



Universidade Federal
de São João del-Rei

TASSIANA GONÇALVES CONSTANTINO DOS SANTOS

**HISTÓRIAS QUE OS MANUAIS DE PRÁTICAS DE CUIDADO NÃO CONTAM: OS
ENCONTROS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE COM USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

São João del-Rei

PPGPSI - UFSJ

Março de 2019



Universidade Federal
de São João del-Rei

TASSIANA GONÇALVES CONSTANTINO DOS SANTOS

**HISTÓRIAS QUE OS MANUAIS DE PRÁTICAS DE CUIDADO NÃO CONTAM: OS
ENCONTROS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE COM USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

São João del-Rei

PPGPSI - UFSJ

Março de 2019

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB) e
Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

237h Santos, Tassiana.
Histórias que os manuais de práticas de cuidado
não contam: os encontros das agente comunitárias de
saúde com usuários de álcool e outras drogas /
Tassiana Santos ; orientador Marcelo Dalla Vecchia.
-- São João del-Rei, 2019.
114 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Psicologia) -- Universidade Federal de São João del
Rei, 2019.

1. Agente comunitária de saúde. 2. Drogas. 3.
Estrategia de saude da familia. 4. Saude coletiva.
I. Dalla Vecchia, Marcelo, orient. II. Título.

*À D. Olívia, mãe de 20, Avó de 39.
Ela sempre me contou histórias incríveis.
Esta é a história que não pude contar,
pessoalmente, a ela.*

AGRADECIMENTOS

À minha querida e sempre presente mãe, pela compreensão e interesse em meu trabalho e em minha luta. Ao meu amado pai, por todas as vezes que me ligou para dizer que se orgulhava de mim e por chorar ao ouvir um elogio sobre mim. Devo a vocês duas valiosas lições: quem lê nunca está sozinho e amor pode mover mundos, universos ou até mesmo construir estradas para nos aproximar.

Às minhas irmãs, Ariella e Millena. Millena que me ensinou que, para ser mulher, é preciso mergulhar em si e encontrar seu jeito, seu sentido, sua verdade. Ariella que, nos traços de princesa, é uma força da natureza; esteve ao meu lado, de portas abertas, convidando-me a dançar quando eu pensava ter esquecido o ritmo. Das mulheres que fui, da minha transformação para o que sou, inspiro-me sempre em vocês.

Às minhas amadas tias e queridos tios, primas e primos; são tantos que não conseguiria citar todas e todos aqui. Saibam, no entanto, que nossos momentos foram respiro para meus dias mais difíceis. Preciso, porém, citar quatro nomes: Tio Mingo, meu “pai preto”, obrigada por me carregar para todo lado sem se cansar; Tia Cida, pela morada que me ofereceu em seu coração além das portas abertas de sua casa; Tia Tereza, pelos dias de chocolate quente e Tio Walter que, apesar da pouca convivência, sempre me recebia com um sorriso.

Às minhas almas felinas, Merida, Joca e Café e ao anjo canino, Zeus. Os animais catalizam afeto e sem eles essa dissertação falaria menos ao coração.

Ao meu orientador, Marcelo Dalla Vecchia, pela generosidade em ensinar, por acolher meus desesperos e ser, acima de tudo, compreensivo e presente. Obrigada pela confiança e por, muito mais que acompanhar minha vida acadêmica de perto, incentivar minhas ideias.

Às amigas de uma longa estrada de 29 anos, Bela, Jojo, Karen, Mc, Fefe, Bruna, Dessa, Vevê, Sarinha, Rah e Carolzinha. Por acreditarem todos os dias, por jamais pensarem duas vezes em me presentear com confiança. O ICQ sempre será minha casa.

Quando saí para o mundo, aos 18, jamais imaginei que encontraria amparo em tantos sotaques diferentes: à Maressa, Bibia, Cláudia, Bethânia, Ana, Tábata, Aline, Dani, Dai e

Glaucinha, todo meu carinho e saudade. À Carol Lampert, pelo breve e mais intenso encontro que a vida me permitiu. Se eu pudesse, voltava, Carol.

Criar raízes em São João não foi fácil. Elas foram sendo criadas e se expandindo aos poucos, até se tornarem firmes e me alimentarem para que eu conquistasse meus sonhos e continuasse minha busca. Meu sincero agradecimento à Thaisa, Maria, Carol e Andressa, minhas parceiras de deserto com quem aprendi a pesquisar e a me encantar com o trabalho em Psicologia, na pesquisa e na prática. A Nathi, Cecy, Tamara, Mari, Gui, Rod e Sassá, por serem a melhor turma reunida do mundo, pela leveza e pelas risadas que fizeram parte deste texto. Aos meus afilhados Thales e Karen, pela honra de ser parte dessa história. À Maria Fernanda, por me mostrar a força e a sinceridade de uma mulher tímida. À Lais, Alexa e Bia, por terem seguido esse caminho antes e contarem para mim um pouquinho sobre ele. À Sofia pelo cuidado e inteligência com que me aconselhou em partes essenciais desse trabalho. À Julia, Mari e Jojo, vizinhas de tanto tempo, pelo acolhimento, pela confiança, por acreditarem. Ao meu querido Luidi, por ser uma ponte Itamonte-São João del-Rei. Obrigada!

Ao Coletivo “Cai Junto” RD, por me ensinar, na riqueza das experiências, a beleza e importância da Redução de Danos. Ao NUPID, por se tornar lar e alento para minhas curiosidades e me proporcionar tanto conhecimento para lutar e resistir.

Ao estimado clube do livro, pelas leituras e pelas madrugadas literárias. Esta narrativa tem traços de nossas leituras. Jon, Kumaira, Babi, Thales e Millena, que possam ler com vossos monóculos estas linhas, esta narrativa, mais uma de minhas histórias. Obrigada por tudo!

À professora Larissa Medeiros, pelo incentivo durante toda a graduação, por ter me ajudado a compreender a Psicologia de forma mais criativa e menos engessada e por ser assumidamente fã de *Doctor Who*.

À professora Sueli Terezinha, pela avaliação e sugestões preciosas para construção deste trabalho.

Ao professor Martinho Batista, por aceitar o convite para ser parte desta narrativa.

Às estagiárias de pesquisa Ana Luiza, Luma e Dani, pelo interesse e respeito a cada momento em que estivemos juntas e pelo cuidado com a transcrição dos dados desta pesquisa.

Esta dissertação foi construída por histórias e eu tive o privilégio de relatá-las. Às Agentes Comunitárias de Saúde, pela confiança e pelo trabalho árduo e de importância inquestionável que me permitiram acompanhar ao longo desta pesquisa. Espero ter sido, em minhas palavras, fiel a tudo que pude vivenciar com vocês. Minha gratidão também às coordenadoras e aos demais profissionais da equipe da UBS, pelos cafés, conversas e recepção.

À UFSJ, em especial ao PPGPSI; à Ana Paula e ao Marquinhos, por me receberem sempre com tanto cuidado e atenção.

A CAPES, pelo apoio financeiro.

PREFÁCIO

Eu sou aquilo que ninguém mais acredita. Eu sou a puta, eu sou a santa e a banida (...) Sou a coragem até no grito dum covarde. O que não basta, não se entende, eu sou um furacão.
(Mulamba – Mulamba)

Esta dissertação é feita por mulheres, para mulheres, com mulheres. Transformada por todas elas, escrevo em agradecimento. Não se é, rapidamente e em um passe de mágica, mulher. A transformação é árdua e cheia de percalços, de delícias, lutas, afetos, cheiros e gostos amargos e doces. Ser mulher é não sustentar o que a sociedade reservou para nós; ser mulher é quebrar os muros e atravessá-los; é gritar quando o silêncio corrói; é silenciar quando o grito prende. A mulher que vos escreve não foi sempre essa mulher. Já foi banida de seu ser para se encaixar, já se vestiu formalmente para desaparecer, já usou brincos para se adaptar, já falou línguas que não eram suas para se comunicar. Essa mulher que hoje termina um trabalho para mulheres precisou, antes de começar, reescrever-se de próprio punho, pois estava cansada de ter suas histórias contadas por outros. Os imperativos nos acompanham a nós mulheres. E nós, feito força da natureza, custe o que custar, destruiremos um por um.

Não vim sozinha derrubando meus muros de concreto e preconceitos, outras mulheres vieram comigo, vieram antes de mim. Deram-se as mãos e não caíram até que chegassem ao fim. Já no fim, passaram o bastão que chegou até mim.

RESUMO

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo profissionais híbridas: trabalham e moram no mesmo território, conhecendo barreiras e possibilidades deste. O presente Estudo de Caso constituiu-se de um acompanhamento destas profissionais em seus campos de ação, buscando compreender as práticas de cuidado referentes aos usuários de álcool e outras drogas não descritas nos “manuais”. Os dados coletados através da observação participante foram registrados em diários de campo e transcritos para análise. Foram realizados, ainda, ao fim da pesquisa, dois grupos focais com as mesmas ACS que participaram do momento das observações. Todos os dados foram transcritos e a Análise de Conteúdo foi a metodologia utilizada para analisá-los. Após a leitura exhaustiva do material coletado, foram realizadas as definições de categorias. Nos resultados, foram priorizadas as narrativas das ACS para a construção do texto. As principais questões trazidas por elas em relação ao cuidado no território foram as tecnologias leves, principalmente os vínculos e o acolhimento como mobilizadores de cuidado. A identidade multifacetada das ACS apareceu como possível causadora de adoecimento destas profissionais devido a cobranças excessivas por parte da população, da equipe de saúde e delas próprias, vistas como uma espécie de centro de soluções de problemas da comunidade. A redução de vulnerabilidades por meio do conhecimento das histórias de vida das moradoras do bairro e a confiança construída permitem às ACS circular em espaços aos quais o restante da equipe não tem acesso. No que diz respeito ao cuidado com usuários de álcool e outras drogas, os aspectos que merecem destaque são o tabu como barreira para o cuidado, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e o estigma. O estudo mostrou que as estratégias de cuidado e defesa de saúde mental adotadas pelas ACS, juntamente com os demais membros da ESF, são importantes formas de intervenção no território. Apesar disso, o estigma frente ao uso de drogas ainda é barreira para o cuidado integral do sujeito atendido. A educação permanente e continuada, no âmbito da saúde, pode ser uma forma de potencializar o que as ACS já fazem e repensar barreiras, como o estigma, para o cuidado no território.

Palavras-chave: Atenção Básica; Agente Comunitário de Saúde; Estudo de Caso; uso de álcool e outras drogas; Vínculo.

ABSTRACT

The Community Health Workers (CHW) are part of the Family Health Strategy (FHS) team as hybrid professionals: they work and live in the same territory, knowing its barriers and possibilities. The present Case Study consists in the attendance of these professionals in their field, seeking to understand their health care practices towards alcohol and other drugs users that are not described in any “manual”. The data collected through participant observation were registered in the form of field diary and transcribed for analysis. By the end of the study two focal groups were executed with the same CHW that participated during the observation period. All data was transcribed and the method known as Content Analysis was used to analyze it. After an exhaustive reading of the material, categories were defined. In the results, the text prioritizes the CHW narratives. The main issues brought by them regarding health care in the territory were light technologies, especially attachment and reception as a form of promoting care. The CHW’s multifaceted identity emerged as one possible reason to these workers’ illness due to excessive requirements by their work team, the population and themselves, as they are seen as some kind of problem solving center. The reduction of vulnerabilities through the knowledge of the neighborhood residents’ life story and the trust built allow the CHW to access spaces that the rest of the team can’t access. Concerning health care towards alcohol and other drugs users, the most relevant aspects are the taboo as a barrier to health care, the access difficulty to health services and the stigma. The study showed that the care and defense of mental health are strategies used by the CHW, along with the other FHS members, which are important ways to intervene within the territory. Despite that, the stigma concerning drug use continues to obstruct the integral care of the attended person. The permanent and continued education in health might be a way to potentialize what the CHW already do and rethink barriers, such as stigma.

Key-words: Basic attention; Community Health Worker; Case Study; alcohol and other drugs use; Attachment.

SUMÁRIO

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 15 |
| 2. PROBLEMA DE PESQUISA | 18 |
| 2.1 A implantação da Atenção Básica (AB) no Brasil e suas implicações | 18 |
| 2.2 Agentes Comunitários de Saúde: os profissionais de duas faces..... | 27 |
| 2.3 Drogas e proibicionismo: as barreiras do acesso à saúde | 31 |
| 3 OBJETIVOS | 38 |
| 3.1 Objetivo Geral | 38 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 38 |
| 4 METODOLOGIA..... | 39 |
| 4.1 Local da pesquisa..... | 39 |
| 4.2 Participantes | 40 |
| 4.3 Procedimento de Coleta de Dados..... | 41 |
| 4.4 Procedimento para análise de dados da pesquisa..... | 44 |
| 4.5 Considerações Éticas | 45 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 48 |
| I - OS ENCONTROS: O CAMINHO ATÉ A PESQUISA | 48 |
| II – AS DIFICULDADES DE SER AGENTE: “SERÁ QUE ISSO REALMENTE CABE A MIM?” | 68 |
| III – ESTIGMA, ESTEREÓTIPOS E OS TERRITÓRIOS INACESSÍVEIS | 79 |
| IV – SERIA A AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE UMA REDUTORA DE VULNERABILIDADES? | Erro! Indicador não definido. |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 97 |
| 7 REFERÊNCIAS | 102 |
| 8 ANEXOS | 110 |
| 8.4 Anexo I..... | 110 |
| 8.5 Anexo II..... | 112 |

1. APRESENTAÇÃO

Conto uma situação vivida em campo e a partir dela, movendo-me para trás e para diante, contextualizo o acontecido, sacando dele as principais experiências analíticas.
(Rui, 2014)

A experiência de campo é como um mergulho em um mar claro: da superfície você pode ver um pouco do que vai encontrar, mas nada se compara ao mergulho. A analogia serve para a teoria e a prática. Na universidade, inundados por teorias de todos os tipos, ganhamos óculos que guiam nossa visão para certos aspectos da realidade, descobertas que descrevem o campo. Mas adentrar-se na prática é uma experiência completamente nova e diferente.

