação horizontal e de confiança, o que favorece a participação e interesse nas oficinas.

O conhecimento a respeito dos filmes que serão utilizados nas oficinas de cinema pode torná-las mais interessantes, já que o educador pode trazer informações e curiosidades a respeito do filme, dos atores ou diretor que estimulam o interesse e curiosidade das participantes.

Para se sentir mais seguro na condução da oficina, o responsável pode preparar algumas questões para estimular a discussão.

MONTANDO UM PROGRAMA

Para a realização de atividades de educação em um serviço é necessário apresentar uma proposta que contenha as atividades a serem realizadas, o material e os objetivos de cada oficina. O quadro abaixo é um modelo de como pode ser organizado um cronograma para realização de oficinas.

OFICINA	TEMA	FILME	ATIVIDADE	MATERIAL	OBJETIVO
1	Cuidado em saúde Mental	"Nise- O Coração da Loucura"	Projeção do filme e discussão	-Projetor -Aparelho de DVD	Discutir as práticas de cuidado em saúde mental e a atual rede de atenção psicossocial
2	Uso de Crack e redução de danos	"Crack: Repensar"	Projeção do filme e discussão	-Projetor -Aparelho de DVD	Promover o debate sobre a Política de redução de danos
3	Família, infância e maternidade	"Precisamos Falar sobre Kevin"	Projeção do filme e discussão	-Projetor -Aparelho de DVD	Discutir saúde mental na infância e adolescência, relações familiares e maternidade

OFICINAS DE CINEMA

4	Vida na terceira idade	"E Se Morássemos Todos Juntos?"	Projeção do filme e discussão	-Projetor -Aparelho de DVD	Discutir sobre o aumento do número de idosos no Brasil e os novos modos de viver do idoso

SUGESTÃO DE FILMES

O educador responsável pelas oficinas de cinema pode escolher os filmes que julgar mais interessante se tiver facilidade com o tema e pode também perguntar para as participantes se elas querem sugerir algum filme para a oficina. Mas como não são todas as pessoas que se sentem à vontade para selecionar os filmes, deixo aqui algumas sugestões de filmes que podem ser utilizados nas Oficinas de Cinema com as ACS:

Assunto de família (Japão, 2018) Dir. Hirokazu Koreeda

Família que vive de pequenos furtos acolhe uma menina que sofre violência.

O amor (França, 2013) Dir. Michael Haneke

Casal de idosos enfrenta dificuldades após um deles sofrer um acidente vascular cerebral.

Cake-Uma razão para viver (EUA, 2015) Dir. Daniel Barnz

Mulher deprimida busca auxílio em grupo de autoajuda e se envolve com a história de outra participante.

Divertidamente (EUA, 2015) Dir. Pete Docter

Animação que tem como personagens principais as emoções de uma adolescente.

Domésticas (Brasil, 2001) Dir. Fernando Meirelles

Documentário com diversos relatos de mulheres que trabalham como domésticas no Brasil.

Elsa e Fred (EUA, 2014) Dir. Michael Radford

Dois idosos de personalidades muito diferentes se apaixonam.

Era o Hotel Cambridge (Brasil, 2016) Dir. Eliane Caffé

Filme mostra o cotidiano dos moradores de um prédio invadido no centro de São Paulo.

Estamira (Brasil, 2004) Dir. Marcos Prado

Documentário sobre Estamira, uma mulher que trabalha no lixão na cidade do Rio de Janeiro.

O Estranho em mim (Alemanha, 2010) Dir. Emily Atef

Após o nascimento de seu filho, uma mãe tem dificuldade para cuidar dele e sente que pode ser uma ameaça.

Estrelas além do tempo (EUA, 2017) Dir. Theodore Melfi

História baseada em fatos reais sobre cientistas negras da NASA na época da Guerra Fria.

Eu, Daniel Blake (Reino Unido, 2016) Dir. Ken Loach

Daniel é afastado do trabalho por problemas de saúde, mas se vê mergulhado num mar de burocracia.

Ensaio sobre a cegueira (Brasil, Canadá, Japão, 2008) Dir. Fernando Meirelles

Uma epidemia de cegueira rapidamente se espalha pela população e as pessoas passam a lutar pela própria sobrevivência.

A família Savage (EUA, 2008) Dir. Tamara Jenkins

Irmãos voltam a conviver quando o pai desenvolve um processo de de demência.

O Insulto (Líbano, 2017) Dir. Ziad Doueiri

Um libanês e um palestino entram em um conflito pessoal, que logo toma proporções nacionais.

Longe dela (Canadá, 2008) Dir. Sarah Polley

História de um marido que precisa internar a esposa que desenvolveu Alzheimer.

Loucas de alegria (Itália, 2016) Dir. Paolo Virzi

Duas mulheres internadas em uma clínica psiquiátrica fogem e vivem uma aventura.

Minha vida em cor de rosa (França, 1997) Dir. Alain Berliner

Um menino se identifica com o sexo feminino e sua família tem dificuldades de lidar com a situação.

A onda (Alemanha, 2008) Dir. Dennis Gansel

Um professor propõe um experimento aos alunos, sobre o nazismo, mas o experimento acaba saindo do controle.

Para sempre Alice (EUA, 2015) Dir. Richard Glatzer e Wash Westmoreland

Alice é uma professora universitária que começa a desenvolver problemas de memória.

Praça Paris (Brasil, 2018) Dir. Lúcia Murat

Psicóloga atende mulher que sofre violência doméstica e se envolve em sua vida.

Preciosa (EUA, 2009) Dir. Lee Daniels

Adolescente sofre diversos tipos de violência em sua casa e é obrigada a mudar de escola quando engravida.

Que horas ela volta? (Brasil, 2015) Dir. Ana Muylaert

Mulher que trabalhou por muitos anos na casa de uma família em São Paulo tem sua rotina modificada com a chegada de sua filha, que morou no Nordeste a vida toda.

Tarja branca (Brasil, 2014) Dir. Cacau Rhoden

Documentário sobre a importância do brincar na infância.

Temporada (Brasil, 2018) Dir. André Novais Oliveira

Uma agente de combate às endemias inicia em um novo emprego ao mesmo tempo que passa por mudanças em sua vida pessoal.

Uma mulher fantástica (Chile, 2017) Dir. Sebastián Lelio

Uma mulher transexual precisa enfrentar o preconceito da família de seu namorado, após o falecimento dele.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2006.

FRESQUET, Adriana. **Cinema e educação**: reflexões e experiências com professores e estudantes de educação básica, dentro e "fora" da escola. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

GOMES, K. O. et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: Reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744–755, 2009.

Oficinas de Cinema: Agentes Comunitárias de Saúde em Cena
Fernanda Resende
Profa. Dra. Stella Maris Nicolau