Em 2015, o estágio Eiras e Beiras, vinculado à Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), foi palco de uma primeira experiência no campo de álcool e outras drogas e redução de danos. Ele oportunizou uma prática localizada na Atenção Básica, mais especificamente com a equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de um bairro da cidade de São João del-Rei, onde pude acolher uma família. Já havia feito alguns estágios na saúde, mas esse foi o primeiro na Atenção Básica, em contato com uma equipe de ESF. Em uma reunião, fomos apresentados, eu e meu companheiro de estágio, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que possuem papel híbrido no território, moradores e trabalhadores da rede de saúde (Santos & Nunes, 2014) considerados o elo entre comunidade e os serviços. A partir desta reunião, os problemas e barreiras relacionados ao campo começaram a aparecer. Ela foi agendada com os 10 ACS que trabalhavam na equipe para que nos apresentássemos e contássemos da redução de danos e de nossa proposta de acompanhamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Somente três ACS compareceram à reunião. Dentre eles, somente uma ficou até o final, acatando nossa proposta e apresentando-nos um caso. O uso de drogas pelo ser humano ocorre desde a Antiguidade, sendo o consumo do vinho, por exemplo, prática comum e aceita culturalmente. No Brasil Colônia, o álcool era considerado importante tanto enquanto parte de rituais religiosos e de passagem, quanto pela sua eficiência terapêutica (Acselrad, 2015). Estes são só alguns exemplos do uso de drogas de forma ritualística e recreativa. Com passar do tempo, o proibicionismo crescente ganha outros contornos com a Lei Seca nos Estados Unidos, em meados de 1920 (Carneiro, 2010), que acaba por influenciar definitivamente o modo de tratar a temática das

drogas e as pessoas que as consomem.

O estigma sobre estes usuários passa a ditar as regras da relação entre o sujeito e a sociedade, fazendo com que o uso de drogas seja atrelado a questões jurídico-penais (Silva, 2013), afastando-os ainda mais dos cuidados de saúde. As concepções moralizantes recaem sobre as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e fazem com que o entendimento de cuidado seja relegado apenas ao paradigma da abstinência e da heteronomia de tais pessoas. Destituídos de seus direitos, elas não têm escolha: quando chegam aos serviços de saúde, a internação é a única oferta entendida como plausível.

Como os estagiários do “Eiras e Beiras” apresentavam uma nova proposta de tratamento, diferente do que estava dado, o descrédito era a primeira reação. Não acreditavam, mas, muito além disso, temiam. O bairro, ambiente perpassado pelo tráfico, vivia de avisos. A enfermeira nos relatou que, quando foi proposta uma palestra sobre drogas, focando nos cuidados com a saúde, recebeu um bilhete aconselhando que a mesma não ocorresse, *que não mexessem com isso*. Temerosa, a equipe acabou por abafar o caso.

Entre estigmas, ameaças, dificuldade de acesso a alguns indivíduos e suas famílias que precisavam de cuidados, uma ACS ficou. Sentada no canto da sala, ouviu tudo o que tínhamos a dizer e ao fim disse: *Eu levo vocês lá*. Em meio a questões problemáticas do bairro e características de parte da população que favoreciam seu distanciamento dos serviços de saúde, esta ACS se destacava por conseguir acessar esses sujeitos, buscando construir uma troca de saberes, e não uma unilateralidade no tratamento, propiciando acesso aos serviços de saúde, mas também à cidade, às praças, ao bairro em geral.

As histórias compartilhadas com a ACS, a qual foi nossa porta de entrada para o campo, me fizeram enxergar outro tipo de prática. As casas de pessoas que faziam uso de alguma substância psicoativa, especialmente de drogas ilícitas, eram uma espécie de tabu para os profissionais da equipe; para esta ACS, não. Era um desafio, sim, mas era preciso vincular essa parte da população à rede de saúde, já que, segundo esta agente, *elas precisavam de cuidado, tanto quanto e até mais que os outros*.

Os manuais de práticas de cuidado não puderam me contar o que essa profissional fez. Utilizando-se do território de forma que me parecia íntima, conhecendo cada canto e cada pessoa que passava pelo bairro, ela foi abrindo caminhos até *as casas que ninguém entrava*. Em uma delas, um marido violento, usuário de cocaína, sua mulher e dois filhos. Quando apresentamos nossa proposta, a enfermeira, colega de trabalho, não gostou muito e repetiu seu mantra: *Olha, eu não acredito! Tenho um caso na família e não acho que redução de danos funcione. Mas vai lá, podem fazer o trabalho de vocês*. Não chegamos a

ter uma vivência de trabalho junto às pessoas residentes dessa casa, mas o meio usado para adentrar o território de forma ampla e eficaz, a maneira como praticava relações de cuidado e encontrava modos de levar questões de saúde a essa família me impressionaram. Não se encontrava em manuais essa prescrição e percebi que muito mais que conhecimento, o ACS desenvolve seu trabalho recorrendo a uma boa dose de criatividade e sensibilidade.

O problema de pesquisa que me seguiu ao longo desses dois anos me aproximou da temática acerca do trabalho do ACS teoricamente. Percebi, então, que para entender mais sobre as práticas de cuidado com populações vulneráveis, eu precisaria presenciar isso, vivenciar como espectadora e interagir com essas ACS que são também moradores do bairro onde atuam. Como não misturar trabalho e vida? Como viver sem deixar o trabalho interferir tão ativamente nos momentos? As práticas de cuidado, a forma como manejam sua prática e vivem o território foram pilares para a construção deste estudo.

Enquanto desenvolvo esta pesquisa, um desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) é proposto. Retrocessos na saúde, na saúde mental e na política de drogas são os desafios que abrem as alas de 2019 no Brasil. Os defensores dos direitos humanos são friamente assassinados e os culpados continuam impunes; a lama se assola sobre inocentes, o mar se agita, a natureza e suas filhas e filhos gritam. Neste cenário, convido aos que me leem a refletir, com este meu breve texto, sobre o SUS, a Atenção Básica e, especialmente, os ACS, profissão relativizada e questionada na nova Política Nacional de Atenção Básica proposta em 2019.

Os tempos são sombrios, mas nós, sejamos pesquisadoras e pesquisadores, profissionais da saúde ou educadores, precisamos tentar resistir e nos dar as mãos. Ocupar espaços, não calar, defender nossos direitos e os daqueles machucados pelas injustiças e silenciados pelo poder dos poucos que o detêm.

Este texto nasce da busca pela compreensão do que é cuidado e de suas muitas perspectivas não consideradas por documentos e manuais de práticas. Assim como fui convidada a mergulhar na saúde e, muitas vezes, me afogar em suas discontinuidades, este texto também é um convite. Resistiremos!

2. PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 A implantação da Atenção Básica (AB) no Brasil e suas implicações

No cenário mundial, os gastos exorbitantes com a saúde são desencadeadores do início de questionamentos acerca da ênfase na assistência médica pelos sistemas de saúde. Esses questionamentos vão culminar, em diversos países do mundo, em uma revisão da concepção do processo saúde-doença, assim como os dispositivos utilizados no cuidado da população. Os sistemas vigentes eram pautados no modelo biomédico hegemônico, centralizado na figura do médico. Além de elevar os gastos com a saúde, este modelo passa a se mostrar insuficiente para atendimento da população, não abrangendo todos os aspectos de melhoria da qualidade de vida (Gil, 2006). O movimento de questionar o modelo vigente de saúde e assistência médica, ganha maior expressão em 1920, no Reino Unido, onde é discutido o Relatório de Dawson¹ e, pela primeira vez, é apresentado o conceito de Atenção Básica². Devido à falta de consenso sobre as propostas e aos altos custos que elas gerariam, o relatório foi engavetado à época (Chorny & Kuschnir, 2010).

O percurso realizado para repensar o acesso igualitário e equitativo aos sistemas de saúde tem como marco a I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão. A Conferência de Alma-Ata³, como ficou conhecida, foi realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas

¹ O Relatório Dawson foi um documento elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, em 1920, no qual o conceito de “Atenção Primária à Saúde (APS)” aparece pela primeira vez. O Relatório propõe uma organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, considerando-se o nível de complexidade dos serviços e uma base geográfica definida. Importante ressaltar a influência deste documento para a criação do sistema de saúde britânico, em 1948, o qual serviu, posteriormente, de base para outros sistemas de saúde no mundo (Lavras, 2011).

² Os termos “Atenção Primária à Saúde”, “Atenção Básica” e “Atenção Primária” vêm sendo utilizados em textos acadêmicos como sinônimos. As palavras “Básica” e “Primária” são colocadas em discussão por autores que dialogam sobre a validade desses termos para definirem uma nova forma de organização dos serviços de saúde. A palavra “Básica” remete à ideia de “base, fundamental”, enquanto a palavra “Primária” significa “primeira, principal” (Mendes, 2012). Portanto, o uso destes termos está relacionado às questões políticas de cada região, assim como às correntes funcionalistas ou progressistas (Mello, Fontanella & Demarzo, 2009). Na Conferência de Alma-Ata, que será tratada com mais detalhes posteriormente neste capítulo, o termo cunhado foi “Atenção Primária à Saúde”, o que não impediu que outras regiões continuassem usando os demais termos. No presente trabalho, a escolha do termo “Atenção Básica” para se referir às ações de reorganização e à definição de uma porta de entrada dos sistemas de saúde se deve à sua utilização em documentos oficiais do Governo Federal no Brasil. Esse também é o termo assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) após as Normas Operacionais de 1996 (NOB-96). A escolha do termo no Brasil se deve, também, a uma opção por afirmar as especificidades da AB nesse contexto. Apesar de não ser o principal termo usado, “Atenção Primária” tem aparecido cada vez mais em textos brasileiros.

³ Apesar dos importantes avanços obtidos com a Conferência de Alma-Ata, ela deixa de fora pontos essenciais na discussão: não questiona a hierarquização do processo de cuidado na AB e a posição do médico, ainda tido como centro do cuidado (Franco & Merhy, 2007).

pela Infância (UNICEF), em 1978 (Baptista, Cunha & Fausto, 2009). Por meio dessa conferência, começa a ser pensada a expansão de ações e serviços de saúde mais amplos, para além dos segmentos não cobertos pela Medicina Previdenciária⁴, sendo também afirmada uma concepção do processo saúde-doença marcada pelos seus condicionantes e determinantes sociais.

Em decorrência da visão idealizada e das supostas poucas chances de aplicabilidade da Declaração de Alma-Ata, um ano após sua realização, a Fundação Rockefeller financiou a Conferência de Bellagio, que tinha como objetivo propor uma atenção básica seletiva, baseada em programas focados em populações em situações de pobreza. A seletividade e a focalização propostas por essa conferência contrapunham-se à integralidade e universalidade, respectivamente, propostas pela Alma-Ata. O modelo proposto pela Conferência de Bellagio se disseminou e foi financiado por agências e fundações internacionais, oferecendo atenção seletiva e ações de saúde simples e de baixo custo, especialmente para áreas rurais (Baptista, Cunha & Fausto, 2009).

O Brasil, assim como diversos países da América Latina, adotou o ideário da Alma-Ata em busca de uma reformulação do pensar em saúde. Mas é preciso compreender o contexto social em que vivia o país para entender as engrenagens da saúde e da tentativa de implantação de uma Atenção Básica. Tendo em vista o processo de colonização cultural e econômica enfrentado pelos países do Sul, não se pode afirmar um modelo “puro” - inspirado unicamente em Alma-Ata ou em Bellagio - de reforma sanitária na América Latina.

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o cenário da saúde brasileira era organizado de forma segmentada: de um lado a saúde pública – ações voltadas para prevenção, ambiente e coletividades –, de outro, ações curativas e individuais sob o modelo da medicina previdenciária. Os investimentos eram dirigidos prioritariamente a esta última em detrimento da saúde pública (Paim, 2009).

Com a industrialização e a expansão urbana expressivas no Brasil até 1930, desenvolveram-se pesquisas e experiências acerca de questões de saneamento, higiene, medidas preventivas e organização urbana. Apesar disso, a conjuntura política brasileira

⁴ A Medicina Previdenciária, em termos de saúde e cuidado, priorizava o modelo anatomoclínico e hospitalocêntrico. Os investimentos anteriores ao SUS, no Brasil, eram destinados prioritariamente à assistência médica previdenciária em detrimento das ações de saúde pública, culminando em uma crise desse modelo que não atendia a maioria da população e deixava de lado importantes aspectos da saúde, tal como o social (Paim, 2009).

estava impregnada pelo autoritarismo, dificultando o avanço do processo de redemocratização e de criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Paim, 2008).

Na segunda metade de 1970, movimentos sociais envolvendo estudantes, intelectuais, setores populares e profissionais que passam a lutar pelo fim da ditadura empresarial-militar ganham expressividade e articulam forças contrárias ao autoritarismo regente nas políticas de saúde da época. Na cidade de São Paulo, o crescimento desenfreado e desordenado da cidade traz consequências especialmente para a camada de trabalhadores. No início, as reuniões de bairro tinham como objetivo efetivar reivindicações ao poder público por saneamento das regiões, por distribuição de água, entre outros. Posteriormente, entre 1974 e 1984, o movimento coletivo, formado por trabalhadores, intelectuais, Igrejas e alguns partidos políticos passam a discutir pautas mais amplas e abranger outras regiões da cidade – Norte e Sul –, já que, inicialmente, abrangiam apenas a região Leste. Algumas das principais reivindicações eram pela saúde e por atendimento médico. Na mesma época iniciavam-se as discussões sobre o sistema de saúde brasileiro e o próprio conceito de saúde, bem como a participação do Estado nessa questão (Cortes, 1998).

Caminhando na contramão das políticas do governo, em 1976, é criado o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), o qual pauta a discussão sobre a democratização da saúde, constituindo uma corrente de pensamento original sobre o funcionamento das formas de cuidado e atenção no Brasil que socializa pesquisas nessa temática.

Em suma, o CEBES se propunha a promover e expandir a discussão sobre saúde para todos os setores da sociedade, sugerindo a universalização do direito à saúde. A expressão Reforma Sanitária aparece pela primeira vez nas pesquisas divulgadas pelo CEBES (Paim, 2008). A compreensão do processo saúde-doença, levando-se em consideração seus determinantes políticos, econômicos e sociais, era um dos princípios basilares para a reforma do sistema de saúde, a partir da qual o cuidado passaria a ser visto de forma integral: incluiria prevenção e promoção em saúde, tratamento, reabilitação e vigilância sanitária e epidemiológica (Bleicher & Oliveira, 2016).

Durante o I Simpósio de Política Nacional de Saúde, da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em 1979 pelo CEBES, é formulada a primeira proposta do SUS. Considerando-se as discussões em torno da democratização da saúde, são levantados princípios norteadores desse novo sistema: a universalidade, a equidade no acesso aos serviços de saúde e a integralidade no cuidado (Baptista, Cunha & Fausto, 2009).

Formulações sobre uma Reforma Sanitária já haviam começado a ser pensadas em 1978 e discutiam a qualidade da atenção, a participação popular e o acesso à saúde. Na política, movimentos sociais lutavam pela redemocratização, enfrentando barreiras devido ao período pós-ditatorial, em que a dívida pública atingia níveis astronômicos e o investimento público, conseqüentemente, se retraiu (Paim, 2009).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi pensada para ser uma reforma geral, uma revolução no modo de vida. No entanto, devido ao caráter utópico dessa ideia, ela acabou se formulando como um movimento de reforma parcial que abrangia alguns setores, como: instituições, relações sociais, trabalhadores dos serviços de saúde, população, movimentos sociais, partidos políticos de esquerda, entre outros.

A RSB foi um marco para o renascimento da Medicina Social discutida em meados do século XIX e tinha duas frentes principais: a problematização da determinação social do processo saúde-doença e o processo de trabalho em saúde (Paim, 1997). Essa reforma, portanto, muito além de uma proposta relacionada aos cuidados e ao pensar sobre saúde e doença, é um projeto social que busca propor a saúde como direito no contexto de tentativa de redemocratização brasileira, de modo a repensar o modelo biomédico hegemônico ainda vigente (Paim, 2009). No entanto, manifestou-se um movimento de contrarreforma encabeçado por setores do empresariado médico-hospitalar e pelas indústrias farmacêuticas. A reforma não está consolidada nesse período, mas coloca o Brasil na discussão acerca das bases da saúde, como o resto do mundo.

A década de 1980, no Brasil, é marcada pela eclosão de crises – ideológica, financeira e político-institucional – frutos do Golpe Militar de 1964. A crise ideológica tem como característica a necessidade de uma reestruturação e ampliação dos serviços de saúde; a crise financeira é decorrente do déficit crescente no país, de um processo inflacionário e desequilíbrio fiscal, e a crise político-institucional por conta dos gastos exorbitantes com a saúde previdenciária (Brasil, 2001). Era um contexto de transição política, marcado por entraves políticos, econômicos e culturais para a reabertura democrática, fazendo com que as modificações e elaborações de propostas para reforma sanitária acontecessem em ritmo mais lento durante este período (Conill, 2008). Apesar disso, os anos de 1980 também foram de crescimento do movimento oposicionista e divisões internas das forças que apoiaram o regime. O conjunto desses fatores seriam cruciais para o fim do regime e o início do processo de redemocratização. Crescem, também, nessa época, os movimentos reformadores da saúde (Brasil, 2001).

Em março de 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ela tornou-se um

marco por dar visibilidade para a Reforma Sanitária, iniciada em 1970, e também inspirou o capítulo intitulado “Saúde” na Constituição de 1988. Nesta, o conceito de saúde é ampliado e pensado para além da ausência de doença, passando a considerar, entre outras coisas, as condições de vida (Cardoso & Nascimento, 2010). Esse capítulo desdobra-se, posteriormente, nas Leis Orgânicas de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) e instituem o novo sistema de saúde brasileiro e a previsão legal da participação popular no SUS (Paim, 2009).

As mudanças no paradigma saúde/doença intensificaram a discussão sobre o sistema de saúde brasileiro marcado pela hegemonia do modelo biomédico e pela ausência da integralidade do indivíduo. Postula-se que saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, o processo saúde/doença deve ser pensado como um fenômeno histórico e multideterminado, o que abre a discussão sobre a articulação de saberes para o cuidado, com base em um novo sistema de saúde que abranjeria o indivíduo em sua integralidade e teria trabalhadores (técnicos e profissionais) de saúde com formação para atuar nesta perspectiva. (Pratta & Santos, 2009).

O Agente Comunitário da Saúde (ACS), profissional que será peça chave na concretização dos princípios do SUS e da Atenção Básica, era importante sujeito da busca de acesso aos serviços de saúde no Ceará, que sofria com a seca na segunda metade da década de 1980. Este profissional tem como uma de suas especificidades o fato de ser morador do bairro em que atua e, assim, ser responsável pela manutenção de um vínculo comunitário e de uma comunicação com menos ruídos entre a equipe e a população atendida, além de ter a incumbência de desenvolver ações fundamentais para a Atenção Básica: educação, prevenção e promoção à saúde (Pinto, Palácio, Lôbo & Jorge, 2017).

O SUS já era pauta de discussão da saúde brasileira das últimas décadas, mas foi a Constituição de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que possibilitou a formulação de bases para o desenvolvimento do novo sistema de saúde. A Constituição institui a saúde como direito social e dever do Estado, assegurada através de políticas econômicas e sociais e do acesso igualitário e universal aos serviços de proteção, promoção e prevenção à saúde, como pode ser visto Art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

O SUS é organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, funcionando como seguridade social baseada em uma sociedade solidária e democrática e nos princípios de igualdade e equidade. A ideia de rede permite que os serviços estejam conectados e se comuniquem. No caso da rede regionalizada, a ideia é possibilitar a distribuição dos

serviços de saúde em todo o território, de modo a disseminar e descentralizar os serviços fundamentais, norteados por três princípios: a integralidade, a universalidade e a equidade.

Em uma análise crítica ao SUS, é possível compreender as inovações e desafios trazidos por suas propostas. Pesquisas mostram um desconhecimento por parte da população em geral e dos profissionais da saúde sobre as inovações trazidas por este sistema (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2003), o que acaba por desestimular os esforços dos atores sociais para a construção do SUS e pela democratização da saúde. Apesar das dificuldades enfrentadas, o novo sistema de saúde brasileiro traz inovações a serem consideradas, dentre elas: o trabalho intersetorial em saúde, o qual permite maior comunicação entre os serviços para cuidado integral da população; participação popular; acolhimento e enfoque em ações de redução de danos, assim como o cuidado territorial e a ênfase na prevenção e promoção da saúde (Paim, 2009).

O SUS também é responsável por uma das mais abrangentes propostas de Atenção Básica do mundo: o Programa de Saúde da Família (PSF). Este passa a ser discutido em meados dos anos 1990, frente a um desgaste da organização da AB. As reflexões tomam por base o enfoque do cuidado: não somente no indivíduo, mas no núcleo familiar, pensando-se também em demandas de prevenção à saúde e no atendimento em uma unidade local. (Guizard, Pinheiro, Silva & Stelet, 2006). O PSF nasce em 1994, com o intuito de reorganizar a AB, ainda bastante focada em um modelo médico-assistencial, apesar da busca pela mudança do modelo biomédico vigente. Diferente da proposta de uma AB abrangente da Conferência de Alma-Ata, o PSF brasileiro é pensado em um contexto de AB seletiva que atenderia populações pobres e em vulnerabilidade social (Andrade et al., 2016).

A implantação do SUS, no entanto, ocorre em um momento de crise econômica e política no cenário brasileiro, as décadas de 1980 e 1990. Para tentar contornar esse cenário e implantar o novo sistema de saúde, o governo propõe Normas Operacionais Básicas (NOB), buscando viabilizar expansão e a manutenção dos financiamentos para as ações propostas pelo SUS, processo chamado de “reforma da reforma” (Paim, 2009). Para a expansão do recém-criado PSF, portanto, adota-se a Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde de 1996 (NOB-96), que propõe incentivos financeiros ao PSF e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual passa a ser financiado e expandido no ano de 1991. A NOB-96 é implementada em 1998 e acaba por influenciar a volta da discussão sobre AB no Brasil (Baptista, Cunha & Fausto, 2009). Inicia-se, então,

um processo de expansão do PSF para todo o território nacional (Souza, 2015).

Muito além da reorganização da AB, o PSF resgata a discussão sobre questões propostas pela RSB que vinham sendo negligenciadas ao longo do tempo, dentre elas a vigilância da saúde, a constituição de vínculos com a população atendida e o acolhimento, bem como a integralidade, que seria o principal âmbito (Paim, 2009). O enfoque da Saúde da Família está na unidade familiar e em uma equipe multiprofissional de saúde, visando ações integrais e territoriais.

A emergência do PSF é justificada por três fatores principais: (1) a experiência bem sucedida do PACS; (2) uma paralisação nas discussões sobre a questão assistencial do SUS e (3) o financiamento oferecido para a contratação de equipes (Conill, 2008). O PACS, é importante ressaltar, permitiu a ampliação da AB, contribuindo para assegurar os princípios do SUS (Tomaz, 2002). Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2006), a definição do Programa de Saúde da Família é:

[...] um modelo de atenção primária operacionalizando mediante estratégias/ações preventivas, promocionais de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidos com a integralidade da assistência a saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto sócio-econômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (p. 804).

Portanto, a equipe do PSF deve pensar em estratégias de cuidado que considerem o contexto, o indivíduo e sua rede de apoio, tendo como núcleo de intervenção a unidade familiar. Considerar o contexto, bem como sua complexidade e dinâmica, permite que a atenção à saúde seja integral e que se realizem também ações intersetoriais, tendo em vista os âmbitos de promoção e prevenção da saúde com base nos princípios do SUS (Barros & Pillon, 2006).

Ainda na década de 1990, o PSF passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A palavra “Estratégia” remeteria de forma mais clara a uma reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais, assim como colocaria a Saúde da Família não como programa de uma gestão governamental, mas como uma política de Estado que não seria extinta com a mudança de gestão (Conill, 2008). A mudança da nomenclatura ocorre, também, para que se pense na abrangência do PSF para uma estratégia não seletiva, sendo porta de entrada para a população em geral e não somente populações pobres e vulneráveis (Andrade et al, 2016). Importante destacar que a ideia de expansão do conceito de AB proposta pela troca de nomes – de programa para

estratégia – não garantiria sua permanência em uma mudança de gestão; afinal, em meio a um contexto de Reforma Sanitária, não era possível planejamento de propostas de governo a médio e longo prazo.

A equipe multiprofissional da ESF busca a abrangência do serviço, o que inclui atender a comunidade como um todo, ser porta de entrada preferencial para o sistema de saúde e oferecer ao indivíduo um atendimento integral. A ESF propõe ações territorializadas, facilitando o acesso geográfico, temporal e cultural da comunidade à saúde, com uma equipe formada basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS (Scorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007).

A dificuldade de expansão da ESF para grandes centros urbanos, além da ausência de articulação dos serviços de saúde e os problemas que atrapalhavam a abrangência de complexas questões de saúde-doença tinham como resultado barreiras ao acesso de grande parte da população aos serviços de saúde. Deste modo, foi proposto um Projeto de Expansão e Consolidação da ESF para os grandes centros urbanos (PROESF), que veio a público em 2003. Sua proposta era a conversão dos modelos de saúde dos grandes centros urbanos, o fortalecimento da ESF onde já havia sido implantado o PSF, e a avaliação e controle do desempenho das equipes (Rodrigues et al., 2014). Ainda tendo como objetivo a consolidação e qualificação da AB, especialmente a ESF como porta de entrada da saúde, em 2006 é formalizado o Pacto pela Vida. Com isso, são estabelecidos os principais instrumentos político-normativos que buscam consolidar a AB como eixo estruturante de uma rede de atenção à saúde (Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006).

No ano de 2006 é lançada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com objetivo de promover a AB em termos políticos, financeiros e estruturais. A PNAB assegura o PSF e o PACS como propostas de reorganização da AB (Ministério da Saúde, 2006). Com a mudança do PSF para ESF, é lançada a segunda PNAB, em 2011, que também propõe a expansão da implantação das equipes de ESF (Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011).

Em 2008, é criado, ainda, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na AB, visando ainda sua abrangência e territorialização. O NASF também é responsável por efetivar a inserção da Saúde Mental na AB. Após a criação desse núcleo, fica estabelecido que, com base nos dados epidemiológicos de cada região, poderá haver pelo menos um profissional responsável pela saúde mental na AB, sugestão que pode ou não ser acatada pelo gestor ou gestora. Importante ressaltar que o NASF possui uma equipe multidisciplinar própria, que funciona

como apoio para a ESF e não tem o intuito de se tornar porta de entrada preferencial da rede de saúde, já que essa função é prevista para a AB (Ribeiro et al., 2014).

Com o objetivo de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, é criada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo a AB como porta de entrada de uma rede de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. A RAS constitui-se de um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão em comum, buscando ofertar atenção contínua e integral a determinada população (Arcêncio et al, 2014). Os níveis de densidade tecnológica que estruturam essa rede vão desde o nível de menor densidade (AB), passando pelo nível de densidade intermediária (atenção secundária à saúde) até o nível de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). A partir do referencial da portaria 4.979 de 2010, que institui as diretrizes para o funcionamento da RAS, são discutidas também algumas outras redes, dentre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que busca ampliação da Rede de Atenção Integral para usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

As críticas à AB, especialmente em países periféricos, são de que a ideia abrangente deste nível de atenção é negligenciada, transformando o serviço em uma atenção seletiva para populações pré-definidas: populações de baixa renda, em vulnerabilidade social e em extrema pobreza. Ainda sobre as fragilidades e potencialidades, convém destacar o diferencial da AB implantada no Brasil: ela busca a descentralização do serviço na figura do médico generalista; portanto, tenta quebrar com os paradigmas do modelo biomédico vigente; tem como objetivo as ações de prevenção e educação em saúde, enquanto nos países da União Europeia o foco são as ações curativas com controle das referências para os serviços especializados pelo profissional médico (Giovanella, 2006).

A AB brasileira apresenta singularidades que vão dando o tom para a visão de saúde neste contexto. Dentre elas, destacam-se: o PACS, que nasce anteriormente ao PSF e é base para a sua concretização, utilizando-se do território para expandir o acesso à saúde; acolhimento, vínculo e adscrição de clientela; territorialização e responsabilidade sanitária; o trabalho em equipe multiprofissional; ações individuais e coletivas e retaguarda do apoio matricial (Bessa, Jorge & Sousa, 2018).

No ano de 2017, o Brasil passa por mudanças políticas que vão direcionar a saúde pública para perdas consideráveis, com uma proposta de desmonte do SUS. Dentre essas mudanças são propostas novas reformulações na PNAB. A palavra “democrática”, referente ao formato das práticas de cuidado e gestão da AB, é suprimida na nova PNAB,

assim como a palavra “humanização” (Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018). Os princípios e diretrizes referentes ao SUS, como equidade, universalidade e participação social, são mantidos no novo texto da Política. Já a equipe da ESF apresenta uma das mudanças mais substanciais da nova PNAB, a qual pode afetar o funcionamento da AB, pois, com a redução dos recursos, a equipe precisará ser revista, obrigatoriamente, pelos gestores (Rocha, 2017).

Os ACS são uma das principais categorias afetadas pela nova PNAB. O trabalho desses profissionais fica restrito e o número de pessoas contratadas diminui: anteriormente, o número mínimo de ACS por equipe era quatro; com a nova Política, pode ser restrita a um, de forma a priorizar este profissional nas áreas ditas de maior risco e vulnerabilidade (essa questão pode trazer novamente a discussão acerca de uma AB seletiva, representando mais um retrocesso para o SUS). Apesar da diminuição do número obrigatório de ACS por equipe, é permitido aumentar suas atribuições, com recomendação de unificar o trabalho do ACS e do Agente de Combate a Endemias (ACE), sendo esta última uma nova categoria de profissionais acrescentada à equipe da ESF. Na PNAB de 2011, também era previsto para os profissionais da equipe da ESF que parte de seu tempo de trabalho (oito horas) seria destinado para a formação; isso também é suprimido do texto da PNAB de 2017 (Melo, Mendonça, Oliveira & Andrade, 2018).

A revista RADIS, em consulta a especialistas em AB, traz críticas a esse novo modelo, especialmente no que diz respeito ao ACS, pois esta categoria profissional é uma inovação em termos de AB, já que é responsável pela comunicação entre a população do território e a equipe de saúde, pela educação em saúde e por visitas domiciliares (Rocha, 2017).

2.2 Agentes Comunitários de Saúde: os profissionais de duas faces

As faces dos Agentes Comunitários de Saúde estão voltadas para o território: uma diz respeito ao ACS como morador do bairro, conhecedor dos problemas, assim como experimentador dos mesmos; a outra é a do profissional que trabalha no mesmo bairro onde mora, atuando na Educação em Saúde, nos vínculos entre a equipe e a população, entre outras tantas funções prescritas e não prescritas. Este tópico tem como intuito apresentar o que a literatura fala sobre este profissional e suas funções.

O trabalho do ACS é considerado um diferencial na atuação da AB no território e tem o potencial de consolidar o SUS através da atribuição de práticas de Educação em

Saúde. Esse profissional, portanto, é basilar na reorientação assistencial, mas também na comunidade, confluindo saberes em saúde com saberes da população do território no qual trabalha e reside. As dimensões consolidadas do trabalho dos ACS são as dimensões políticas, definidas por ações de solidariedade na transformação comunitária, e dimensões técnicas, tal como vigilância em saúde (Jorge et al, 2017).

O ACS possui papéis-chave na estruturação da AB e na ampliação do alcance dos serviços no Brasil, assim como na manutenção de um vínculo comunitário que permita o desenvolvimento de ações em saúde. Para isso, é considerado um mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, além de promotor das referidas ações de Educação em Saúde. A troca entre saberes populares e saberes médico-científicos faz desse profissional uma via de acesso a informações não somente sobre saúde, mas também sobre direitos à cidadania. O ACS trabalha, portanto, com “promoção de pessoa”, ultrapassando questões de ordem sanitária mais restritas ao campo da saúde (Nogueira, Silva & Ramos, 2000). Os vínculos, a construção de relações com a comunidade são basilares no trabalho do Agente. Eles permitem ao profissional trabalhar com o conceito de saúde e a corresponsabilidade nos cuidados dentro da própria comunidade e da família (Jardim & Lancman, 2009).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), proposto em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), modifica as dimensões do cuidado em saúde ao instituir a unidade familiar como foco da ação. Cria-se também a noção de área de cobertura, reelaborando, assim, a descentralização proposta pelo SUS (Viana & Dal Poz, 2005). No entanto, antes de sua ampliação, o PACS desenvolveria suas primeiras experiências em 1987, a partir de um Plano do Governo Estadual do Ceará que visava, através de ações territoriais, maior acesso aos serviços de saúde por populações marginalizadas. Além disso, buscava criar oportunidade de emprego para mulheres na área da saúde e das relações de cuidado, contribuindo, posteriormente, para a ampliação da AB e efetivação dos princípios do SUS. O contexto em que surge esse programa é de seca em algumas regiões do sertão cearense, de modo que, para enfrentá-la, são promovidas ações básicas de saúde e educação em 118 municípios por ela assolados.

A maioria feminina na profissão ACS deve-se não somente ao seu início, da busca por empregar mulheres na conjuntura de seca do Ceará. O papel de cuidadora, historicamente relegado à mulher na sociedade, acaba sendo base para o início das contratações de ACS. Ficam colocadas então duas questões importantes: se, por um lado, priorizar a contratação de mulheres na busca por estimular sua saída da centralidade do cuidado de casa é o argumento utilizado, tais mulheres continuam, agora em nível

comunitário, ocupando a mesma posição de cuidadoras (Baptistini & Figueiredo, 2017). O trabalho da ACS, intrinsecamente relacionado ao trabalho doméstico feminino do ‘cuidado’, acaba por reproduzir valores patriarcais que, historicamente, consideram a mulher como sendo portadora de uma “vocação” para o cuidado. Isso gera, dentre outras consequências, uma injusta divisão social e sexual do trabalho, o que acarreta uma sobrecarga à mulher, especialmente às mulheres da classe trabalhadora. Em outras palavras, a mulher teria uma dupla jornada de trabalho: o doméstico, desconsiderado, invisibilizado e não remunerado, e aquele realizado fora de suas casas. O modelo de trabalho das ACS deixa evidente, ainda, uma busca pela naturalização de características tidas como femininas para explorar a força de um trabalho de baixo custo e socialmente desvalorizado: o papel de cuidadora do “outro” – a família e, no caso da ACS, a comunidade (Barbosa, Menezes, David & Bornstein, 2012).

Em 1988, com o sucesso das ações iniciais, o Programa deixa de ser emergencial para adquirir características de extensão de cobertura e interiorização de ações em saúde. Em 1991, o MS, através da Fundação Nacional de Saúde, legitima-se o PACS (Guizardi, Stelet, Pinheiro & Ceccim, 2006), que só é efetivamente instituído em nível nacional em 1997, com o início do processo de descentralização de recursos do SUS por meio da NOB-96 (Ministério da Saúde, 2001).

O PACS é basilar para a criação do PSF e, posteriormente, da ESF. A integralidade, um dos princípios norteadores das ações do SUS, conta também com as ações dos ACS para sua efetivação, sendo vista de duas formas nesse contexto: integração da comunidade no acesso aos cuidados e serviços de saúde; e o entendimento mais amplo do conceito de saúde, considerando o sofrimento do sujeito para além dos aspectos biomédicos do adoecimento (Pinheiro, 2001). Logo, baseando-se nessas condições de implantação, é possível afirmar que o PACS é reorganizador de um modelo de saúde (Viana & Dal Poz, 2005). O papel integrador do ACS faz com ele seja facilitador do acesso da população aos serviços, assim como da promoção e facilitação do diálogo entre equipe e comunidade, de ações educativas, de ampliação de acesso, informação, promoção social e proteção (Ministério da Saúde, 2003). As redes de apoio construídas pela entrada desses profissionais na equipe de saúde têm o intuito de potencializar as ações de cuidado e facilitar as intervenções, especialmente as de caráter preventivo, e ações coletivas de saúde (Oliveira, McCallum & Costa, 2010).

Os requisitos formais para se candidatar à vaga de ACS são: residir na comunidade há, pelo menos, dois anos; ter idade mínima de dezoito anos; saber ler e escrever; ter

disponibilidade de tempo integral para realização das atividades de trabalho (Nogueira, Silva & Ramos, 2000). Os ACS são instituintes em uma equipe instituída (Nascimento & Correa, 2008). A vinculação institucional do ACS vem gerando questões polêmicas: a burocratização das ações engessa o trabalho deste profissional, que tem como diferencial a facilidade de criação de vínculo com a comunidade, por ser morador do bairro e conhecer as questões políticas e sociais enfrentadas pelas pessoas que vivem no território de abrangência; em termos de relação institucional, a questão levantada é a possibilidade de sua atuação, de caráter leigo, promover constrangimentos diante dos demais profissionais do serviço, que questionam o estatuto técnico-profissional do trabalho do ACS.

O manual de diretrizes das ações dos ACS (Ministério da Saúde, 2001) coloca como função deles:

Orientar famílias, para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário; realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; promover educação e mobilização comunitária, visando a desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, dentre outras; traduzir para a equipe a dinâmica social, suas necessidades, potencialidades e limites. (Ministério da Saúde, 2001, p.6).

Através do contato muito próximo com os moradores do bairro, os ACS buscam estabelecer trocas de saberes sobre o cuidado e criar um contexto de apoio. Com um vínculo favorável e bem manejado, os ACS conseguem maior abertura para trabalhar a autonomia dos usuários dos serviços de saúde em seu próprio cuidado e no uso dos dispositivos de saúde e sócio-assistenciais (Santos & Nunes, 2014). Orientados pelos objetivos da AB, buscam a promoção e vigilância da saúde e a prevenção de doenças e agravos, destacando-se seu trabalho com o coletivo e na promoção e educação em saúde. Os instrumentos diferenciais em seu ofício são, principalmente, as visitas domiciliares e sua proximidade com a comunidade; o fato de residirem no bairro onde atuam favorece a formação de vínculo, o que pode ser potencializar do trabalho (David & Acioli, 2010; Giovanella, 2006). É importante destacar que, embora sejam usadas pelos ACS para acompanhamento das famílias e indivíduos (Coqueiro & Figueiredo, 2017), as visitas domiciliares são atribuição de toda a equipe da ESF. Os Agentes, pela proximidade que têm com os moradores do bairro de abrangência, acabam por desenvolver um saber mais afetivo que técnico, podendo apostar, assim, nas tecnologias leves⁵ para o cuidado: a

⁵ Tecnologias leves são definidas por seu caráter relacional, implicando em uma relação de cuidado por formas de agir entre sujeitos e trabalhadores do serviço, por exemplo; as tecnologias duras são inscritas nos

responsabilização, a escuta e as possibilidades do território (Saffer & Barone, 2017).

No entanto, a maior especificidade do ACS pode ser também sua maior fonte de sofrimento pessoal e profissional. Além das complexidades das práticas do território e das situações de saúde e adoecimento da comunidade não serem completamente abrangidas e atendidas pela AB e pelo SUS, ele também precisa lidar com seu duplo papel no bairro: o de Agente e o de sujeito (Jardim & Lancman, 2009). Morar no bairro em que trabalha é um dos critérios para ser ACS. O domicílio é lugar privado; deste modo, a entrada do ACS para realização de qualquer atividade, seja uma visita domiciliar de rotina ou o cadastro de uma família, não é simples como transitar em alguns lugares públicos. Nas casas, onde as intimidades estão expostas, o profissional precisa ganhar a confiança. Muito mais que fazer com que entendam seu trabalho, é preciso criar um vínculo que será porta de acesso (Lunardelo, 2004).

As visitas domiciliares também envolvem contato emocional, o que pode gerar desgaste e adoecimento mental ao ACS. O enfrentamento de resistências da população, as dificuldades de acesso e relacionamento, a impotência frente a alguns casos, as cobranças e demandas do território fazem com que ele precise delimitar o tempo todo a linha entre o Agente e o sujeito (Jardim & Lancman, 2009). Questionamentos constantes sobre “qual é sua função” fazem com que o ACS se sinta inseguro em sua própria casa, cobrado pelos vizinhos e com dificuldades para delimitar o tempo de trabalho e o tempo de folga. Podem ser reconhecidos e solicitados a todo momento.

Os ACS são profissionais que atuam diretamente no território, em contato e interação com as pessoas da comunidade, o que favorece o cuidado às pessoas que estão em vulnerabilidade social e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde; facilita, ainda, a comunicação entre o conhecimento técnico e o conhecimento popular e o acesso a populações que os serviços de saúde têm certa dificuldade de alcançar. Exemplos destas populações são: acamados, pessoas em sofrimento mental, pessoas em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas (Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002).

2.3 Drogas e proibicionismo: as barreiras do acesso à saúde

Desnecessário dizer que os problemas suscitados pelo álcool e pelo tabaco não podem ser resolvidos pela proibição. O anseio universal e

instrumentos de saúde que já estão estruturados para elaboração de determinado produto e as tecnologias leve-duras estão relacionadas ao conhecimento técnico, protocolos etc. (Merhy & Franco, 2003).

permanente da autotranscedência não será abolido caso sejam fechadas à força as populares “portas na muralha”. A única política razoável consiste em abrir outras portas, portas melhores, na esperança de induzir os homens e mulheres a trocarem seus velhos maus hábitos por hábitos novos e menos prejudiciais. Algumas dessas portas novas e melhores serão de natureza social e tecnológica; outras serão religiosas ou psicológicas; outras ainda, dietéticas, educacionais, atléticas.
(Aldous Huxley – Portas da Percepção. p. 53)

As drogas estão presentes na história da humanidade desde a Antiguidade, fazendo parte das civilizações em diversos momentos. São parte da cultura, seja no âmbito estético, religioso, político ou científico (Carneiro, 2002). Seus usos e contextos vão sendo descobertos e ampliados ao longo dos séculos: usos rituais, por prazer, por busca de transcendência, pela alteração da consciência e alívio de sofrimentos. Os padrões de uso também se modificam ao longo do tempo e drogas hoje consideradas lícitas já foram, outrora, ilícitas e sua produção criminalizada. A complexidade da temática das drogas perpassa, também, os controversos conceitos de dependência, adição, uso abusivo e, com base na construção destes conceitos, a demonização do ser humano que faz uso dessas substâncias.

A diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas está relacionada também ao imaginário social: enquanto as drogas lícitas são comercializadas, seu uso é incentivado e muitas vezes banalizado, as drogas ilícitas são demonizadas e se tornam um tabu. Em alguns casos, as drogas lícitas, como álcool e tabaco, não recebem nem mesmo o nome de drogas.

A expansão do uso de psicoativos no século XIX não foi acompanhada por medidas institucionais adequadas para lidar com o fenômeno e por estratégias sociais e de saúde para acolhimento das pessoas que faziam uso problemático de drogas (Alves, 2009). A diminuição da oferta e a proibição foram as primeiras ações pensadas para a questão.

A chamada “Lei Seca” norte-americana, de 1920 até 1933, marca uma cultura proibicionista e pode ser pensada como um “balão de ensaio” da “guerra às drogas” que se consolidará em 1960. A demonização dessas substâncias estigmatiza também seu usuário e, através de um discurso médico-jurídico, o uso passa a ser controlado (Carneiro, 2002). O modelo proibicionista vigora hegemonicamente até os dias de hoje. A marginalização e desqualificação social do indivíduo usuário são marcantes e acabam por afastar estes sujeitos de uma forma de cuidado que leve em consideração seus direitos e autonomia (CFP, 2008). Também a “guerra às drogas”, movimento conservador que não considera as especificidades do sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, como seu território, meio

social, formas de se relacionar com a droga e com o contexto em que vive, ganha expressões universais e simplifica erroneamente a questão por meio de relações reducionistas de causa e efeito imediatos.

Essa guerra tem se mostrado infrutífera e mortal para populações em vulnerabilidade social. No Brasil, a política de drogas não tem considerado a complexidade do campo e, em consequência disso, as soluções propostas são de viés penal e patologizante ou são formas de controle de grupos populacionais específicos. A desigualdade social e as questões políticas e contextuais dos usuários de drogas não são colocadas na equação, gerando um enorme descompasso entre a situação, a reação e as soluções propostas (Paiva & Costa, 2017).

Sem estratégias de cuidado, após o aumento do uso de psicoativos, no século XIX, as primeiras ações foram de cunho religioso ou práticas médicas e psiquiátricas, tendo como principal e única meta a abstinência (Ministério da Saúde, 2004). São as formas de tratamento mais conhecidas e têm como representantes as Comunidades Terapêuticas (CTs). As CTs originárias ou psiquiátricas diferenciam-se das CTs para dependentes químicos, como são mais conhecidas atualmente. Em sua origem, as CTs psiquiátricas são uma alternativa da Reforma Psiquiátrica para tratamento de pessoas em sofrimento mental e foram iniciadas por Maxwell Jones, em meados do século XX. Com foco nas relações terapêuticas, na comunicação e no retorno rápido à sociedade, as CTs psiquiátricas se diferenciavam das CTs atuais e priorizavam o modo de tratamento também proposto pela RAPS. As CTs atuais têm como base o isolamento no período de tratamento, a moralização e a abstinência como principal e única possibilidade (Lopes & Dalla Vecchia, 2015).

A partir dos anos 1960, essas comunidades passam a ser mais procuradas para tratamento de usuários de álcool e outras drogas e têm um novo sentido e novos princípios: disciplina, espiritualidade, convivência e laborterapia. Esse modelo vem sofrendo severas críticas que têm como principal justificativa a violação de direitos dos usuários (Perrone, 2014). As CTs atuais também priorizam o modelo asilar, em que o indivíduo passa meses (o tempo exato varia de acordo com a CT) residindo no local até receber alta do tratamento. A família, neste modelo, é convidada a participar de grupos de familiares que, quando não disponibilizados pelas próprias CTs, são ofertados por grupos como Nar-Anon, Al-Anon ou Amor Exigente (Queiroz, 2001).

O modelo assistencial das CTs atuais não condiz com os princípios da Reforma Psiquiátrica, que priorizam a autonomia do sujeito e tratamento em liberdade (desinstitucionalização), recorrendo-se à internação somente em casos específicos e com

tempo máximo de 90 dias (Perrone, 2014). Ao contrário das CTs atuais, a Reforma Psiquiátrica vai buscar um tratamento que conte com os dispositivos da rede de saúde, considerando o território em que pessoas que fazem consumo problemático de álcool e outras drogas residem, por onde circulam e as potencialidades desse território. Portanto, com a Reforma Psiquiátrica, o fechamento de hospitais psiquiátricos e a consequente implantação de serviços substitutivos, abre-se, nas unidades básicas de saúde (UBS), uma nova possibilidade de tratamento para pessoas em sofrimentos mental e pessoas que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

Em abril de 2001, a Lei 10.216 é homologada pelo Presidente da República. Ela advém de uma nova organização nas frentes de luta antimanicomial no Brasil e institui um novo modelo de tratamento para pessoas em sofrimento mental. A reorientação do modelo assistencial para cuidados de pessoas em sofrimento mental prevê a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), utilizando-se dos dispositivos substitutivos dos hospitais psiquiátricos (Pitta, 2011). O intuito da RAPS é ampliar e articular os serviços de assistência a pessoas portadoras de sofrimento mental e/ou usuários de álcool e outras drogas.

Apesar da criação da RAPS para acolher os casos de saúde mental e de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, as CTs atuais ainda são os principais dispositivos procurados (Perrone, 2014). No estado de Minas Gerais, o número de CTs é maior que o número de dispositivos como CAPSad, que são fundamentais para RAPS. Isso deixa claro o fortalecimento das CTs neste estado (Lopes & Dalla Vecchia, 2015).

Em 2001 é criada pelo MS a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Repensar os cuidados, dispositivos e acesso de grande parte da população que faz uso problemático de álcool e outras drogas passa a ser um desafio das políticas públicas, tendo como meta a implantação de ações mais amplas (Ministério da Saúde, 2004). Os serviços substitutivo de acolhimento destas pessoas são o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), consultórios de rua (CR), estratégias como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), residências terapêuticas, entre outros, os quais inauguram uma nova forma de pensar o tratamento em busca da garantia da integralidade do cuidado (Perrone, 2014).

O CAPSad é criado com o objetivo de oferecer atendimento diário e em diversas modalidades (intensivo/semi-intensivo/não intensivo) às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, sendo um serviço de baixa exigência, que funciona de portas abertas e, com a construção de projeto terapêutico singular (PTS), prioriza o

sujeito autônomo e ativo no tratamento. Em 2003, com a PAIUAD, a redução de danos (RD) entra como nova estratégia de cuidado. Ela prioriza o respeito à liberdade e não tem a abstinência como única meta de tratamento. Também são previstas internação em hospital para desintoxicação durante a crise aguda e crises de abstinência, bem como tratamento farmacológico e outros. A RD está na política dos CAPSad como norteadora dos cuidados com usuários de álcool e outras drogas (Valerio, 2010).

O processo de tratamento desses sujeitos vai sendo repensado dentro dos serviços de saúde. A elaboração de estratégias e a consolidação desse novo modelo de atenção visam à garantia do atendimento de pessoas que façam uso problemático de drogas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a intenção de viabilizar acesso à promoção, prevenção, tratamento e educação em saúde (Ministério da Saúde, 2004). A inclusão da saúde mental na AB ganha força com as estratégias já citadas – NASF, CR, CAPSad entre outras (Borges, Fonseca & Machado, 2014). O fortalecimento da RAS e da RAPS tem extrema importância para a consolidação do caráter de rede do SUS, pois com isso é possível promover maior participação da população e maior acesso aos serviços oferecidos, favorecendo, assim, o tratamento em conjunto (equipe - usuário - comunidade).

A AB, definida como porta de entrada da rede de atenção à saúde, considerando seus objetivos e possibilidades, passa a exercer função também de monitoramento das ações de saúde mental junto da comunidade, tendo em vista uma perspectiva ampliada de saúde pública e práticas inspiradas nos princípios da PAIUAD (Ministério da Saúde, 2004). A AB como porta de entrada do cuidado da população em sofrimento mental e com uso problemático de álcool e outras drogas inaugura uma nova forma de tratamento para essas pessoas historicamente excluídas.

Propostas de novas formas de cuidado dos usuários de substâncias psicoativas passam a considerar os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, que visam possibilitar o acesso aos cuidados da AB para essa população que historicamente não recebe a devida atenção do poder público (Alarcon, 2014). Algumas formas de atender aos princípios propostos pelo SUS, especialmente com relação à integralidade do cuidado, são a busca pela autonomia do sujeito em tratamento e a potencialização da rede de cuidados em saúde, assim como os vínculos entre a equipe de saúde e a população tratada, que abrangem as tecnologias de cuidado.

Os ACS são atores fundamentais no cuidado de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Eles são pilares do vínculo como tecnologia relacional fundamental, assim como do acolhimento e da responsabilização. Também é importante destacar que,

como moradores do bairro em que atuam, os ACS possuem uma percepção diferenciada dos problemas vivenciados pelos moradores do território e por eles próprios (Jorge et al, 2017). Os profissionais são escutados, suas orientações são seguidas pela população, seja devido ao vínculo criado, seja pela horizontalidade das ações, sempre buscando aliar conhecimento técnico ao conhecimento da comunidade; proveem, assim, um importante trabalho de educação em saúde e de prevenção de riscos, danos e agravos. O vínculo, destacado como importante tecnologia de cuidado do ACS, possibilita o acesso deste profissional a populações que não chegam até os serviços de saúde por razões diversas.

No caso dos usuários de álcool e outras drogas, como também dos indivíduos em sofrimento mental, existe um estigma reforçado pela mídia e pelo senso comum que acaba por afastá-los do serviço, pois tal atribuição de rótulos, muitas vezes, relaciona o uso de drogas a um “desvio de caráter”. Os rótulos atribuídos às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas se estendem aos familiares e às pessoas próximas, afetando também as relações sociais desses indivíduos. Outro aspecto importante a ser ressaltado é a internalização do estigma, processo que faz com que a pessoa usuária de drogas se isole, restringindo a oportunidade de socialização e sua própria rede de apoio social (Silveira, Soares, Noto & Ronzani, 2013). O apoio social ou suporte social é colocado como essencial no tratamento baseado no território. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas, de 2003, traz a construção e o mapeamento das redes de apoio social do indivíduo como forma de continuidade e efetividade do tratamento em liberdade. Segundo pesquisas recentes (Alvarez, Gomes, Oliveira & Xavier 2012; Brusamarello et al., 2011; Sanches, Santos, Gomes & Vecchia, 2018), ele é essencial para a busca e continuidade do tratamento.

Em 2019, no Governo vigente, uma nota técnica altera a Política de Drogas e traz retrocessos que, supostamente, já haviam sido superados. A abstinência como foco único do tratamento para usuários de álcool e outras drogas, por exemplo, modelo questionado e superado em legislações anteriores. As estratégias de redução de danos, adotadas prioritariamente em diversos países como diretriz terapêutica para o cuidado de usuários, deixa de ser parte da nova política de drogas brasileira. O novo projeto fortalece ainda as CTs, já denunciadas por torturas e maus-tratos (Conselho Federal de Psicologia, 2018), que passam a ser amplamente financiadas e incluídas no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas. Por outro lado, serviços como os CAPSad sofrem cortes. Ainda é importante destacar outro ponto da nova política: a internação involuntária só poderá ser interrompida pelo médico (MS, 2019).

Ressaltada a importância do ACS no cuidado das populações, especialmente as que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, faz-se necessária uma compreensão das práticas de cuidados de tais profissionais com a população que faz uso de álcool e outras drogas, buscando identificar as dificuldades, a abordagem inicial desses profissionais com essa população em específico e as soluções encontradas para lidar com as demandas identificadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as práticas de cuidado de Agentes Comunitárias de Saúde com usuários de álcool e outras drogas moradores da área de abrangência da UBS de um bairro periférico de uma cidade do interior de Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever como é realizada a abordagem inicial com os usuários de álcool e outras drogas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).
- Identificar e descrever as práticas utilizadas pelas ACS no cuidado com os usuários de álcool e outras drogas;
- Identificar obstáculos e dificuldades das ACS para a realização de um trabalho com usuários de álcool e outras drogas.

4 METODOLOGIA

4.1 Local da pesquisa

A presente pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em um bairro periférico de uma cidade do interior de Minas Gerais. A população estimada para o município, em 2017, é de aproximadamente 90 mil habitantes (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2017), ou seja, uma cidade de médio porte. Existe, ainda, a estimativa de uma população flutuante de aproximadamente 12 mil habitantes, devido à presença de duas universidades (uma pública e outra particular) e um Instituto Federal. A escolha da UBS foi feita devido a contatos anteriores, conforme descrito na apresentação deste trabalho, o que favoreceu a formação de vínculos e a realização das observações e grupos para coleta de dados. A unidade escolhida possui duas equipes da Estratégia de Saúde da Família que atendem dois bairros próximos; cada equipe possui sete ACS, totalizando 14 ACS nesta Unidade, todas do sexo feminino. As equipes são formadas também por: duas médicas, duas dentistas, uma assistente de saúde bucal, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais.

Em um período de reforma do espaço físico da UBS, a unidade chegou a funcionar na garagem da residência de uma ACS, que cedeu o espaço para que o serviço não fosse interrompido. O comprometimento dessa ACS, que na época trabalhava havia aproximadamente seis anos na Unidade, permitiu, mesmo em espaço precário, que a UBS continuasse a oferecer alguns serviços prioritários, como atendimento médico, por exemplo. O espaço foi cedido sem cobrança de aluguel ou qualquer outra forma de contrato. Esta ACS, em específico, relata situações em que teve que ir até a rádio municipal para explicar à população como e por que teria sido feito o empréstimo da garagem de sua casa. *Foi difícil fazer as pessoas compreenderem que eu e meu marido fizemos de coração. Todo mundo achava que a gente tava alugando, ganhando um dinheirão por isso. A gente foi na rádio esclarecer!*⁶ (ACS Joana⁷, fragmento do diário de campo).

⁶ O envolvimento das ACS com questões do bairro e a dificuldade de separar funções profissionais de aspectos pessoais serão abordados no Capítulo II: As dificuldades de ser ACS e “Será que isso cabe a mim?”. É importante destacar que o forte vínculo do ACS com o bairro e seus moradores tanto é mobilizador do cuidado em saúde como gerador de sofrimento para o profissional.

⁷ Os nomes utilizados são fictícios para proteger a identidade dos participantes da pesquisa e também da instituição.

Após a reforma, o espaço físico passou a contar com uma recepção ampla onde as Agentes se revezavam para receber e fazer uma espécie de triagem com quem chegava para atendimento; havia também salas de atendimento (duas salas de atendimento médico, uma sala de vacina e uma sala de curativos); na parte fechada para o público está uma sala de reunião de equipe, com algumas cadeiras e dois computadores, uma pequena cozinha e a sala das coordenadoras. A unidade conta, ainda, com uma sala para grupos que não está localizada no mesmo local. Uma igreja próxima à UBS cedeu uma pequena sala de aula para que as coordenadoras usassem como e quando quisessem. Geralmente, os encontros dos grupos de tabagismo, de controle de peso, entre outros ocorrem neste espaço, onde estão disponíveis cadeiras, mesas e um quadro negro. Duas enfermeiras são coordenadoras da equipe, uma para cada bairro, que correspondem às áreas de abrangência das equipes da ESF. A descrição da estrutura do local foi importante para compreender onde as pessoas se localizavam, os equipamentos e salas presentes, como funcionava o fluxo desses espaços.

4.2 Participantes

Para a seleção das Agentes Comunitárias de Saúde que participaram da pesquisa, foram adotados os seguintes critérios: ter interesse e disponibilidade; contar com, pelo menos, um ano de trabalho como ACS no bairro; e ter participado estar participando de alguma intervenção com usuários de álcool e outras drogas e suas famílias em suas atividades cotidianas. O último critério foi bastante delicado no momento da apresentação às ACS. Quando questionadas sobre os cuidados com usuários de álcool e outras drogas, todas respondiam, categoricamente, que não havia muito que fazer, a não ser internar caso os usuários procurassem a Unidade para exames destinados a isso. Foi possível perceber, logo de início, que não seria fácil conversar sobre esses casos.

As Agentes desta Unidade tinham idades variadas, entre vinte e sessenta anos; uma delas trabalhava na unidade havia dez anos na época em que os dados foram coletados. Das quatorze ACS da unidade, inicialmente, oito deram seus nomes para participação; mas ao longo da observação participante, esse quadro foi se modificando e outros vínculos foram sendo criados.

As Agentes que me permitiram acompanhar seus trabalhos de forma mais próxima durante as observações participantes são Joana, 54 anos, funcionária da unidade há aproximadamente dez anos e a Agente que me possibilitou o vínculo inicial com a UBS, devido ao trabalho anterior que realizei, no ano de 2015; e Sônia, 50 anos, trabalha na

unidade há aproximadamente cinco anos e desde o primeiro momento, na apresentação, interessou-se pelo tema da pesquisa e quis participar; Helena, 24 anos, a mais nova da equipe e também a mais empolgada com o trabalho de ACS, trabalha há aproximadamente um ano na Unidade; Maria, 47 anos, trabalha há aproximadamente três anos na Unidade e, inicialmente, mostrou-se bastante resistente à pesquisa, até que um caso de saúde mental ocorrido em sua microárea fez com que ela se aproximasse de mim e se interessasse pelo estudo; Aline, 34 anos, havia começado a trabalhar na Unidade há seis meses. Apesar de não se encaixar nos critérios de inclusão no estudo, a Agente acompanhava as profissionais mais antigas nas visitas para compreender as funções e aprender. Muitas vezes fomos juntas para a observação participante; Debora, 43 anos, trabalhou como ACS em outra cidade e trabalha na unidade há aproximadamente quatro anos; Fabiana, 40 anos, trabalha na unidade há aproximadamente dez anos.

Algumas dessas profissionais não participaram dos grupos focais ou não me permitiram acompanhar suas idas ao território e visitas. Apesar disso, estavam nas reuniões do café, conversavam comigo sobre os casos. Aparecem, portanto, de forma coadjuvante na narrativa da pesquisa.

4.3 Procedimento de Coleta de Dados

O Estudo de Caso é uma metodologia que busca compreender fenômenos sociais complexos, sendo de suma importância a delimitação criteriosa do caso (Ventura, 2007). Essa metodologia pode ter diversos usos, dentre eles, a pesquisa. Pode também ser utilizada com diversos focos: um indivíduo (casos clínicos); pequeno grupo; uma instituição; um programa ou evento e estudo de casos múltiplos (vários indivíduos ou várias instituições) (Alves-Mazzotti, 2006). São definidos alguns tipos de Estudo de caso, ainda, conforme o problema de pesquisa e os objetivos do pesquisador (Stake, 2000): (a) intrínseco, em que o interesse em particular no caso faz com que o pesquisador o escolha; (b) instrumental – também chamado de exploratório –, que busca a compreensão de algo mais amplo e (c) coletivo, que seria um estudo do tipo instrumental estendido para vários casos (Yin, 1984). Para que se construa um Estudo de Caso exemplar, são listados alguns pontos importantes: a completude do caso, distinguindo-se o fenômeno e o contexto; o pesquisador deve considerar perspectivas e hipóteses alternativas além das que considerou para o Estudo; as evidências devem sustentar as conclusões e a escrita do Estudo de Caso deve atrair e instigar o leitor, assim como ser clara (Alves-Mazzotti, 2006).

A presente pesquisa utilizou-se do Estudo de Caso focado em um pequeno grupo de trabalhadoras de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A categoria profissional acompanhada na pesquisa foi a de Agente Comunitária de Saúde. O uso de diferentes e variadas fontes de informação para a construção de um Estudo de Caso pode favorecer a possibilidade de generalização naturalística e o encontro de diferentes pontos de vista sobre o caso que se está estudando (Ventura, 2007). Com base nesta afirmação, destacam-se algumas técnicas e instrumentos de coleta de dados que foram utilizados nesta pesquisa: entrevistas, observação participante (participação em atividades ao longo da pesquisa como pesquisador e ator social), análise documental, fotografias, estudo de casos atendidos pelas ACS juntamente com a equipe, entre outros. Os principais métodos utilizados foram a observação participante e os grupos focais. Em torno destes dois métodos, alguns outros foram se delineando secundariamente para que a narrativa se completasse nos resultados da pesquisa. Falarei mais de cada um a seguir.

O território, as ruas, praças e casas foram os principais locais de intervenção das ACS. Elas circulavam pelo bairro para realizar os atendimentos que nem sempre aconteciam com visitas em casas: muitas vezes, aconteciam nas ruas, onde encontravam as moradoras e moradores e passavam informações sobre remédios, consultas e cuidados com a saúde. Esses momentos de visita foram anotados e gravados em diários de campos e em áudio para posterior análise.

Conhecer os horários das reuniões, as rotinas e os rituais facilitaram a observação participante e até mesmo o meu vínculo com as Agentes. Um exemplo disso é a hora do café. As ACS tomavam café juntas e trocavam casos nesse horário – às 7 horas e 30 minutos – até o momento em que começavam a se movimentar para realizar visitas ou alimentar o sistema de avaliação do SUS pelos computadores. O café era feito na pequena cozinha, mas elas se organizavam na sala onde estavam os computadores e armários. Na sala das coordenadoras, as ACS só entravam em momentos de reunião, de discussão de casos específicos ou rapidamente para tirarem dúvidas. Comecei, então, a ficar no ambiente onde ficavam as Agentes; minha pesquisa era com essas mulheres e quanto mais próxima eu ficasse delas, mais conseguiria experienciar suas práticas, suas dificuldades e sucessos. O conhecimento das rotinas e dos espaços de circulação das Agentes me permitiu *estar no lugar certo, na hora certa*.

O contato prévio que deu origem ao problema de pesquisa pôde me auxiliar na entrada no campo para coleta de dados. A escolha do caso ocorreu por ser um caso típico (Ventura, 2007) no que diz respeito ao trabalho de ACS em uma Unidade Básica de Saúde,

mas com destaque para algumas abordagens atípicas (Ventura, 2007) observadas pela pesquisadora em um momento de estágio na Unidade. Foram tomados os devidos cuidados éticos e treinamento dos participantes da pesquisa? (Angrosino, 2009), com apresentação da pesquisa e explicitação dos métodos utilizados para a coleta de dados.

Anotações em diários de campo foram feitas para registro das informações observadas. As observações participantes e entrevistas informais foram realizadas durante o acompanhamento dos ACS, individual e coletivamente (reuniões de equipe, capacitações). Os acompanhamentos em visitas domiciliares buscaram identificar e compreender as dificuldades e potencialidades das práticas de cuidado das Agentes no contexto familiar e em contato com as condições de moradia. Permitiram-me, portanto, uma experiência “in loco” do trabalho das ACS. Considerando-se a limitação de tempo para o desenvolvimento da pesquisa, a observação participante foi realizada por quatro meses, período durante o qual acompanhei as ACS que estavam dispostas e interessadas em participar e que atendiam aos critérios de inclusão.

A observação participante me permitiu perceber inúmeras questões ao longo da pesquisa. Mas a sensação de que era preciso ouvir um pouco mais das ACS e seu trabalho devido ao meu comprometimento com suas narrativas para a composição dessa narrativa me levaram a optar por outro instrumento de pesquisa. Os grupos focais foram a forma que encontrei para a finalização da coleta de dados.

Os grupos focais são uma técnica de coleta de dados por meio de interações grupais; ocupam uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade (Morgan, 1997). A temática do grupo focal está ligada ao tema da pesquisa e o condutor do grupo tem como função direcionar e incentivar o diálogo entre participantes através de perguntas, palavras, frases ou até mesmo pequenos textos disparadores. Quanto à estrutura do grupo focal, aconselha-se que ele seja realizado com até oito pessoas, para que todos tenham possibilidade de fala dentro do tempo proposto. Além do coordenador do grupo, é importante que dois ou mais observadores, dependendo da necessidade do grupo, façam anotações e ajudem na observação do desenvolvimento do grupo (Gondim, 2002).

Os dois grupos focais foram realizados nas duas últimas semanas de observação participantes. As nove ACS que participaram dos grupos focais foram as mesmas que foram acompanhadas ao longo das observações participantes. As questões disparadoras e o texto disparador (Anexo I) foram baseados em dados coletados ao longo das observações participantes. O primeiro grupo teve como disparador uma situação seguida de questões

referentes ao uso de álcool e outras drogas no território, ao modo de manejar o cuidado e às possibilidades de resolução da situação apresentada. O segundo grupo focal teve como questões disparadoras as vivências das ACS com usuários AD no território: (1) como lidar com a questão das drogas; (2) casos mais frequentes e soluções possíveis; (3) a visão das ACS sobre o uso de drogas, entre outras.

4.4 Procedimento para análise de dados da pesquisa

Para análise dos dados de um Estudo de Caso, deve-se respeitar algumas etapas. A primeira delas consiste na seleção, dentre o material coletado, dos dados relevantes para análise e interpretação. Isso deve ser feito com base nos objetivos do estudo. Após essa etapa, deve ser realizada uma análise sistemática dos dados, tendo como base teorias do campo de conhecimento com o qual o pesquisador se comprometeu (Ventura, 2007).

No caso deste estudo, os fundamentos teóricos que embasam a área da Saúde Coletiva subsidiarão a análise de dados. No que se refere, por sua vez, aos procedimentos técnicos, foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática. Essa metodologia de análise é flexível e conta com a possibilidade de pensar categorias de forma não apriorística dos dados coletados (Campos, 2004). As análises da presente pesquisa serão feitas a partir dos dados dos diários de campo da pesquisadora e das entrevistas informais gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

As fases para a análise são: pré-exploração do material, na qual são realizadas leituras flutuantes para obtenção das primeiras impressões e orientações; seleção de temas, unidades de significação, uma afirmação acerca de um assunto pelo significado e tendo como base o objetivo da pesquisa. Esses temas podem estar explícitos em frases, parágrafos, palavras, entre outros; categorização e subcategorização, que se caracterizam por grandes enunciados que abarcam temas (Campos, 2004).

Inicialmente, os diários de campo, alguns gravados em áudio, outros, em anotações, foram transcritos, assim como os grupos focais. As leituras exaustivas dos dois materiais foram feitas no mesmo momento, buscando categorias comuns. As estagiárias de pesquisa que estiveram presentes na realização dos grupos e fizeram, também, sua transcrição, participaram do momento de análise. Três momentos de análise foram realizados juntamente com as estagiárias de pesquisa: um primeiro momento para avaliação das questões disparadoras; um segundo momento anterior a transcrição para discussão de

percepções sobre os grupos focais e um terceiro momento, já com o material transcrito, para se pensar as categorias de análise.

Com a análise conjunta dos materiais, foi possível definir quatro categorias que serviram de base para a construção dos capítulos da dissertação e da descrição da metodologia, quais sejam: (1) a entrada na UBS e a construção de vínculos no território; (2) a identidade das Agentes Comunitárias de Saúde e o modo como percebem as funções delegadas a elas pela população e pela equipe; (3) o tabu das drogas e as barreiras do cuidado dos usuários; (4) as potencialidades dos vínculos criados entre ACS e os moradores do bairro na redução de vulnerabilidades e (5) a busca por obtenção formal de assinatura do TCLE como empecilho para observação participante.

4.5 Considerações Éticas

O processo de imersão no campo para a realização das observações e início da observação participante foi realizado após aprovação do Comitê de Ética. Os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo II) que deveria ser assinado pelos que desejassem participar da pesquisa. O documento assegura direitos como o sigilo, confidencialidade dos nomes dos participantes da pesquisa e a possibilidade de retirada de sua participação em qualquer momento que achar conveniente.

Assim como proposto, apresentei a pesquisa para as ACS e, já nessa primeira reunião, apresentei os TCLE e expliquei a importância do termo para o desenvolvimento da pesquisa, a apresentação dos resultados e a segurança e sigilo garantidos para às ACS e à Unidade pesquisadas. Deixei, portanto, esclarecido para as ACS e a equipe da ESF o objetivo do trabalho de campo, os benefícios e riscos e que a participação é voluntária e poderia ser retirada a qualquer momento.

Esse procedimento também foi realizado com os usuários atendidos pelo serviço de saúde e pelas ACS. Eu chegava às casas, previamente selecionadas junto com as Agentes, e era apresentada à família. Perguntava se poderia acompanhar a ACS e, em caso de desconfortos ou constrangimentos, eu me retirava e buscava, juntamente com a profissional, tomar as medidas necessárias para amenizá-los. As profissionais, como informado no TCLE e oralmente na primeira reunião, tinham o direito de interromper sua participação a qualquer momento e/ou se recusar a responder qualquer pergunta.

Nessa primeira reunião, de quatorze ACS presentes, oito me deram seus nomes e quiseram participar. As outras disseram que gostariam de pensar um pouco mais. Iniciada a

pesquisa, comecei a perceber que minha lista de nomes não fazia sentido no momento da observação participante. A Unidade era uma estrutura, mas seu funcionamento era vivo, não era possível fechar os olhos para a movimentação das profissionais e me restringir a somente oito pessoas: era preciso criatividade, paciência e vínculos dentro da Unidade para que a pesquisa acontecesse. Tais vínculos começaram a ser efetivamente construídos a partir do momento em que os TCLE foram deixados para o final da observação participante realizada no momento de imersão. A matriz de avaliação da ética em pesquisa com seres humanos ainda é, mesmo nas Ciências Humanas, predominantemente biomédica (Diniz, 2008).

Ao longo do caminho da pesquisa, fui percebendo a representação que as ACS tinham sobre pesquisa e termos como o TCLE. Elas entendiam o documento como um contrato de trabalho, uma atividade “a mais” em seu dia a dia, uma obrigação de me levar para as visitas e me acolher em todos os seus espaços de atuação. Os estagiários da instituição precisavam ser acompanhados de forma mais próxima e, em um primeiro momento, minha proposta de pesquisa foi entendida como um estágio. Portanto, eu era a estagiária que precisaria ser acompanhada mais de perto por ACS que já tinham suas agendas cheias de responsabilidade.

Para além disso e de forma mais pontual, outra questão que fazia com que as ACS repensassem seu envolvimento através do termo era o vínculo. Ele é, como pude perceber mais tarde, por meio das observações participantes, a base do trabalho das ACS. A construção desse vínculo com as moradoras e moradores do bairro não é espontânea: leva tempo para conquistara confiança que permite que o cuidado e a Educação em Saúde aconteçam. Levar uma nova pessoa até essas casas – uma pesquisadora que as Agentes conheceram somente por meio de um termo de consentimento e da apresentação de uma pesquisa, sem que houvesse convivência e estabelecimento de confiança - seria colocar em risco o vínculo, o que afetaria o trabalho no bairro. Portanto, era preciso, antes, construir uma relação com essas ACS; mais do que isso, era preciso ganhar a confiança destas profissionais para que pudéssemos acessar a população juntas e para que elas falassem de suas dificuldades e soluções no campo.

Tendo compreendido esse aspecto, a necessidade de enquadre contínuo se tornou mais evidente para mim. As dificuldades trazidas pelo TCLE em minha pesquisa me levaram a pensar em todos os espaços que me foram vetados pela ideia de “obrigação” que o termo impunha. Se pensarmos, por exemplo, que essas mulheres, ACS, dizem, desde o começo da observação, de uma sobrecarga de atividades, inclusive de uma falta de

delimitação de suas funções, é razoável elas pensarem que o TCLE firmaria uma atividade a mais para elas. Assim ficou compreendido até que eu percebesse que o enquadre referido continuamente era uma forma de contrato e responsabilização. A observação participante, além de permitir a vivência da realidade e de fenômenos que não poderiam ser perguntados (Minayo, 2008), foi indispensável para a criação da confiança e do vínculo que permitiram a realização desta pesquisa.

Com as coordenadoras da instituição, a assinatura do termo de consentimento para realizar o trabalho naquela Unidade foi bastante tranquila. Acredito que isso tenha ocorrido pelo contato anterior do estágio em 2015 e, principalmente, pela responsabilidade dessas profissionais sobre o trâmite institucional das propostas de estágios e atividades a serem realizadas no local. O contato acabou sendo mais próximo com as coordenadoras, Monica e Paula, e com a ACS Joana, três mulheres que foram de muitas formas as “*gatekeepers*” (Diniz, 2008) desta pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

I - OS ENCONTROS: O CAMINHO ATÉ A PESQUISA

*En.con.trar: 1. Achar, descobrir.
En.con.tro: Choque, embate, colisão.
(Dicionário Michaelis, p. 290)*

Há muitas maneiras de encontrar. Da colisão à descoberta, a transformação do encontrar faz dos encontros necessários para a vida. Devo dizer que para a pesquisa também.

O caminho até a Unidade Básica de Saúde (UBS), meia hora de caminhada por pontos movimentados da cidade, estava vazio. Talvez pelo horário, talvez por não ser possível reparar em nada que não remetesse ao encontro que se aproximava. Esta pesquisa havia sido pensada por mim academicamente, mas envolvia encontros entre pessoas, situações de trabalho, drogas; um encontro com o “como e por que fazer”.

No ano de 2015, minha entrada no campo da saúde para trabalhar com Redução de Danos (RD) teve como preceptora uma profissional da mesma Unidade para a qual eu caminhava novamente em 2018. A recepção de 2015 foi acolhedora e desacreditada. Acolhedora, pois jamais fecharam portas para mim, meu parceiro de estágio e nossas ideias e propostas; desacreditada, por outro lado, pois RD não era bem a forma utilizada para o cuidado de usuários de álcool e drogas nesse território. A abstinência era a solução primordial, buscada pela própria população e reafirmada pela equipe de saúde. Tudo que era levado como opção para substituir essa forma de cuidado era entendido como impossível de ser realizado. Entramos, então, com a árdua tarefa de falar sobre o que ninguém acredita e sobre o que ninguém gostaria de falar. *Olha, fiquem à vontade pra fazer o trabalho de vocês. Eu não acredito, mas tem um caso que talvez seja interessante porque tem a ver com drogas.* (Mônica, profissional da equipe).

O ano passou e o trabalho começava a tomar mais forma para os profissionais, que ganhavam confiança em nós, estagiários. As drogas apareciam no território em lugares diversos e a percepção disso, pontuada pelos próprios usuários, fez com que a equipe considerasse a proposta como uma alternativa de cuidado e tratamento. Esse foi meu primeiro contato com um profissional que conhecia o território em que trabalhava como conhece a própria casa; era mesmo sua própria casa, afinal. O ACS atua no bairro em que mora, conhecendo suas necessidades e convivendo de perto com suas dificuldades. Duas

das principais funções do Agente são a facilitação da comunicação entre o serviço de saúde e a população do bairro e o trabalho com a Educação em Saúde (Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002). Minha primeira impressão sobre esta profissão acabou sendo um pouco romantizada e descontextualizada e foi por essa razão, dentre tantas outras que relatarei neste trabalho, que resolvi transformar as práticas de cuidado dos ACS no meu objeto de estudos.

O afeto do encontrar

O encontro, segundo a teoria da afecção de Baruch Espinoza (1632-1677), é a afetação causada pelos corpos ao se encontrarem. Seja esse afeto gerador de felicidades ou tristezas, os bons e maus encontros têm a potência de agir sobre vida de quem se encontra.

A chegada de uma pesquisa na UBS foi um encontro premeditado: entre TCLE e apresentações de objetivos e temas, a equipe da Unidade ia conhecendo os problemas de pesquisa e buscava entender a parte que lhes cabia no que era proposto: pensar se queriam participar, se poderiam participar. Nesse movimento dialético, a pesquisa ia sendo apresentada. Já o encontro com a pesquisadora perpassa outras tantas questões que serão trabalhadas ao longo dos capítulos deste trabalho, dentre elas, o vínculo e o cuidado como forma de encontrar pelo afeto, de agir na vida, tal como pensava Espinoza.

A apresentação do projeto aconteceu em meados do ano de 2017, quando, aproveitando-me de um vínculo anterior com a instituição, fui visitá-la pela manhã para saber das possibilidades e da disponibilidade em receber um projeto de mestrado. A escolha do horário também era devido à experiência anterior no serviço: pela manhã, todas e todos tomavam café em uma sala que tinha como anexo uma pequena cozinha com pia, fogão e geladeira. As coordenadoras das equipes de ESF da instituição – nessa Unidade eram duas equipes – foram bastante receptivas e se propuseram a marcar uma reunião com as quatorze Agentes Comunitárias de Saúde que trabalhavam na Unidade. Quando conversamos sobre meu projeto, antes da reunião com as Agentes, as coordenadoras fizeram somente uma pontuação e foram enfáticas: *Só não fala que seu projeto é sobre drogas, elas não vão querer.*

Pude perceber que a temática “drogas” continuava a causar incômodos na equipe, assim como no estágio em 2015. Quando as coordenadoras me aconselharam a não mencionar a palavra “droga” na apresentação da pesquisa, fizeram isso, aparentemente, no sentido de proteger meu acesso às ACS para que conseguisse sua parceria na coleta de

dados. Mas ao mesmo tempo me colocaram um empecilho: se não posso falar sobre meu problema de pesquisa, como apresentar minha proposta a essas ACS? Era preciso pensar com cuidado, pois era direito das ACS saberem como funcionaria a pesquisa e o porquê de sua realização.

A reunião com as ACS também foi realizada em meados de 2017, pouco depois da apresentação da proposta para as coordenadoras do serviço. Cheguei à Unidade às sete e meia da manhã e muitas pessoas se aglomeravam na entrada da UBS. Já era possível notar que as manhãs eram momentos de reunião, mesmo que informais, pois as ACS, no momento em que entrei na área restrita à equipe, trocavam histórias sobre os casos. Como a reunião comigo foi previamente marcada, as ACS já me esperavam e uma delas, Joana, abriu um sorriso ao me ver e veio ao meu encontro. Joana foi a Agente que me levou até a família acompanhada pelo estágio em 2015; a questão do álcool incomodava a profissional, que nos dizia não saber mais o que fazer. Aproveitamo-nos do seu vínculo com a família e do conhecimento acerca do território e ela confiou em nós: *Vamos, levo vocês lá...*

No início da apresentação contei como Joana foi importante na formulação deste trabalho e no encontro com meu problema de pesquisa. As Agentes, somente mulheres, me escutaram com atenção e interesse até que eu mencionei a palavra “álcool”. O silêncio foi quebrado e todas começaram a contar histórias entre si e a dificuldade de acesso a essa população. Resolvi arriscar e ir um pouquinho mais longe: *E drogas? Como são feitos os cuidados com usuários de outras drogas?* (fragmento dos diários de campo). O silêncio sepulcral já me trouxe um indício do decorrer da pesquisa: drogas e álcool não eram considerados a mesma coisa por muitas das Agentes; portanto, o cuidado dos usuários também deveria ser diferente. Todo o tempo de convivência com essas mulheres que se ocupavam do cuidado no território me trazia ainda mais questões para este estudo. Quando acabei de me apresentar e de falar sobre a pesquisa, oito das quatorze Agentes que participaram da reunião me deram seus nomes e disseram que não se importariam que eu as acompanhasse durante o período de observação participante.

No início, era só mais uma cadeira ocupada...

As metodologias da Antropologia questionam o distanciamento e a objetividade buscadas pelas pesquisas, especialmente as quantitativas, que priorizam um olhar imparcial sobre a realidade. Para os estudos antropológicos, os métodos qualitativos, como

observação participante e entrevistas abertas, permitiriam um contato direto e pessoal com o universo pesquisado, necessário para a compreensão; afinal, algumas sociedades e culturas exigem um aprofundamento de dimensões e situações não explícitas, que não são acessíveis através de entrevistas estruturadas, por exemplo (Velho, 1978). O objetivo da minha pesquisa era compreender exatamente o não explícito, o não prescrito, o que os manuais de práticas de cuidado não contam e que, em tese, a vivência das ACS poderia me mostrar. Portanto, a observação participante não era uma opção, mas me parecia a única maneira de realização da coleta de dados e de conhecimento fiel do campo.

Minha entrada no campo começa com o estranhamento: o que uma psicóloga pode propor aqui se a questão não está relacionada a atendimentos clínicos e saúde mental? A primeira semana na Unidade foi bastante incômoda para mim e visivelmente também para as ACS. Eu era um “corpo estranho” nesse espaço e muitas delas ainda não entendiam muito bem o que eu fazia lá, apesar da reunião de apresentação. As coordenadoras, então, começaram a me inserir em atividades, mas não era pela pesquisa que eu começava a fazer parte da UBS, era por ser psicóloga.

A primeira reação das pessoas frente à pesquisa e à pesquisadora, antes mesmo da compreensão do que era proposto, foi indicar possibilidades de visita. Os casos indicados pelas coordenadoras e pelas próprias Agentes eram de situações variadas, não necessariamente ligadas diretamente ao objetivo da pesquisa. As coordenadoras incentivavam as ACS a me convidarem para as visitas, mas elas ainda não pareciam se sentir à vontade em me levar para conhecer o território. Era necessário o enquadre constante. As ACS entendiam que a Psicologia seria uma forma de entrada no campo, mas que era preciso, citando as palavras de uma ACS: *tomar cuidado pois as pessoas vão ver você somente como psicóloga da Unidade e solicitar o serviço. Se você disser que é psicóloga, elas vão querer falar.* (Sônia, ACS - fragmento dos diários de campo). Inicialmente, as indicações de caso e as falas das ACS me pareciam paradoxais: se, por um lado, elas me preveniam quanto à má compreensão das minhas propostas como pesquisadora, por outro, elas me indicavam casos relacionados à atuação clínica do profissional psi. Com o passar do tempo de pesquisa, comecei a compreender que o entendimento da Psicologia perpassava um único instrumento considerado por essas profissionais como fundamental no território: a escuta.

Confiando nessas profissionais quanto à entrada no campo, fui me aproveitando dos espaços sem deixar de fazer o enquadre, tanto para as ACS, quanto para as famílias que fui visitando ao longo do tempo. Dizia sempre que era psicóloga, mas que estava na UBS para

acompanhar o trabalho das Agentes para minha pesquisa de mestrado. A Psicologia foi minha porta de entrada, mas era preciso cuidado sempre para que ela não fosse o fim da minha pesquisa.

Existem, como pude perceber, dois aspectos principais que permitiram minha entrada no campo e o acompanhamento das ações das ACS. A Psicologia foi o primeiro deles e a escuta, o segundo. Duas narrativas exemplificam minha afirmação sobre a escuta e a Psicologia como portas de entrada para o campo que minha pesquisa almejava. Tais narrativas advêm de duas ACS que não haviam dado seus nomes, inicialmente, para participar da pesquisa. Aproveitando do interesse das duas Agentes que não me conheciam para expandir meus vínculos com a Unidade e com essas profissionais, fui acompanhá-las nos casos para os quais me convidaram.

Esperava na sala com as ACS, como de costume, quando Helena, umas das profissionais da Unidade, me convidou para acompanhá-la em suas visitas. Aceitei e agradei. Não conhecia muito bem Helena, assim como ela também não me conhecia. Refiz o enquadre do que fazia ali e fui conversando sobre o seu trabalho e as funções que exercia ali. *Sabe quando você acha o que gosta de fazer realmente na vida? Então, foi isso que eu senti quando comecei a trabalhar como ACS.* (ACS Helena – fragmento dos diários de campo).

No território, as ACS são bastante conhecidas e requisitadas. Ao andar pelo bairro com Helena, percebi o quanto o trabalho dessas mulheres conta com vínculo e confiança. Ela tinha como planejamento passar em três casas para entregar exames e marcar consultas. A Agente se desviou da rota planejada algumas vezes, quando era chamada por moradores em suas casas ou era parada nas esquinas para conversar. Ela contava, ainda, que era preciso demarcar muito bem os afazeres, senão não conseguia controlar o tempo e realizar o que estava planejado para o dia. Todas e todos que passaram por nós cumprimentaram Helena e pediram notícias de médicos, exames, vacinas e grupos que funcionavam na UBS. Ela sabia tudo e informava sem pestanejar. Em uma das casas que visitamos e para deixar um exame, a Psicologia aparece mais uma vez com a importância da escuta. No trabalho das ACS, a escuta também aparece como possibilidade de cuidado no território, porém com alguns dificultadores: o pouco tempo disponível dessas profissionais e uma ausência de capacitações que considerem o cuidado com a saúde mental no bairro e, tão importante quanto esta primeira, um cuidado com a saúde mental das próprias Agentes.

No território, as Agentes são vistas como uma espécie de centro de solução de problemas da comunidade. Isso pode causar frustrações, sobrecarga e adoecimento. As expectativas sobre o trabalho das ACS vêm de três lados diferentes: da população, que cobra soluções rápidas e não compreende realmente a função da ACS no território e na UBS; da equipe da ESF e das próprias profissionais que idealizam seu trabalho, carregando responsabilidades como a de mudar o bairro em que moram (Martines & Chaves, 2007).

Durante os meses em que estive na Unidade para coleta de dados, pude entrar em contato com um projeto de uma das universidades da cidade que tratava especificamente da saúde mental das ACS. O objetivo era trabalhar com as Agentes, utilizando-se de metodologias de grupo, assuntos referentes à saúde mental, ao trabalho, suas funções, entre outros. No momento em que cheguei para iniciar a observação participante, o último grupo estava sendo realizado em forma de palestra aberta ao público e sua temática era “Benzodiazepínicos”. Como não acompanhei nenhum dos grupos anteriores, achei melhor saber das próprias ACS como ele tinha sido para elas. Elas não mencionaram muito a respeito das outras temáticas, mas relatam que gostaram de participar, que era um espaço pensado? para elas e isso estava sendo importante. No decorrer das observações participantes, nenhum outro grupo nesse formato? com essa temática? foi realizado. O tema “saúde mental de ACS” é frequentemente tratado na literatura. A carga psíquica do trabalho recai, principalmente, sobre a relação psicoafetiva-relacional: as Agentes estão em contato com a população de seu próprio bairro – amigos, vizinhos, famílias – e são vistas como agentes da mudança. Tomam para si responsabilidades diversas e que, muitas vezes, dependem de fatores externos, de instituições e serviços de saúde. Quando não podem solucionar e atender a todas as expectativas, essas profissionais enfrentam frustrações e cobranças internas e externas (Martines & Chaves, 2007). A posição de agente da mudança no bairro faz com que as ACS sejam vistas como super-heroínas e as consequências desta representação podem ser trágicas para sua saúde mental (Tomaz, 2002).

Os horários de café da manhã eram momentos de trocas de casos, de acolhimento e escuta para as Agentes. Esses momentos, segundo as profissionais, eram importantes, mas como pude perceber ao longo do tempo, não eram suficientes para evitar o adoecimento. No que diz respeito à escuta e ao acolhimento da população atendida, Helena diz que sente a importância dessas duas formas de cuidado, mas que o pouco tempo e a quantidade de demandas impossibilitava, muitas vezes, algumas ações. No caminho até a casa, a Agente foi contando-me a situação em que a senhora que visitaríamos se encontrava: *Ela está bem debilitada, tem dificuldades para andar. A filha mora ao lado, mas não liga pra nada. Na*

verdade, eu tô indo levar a receita da filha também. Vou ver se consigo deixar tudo lá, a filha nunca me atende. (ACS Helena – fragmento dos diários de campo).

As casas eram ligadas por uma parede e uma pequena porta dava passagem de um quintal para o outro. Quando Helena chamou, D. Francisca se levantou da cama assustada. Ao ver a ACS, abriu um sorriso e correu até o portão. Chegando lá, começou um relato sobre sua dificuldade de se locomover, de como a filha ainda estava dormindo e não se prontificou a atender a porta, o que facilitaria a vida dela. Parecia não perceber minha presença, tamanha era sua necessidade de fala. Após alguns minutos de conversa, estendeu a mão em minha direção e perguntou a Helena sobre mim. Apresentei-me, segurando as mãos de D. Francisca, que se recusava a soltá-las. Disse que estava realizando uma observação na Unidade sobre o trabalho das ACS e que estava acompanhando suas visitas por isso. Helena comenta, então, que eu era formada em Psicologia. Neste momento, o enquadre anterior pareceu se perder. Chorou sem soltar minhas mãos: *Uma psicóloga! Não acredito. Eu preciso tanto de uma psicóloga. Eu não faço mais nada da vida a não ser chorar. Por favor, entra!* (D. Francisca, moradora do bairro – fragmento dos diários de campo).

Helena, neste momento, olhava para mim como que para comprovar a afirmação das ACS sobre a necessidade de escuta das pessoas do bairro. Entramos para essa visita “não planejada” no cronograma de Helena com seu consentimento. Ficamos aproximadamente uma hora na pequena sala de D. Francisca, enquanto ela contava, em catarse, sua vida marcada por mortes trágicas, por um sentimento de impotência frente às doenças e por não se sentir cuidada pelas filhas. Quando saíamos da casa, depois daquela escuta bastante pontual, ela agradeceu e disse que Helena, apesar das muitas funções, sempre tirava um pouquinho de seu tempo para escutá-la e isso era essencial para ela. Relatou também que participava do grupo de emagrecimento realizado na Unidade: *Eu participo, mas não quero emagrecer! Só que o grupo, estar com as pessoas, poder conversar ... eu sou muito sozinha. Eu só vou no grupo porque é bom estar com outras pessoas.* (D. Francisca, moradora do bairro – fragmento dos diários de campo).

O trabalho vivo em ato, conceituado por Emerson Merhy (2002), define o trabalho em saúde como um processo relacional; acontece através do encontro, na criação de expectativas e produções mobilizando espaços de escuta, empatia, fala e interpretações. Quando D. Francisca colocou a ACS Helena na posição de escuta e acolhimento, pude perceber a importância do “agir comunicativo” e do “agir tecnológico” das ACS. O “agir comunicativo”, explicitado na escuta e no conhecimento da história das pessoas do

território, o qual vai além de informar-se sobre processos de adoecimento e da visita técnica; e o “agir tecnológico”, como tecnologia leve, acolhimento e construção de vínculo e confiança, que permitem as ações das Agentes com a população atendida (Ferreira, Andrade, Franco & Merhy, 2009). As tecnologias leves e seus aspectos relacionais, especialmente o vínculo, o acolhimento e a escuta aparecem com frequência nas narrativas das Agentes sobre as visitas domiciliares e seu transitar pelo território.

O segundo caso partiu de uma demanda da coordenadora, Mônica, e sua preocupação com a ACS Maria. Mônica não relatou o caso antes da chegada da Agente, pois contou que, além de saber mais sobre o caso, esta também tem um bom vínculo com a família. Maria chegou até a sala em que estávamos um pouco receosa, mas, logo que começou o relato, foi possível perceber que sua preocupação perpassava questões profissionais e pessoais, já que o caso ocorreu com uma amiga, Joice, moradora do bairro em que trabalha.

Joice tem trinta anos e um filho de quatro, Pedro. Separada do marido há aproximadamente um ano, ela cria o filho sozinha em uma casa que era de sua mãe. Contou que a casa tem seus fantasmas – a mãe, aos 54 anos, cometeu suicídio ali, onde hoje ela mora. Fui levada até a casa, pois Joice havia tentado suicídio naquela semana. Ela falou, emocionada, sobre o que aconteceu e contou sobre sua relação com as pessoas próximas a ela. Os vizinhos no início a apoiavam, ofereciam ajuda com o filho, por exemplo. Eram as únicas pessoas que Joice tinha por perto, já que os irmãos moravam em outra cidade e não a visitavam muito. Em sua terceira tentativa de autoextermínio, os vizinhos a deixaram completamente sozinha, pois, como relatou Joice, passaram a tratar a questão como uma “forma de chamar atenção”.

O filho foi diagnosticado com autismo havia pouco tempo e a maior queixa de Joice dizia respeito ao fato de não conseguir trabalhar, já que o ex-marido passava apenas os fins de semana com Pedro. Quando perguntamos, eu e Maria, sobre o tratamento que seria necessário para o filho a partir de agora (na época da visita, Pedro havia recebido o diagnóstico havia uma semana), Joice respondeu que não sabia como proceder, não tinha nenhum apoio. As soluções que eu, como pesquisadora, poderia oferecer ao campo eram muito limitadas, especialmente pelo enquadre estabelecido na apresentação da pesquisa. Também como psicóloga, não sendo essa minha área de especialização, não havia muito o que fazer. O acolhimento e a busca de soluções, juntamente com as ACS e com o apoio de alguns projetos da faculdade foram as formas encontradas para amenizar o incômodo causado por essas questões do campo. A impossibilidade de um trabalho em rede, que

considerasse a complexidade do cuidado integral à saúde, feria, naquele momento, especialmente a saúde mental: nos quatro meses que pude observar o funcionamento da Unidade, fui também convidada, inúmeras vezes, a participar dela mais ativamente. Isso não acontecia somente pela incompreensão acerca de minha proposta ali; acontecia, também, por não existirem outras saídas conhecidas pela equipe da Unidade para alguns casos de sofrimento mental.

Essas narrativas exemplificam a importância da escuta endereçada às ACS e o quanto o tempo hábil para isso tem que ser manejado por elas. A Agente Sônia pontua a busca por compreensão da necessidade de escuta, o que passou a ser um ponto de investigação da pesquisa, afinal, algumas outras ACS relataram a mesma questão sobre as pessoas do território. Nos grupos focais, isso foi tema de algumas falas:

Não é da nossa área, mas na maioria das vezes a gente acaba atuando como um psicólogo, porque às vezes a pessoa quer só conversar. Chega lá, ela te agarra e fica “pãpã”, e desabafando, e aí você até vê que ela não precisa de médico, ela precisa é de apoio (...) Aconselhamento, conversa, é muito bom. Eles sentem essa liberdade com a gente, eles sentem a confiança. (Sônia, trecho do primeiro grupo focal).

Na promoção de saúde é preciso pensar a importância da interação das tecnologias para que haja um cuidado integral. Mehry (2002) aponta para uma descaracterização, com a hegemonia do modelo biomédico, das tecnologias leves que se apresentam como práticas de acolhimento e escuta. A própria organização burocrática da ESF, que transforma trabalho vivo em morto, para se quantificar em protocolos padronizados, agendas orientadas, entre outros, o número de acolhimentos, acaba por destituir o trabalhador de sua capacidade criativa. Estando no território e conhecendo tanto os espaços quanto os seus modos de utilização pelos moradores do bairro, a Agente de Saúde poderia buscar junto à comunidade, através da escuta e do acolhimento, outros modos de fazer saúde (Santos, Mishima & Merhy, 2018). Isso interfere no trabalho das ACS da Unidade observada: falamos com elas, por exemplo, sobre o meio padronizado e, em grande parte, quantitativo de avaliação de seus trabalhos, o que não abrange todas as práticas realizadas e engessa as possibilidades de ação das profissionais no território.⁸

Convites posteriores ainda traziam a Psicologia como foco das ações. Mas, dessa vez, atrelados aos usos das drogas. Aqui, pelo que pude perceber, a compreensão do enquadre vai se modificando: inicialmente, era somente psicóloga; agora, eu passava a ser

⁸ Essa afirmação será melhor desenvolvida no capítulo III: As dificuldades de ser Agente e “será que isso realmente cabe a mim?”.

psicóloga que trabalha com a questão das drogas. Não era, ainda, o ideal com base no enquadre da pesquisa, mas era perceptível a constante reconstrução do meu papel dentro da UBS.

As ACS e as coordenadoras da Unidade passaram a me convidar para visitar casas mais específicas e conversar sobre temáticas referentes ao uso de drogas. Ainda era difícil trazer o tema à tona pelo tabu que rondava a questão. Contudo, o aparecimento do tema, para além da repetição do enquadre, parecia também estar relacionado ao vínculo que começava a ser construído entre mim, as ACS e os demais profissionais da Unidade.

Fui convidada para conduzir um grupo que se iniciava e era composto, além das pessoas assistidas, por profissionais do campo da saúde mental, bem como por enfermeira, nutricionista e fisioterapeuta para tratar da questão do tabaco. O grupo foi proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) e tinha como objetivo tratar sobre questões referentes ao uso do tabaco e suas consequências físicas e psíquicas (Ministério da Saúde, 2005). A participação em todas as etapas do grupo era obrigatória para quem desejasse receber o comprimido ou adesivo de nicotina oferecidos pelo MS para ajudar na abstinência do cigarro. O material utilizado nos grupos era pré-estabelecido pelo MS e continha cartilhas para cada um dos profissionais. Inicialmente, cogitei a possibilidade de participar como uma forma de retribuir a abertura e recepção da minha pesquisa na Unidade. Acolhendo a demanda endereçada a mim, acessei os contatos de psicólogas conhecidas e com formação pertinente ao tema que poderiam participar do grupo. Esse movimento foi importante para as profissionais da Unidade, especialmente as coordenadoras, que confiaram em minha percepção para a escolha de alguém que realizaria um grupo que, anteriormente, era desenvolvido por elas.

A percepção dos papéis que representei ao longo dos quatro meses de imersão na Unidade, como pude compreender mais tarde, perpassava também as necessidades da UBS, o que era demanda das ACS para o campo naquele momento. O papel híbrido dessas profissionais (moradora e profissional do território) fazia com que as Agentes percebessem suas maiores necessidades e também as mais sutis. Portanto, fui psicóloga para as Agentes e pelas Agentes sempre que a escuta era solicitada. Mas após um mês de observação e criação de um vínculo⁹ que me permitiu tocar em assuntos tabus, como drogas e violência, meu papel se modificou: passei a ser parte ativa da Unidade, não mais um corpo estranho,

⁹ O caminho do vínculo será melhor trabalhado no tópico “Vínculo pelo Cuidado”, neste mesmo capítulo.

mas a pesquisadora do trabalho das ACS. Não deixei de ser solicitada como psicóloga, mas o papel de pesquisadora falava mais alto nas apresentações e compreensão do meu papel.

Em suma, a escuta e o acolhimento foram relegados a mim, pois as Agentes compreendiam que eles eram ferramentas exclusivas do campo psi e dos profissionais de saúde mental. Os Cadernos de Atenção Básica, elaborados pelo Ministério de Saúde (2013), enumeram ações terapêuticas que podem ser realizadas por todos os profissionais da AB. Dentre essas ações estão a escuta, a boa comunicação, habilidade de empatia e acolhimento. As Agentes, com a função de facilitadoras da comunicação entre a população e a equipe de saúde (Nunes, Trad, Almeida, Homem & Melo, 2002), responsabilizam-se por muitas dessas ações terapêuticas e são cobradas pelos moradores do bairro por elas, já que seu contato com o território é próximo e direto. Apesar de se responsabilizarem, não se percebem como capacitadas para isso.

É importante destacar que a realização dessa escuta e do acolhimento pelas Agentes não dispensa as instituições especializadas em saúde mental. O trabalho voltado para a saúde mental na AB deve promover a sensibilização e produção de sentido dos trabalhadores para o cuidado de base territorial, priorizando a desinstitucionalização (Soalheiro, 2017). Portanto, a escuta e o acolhimento, atrelados ao acesso à informação sobre as possibilidades de cuidado e os serviços especializados em Saúde Mental – como o Centro de Atenção Psicossocial e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – propiciam a construção de um trabalho em rede que tem a AB como porta de entrada. Trabalhando em rede, os profissionais desenvolvem um trabalho de corresponsabilização, envolvendo profissionais da AB, de saúde mental e usuários do serviço, o que ameniza a sobrecarga (Figueiredo & Onocko Campos, 2009).

Um segundo encontro: do estranhamento ao tornar-se familiar

O meu conhecimento pode estar seriamente comprometido pela rotina, hábito, estereótipos. Logo, posso ter um mapa mas não compreendo necessariamente os principais mecanismos que o organizam.
(Velho, 1978, p.41)

O estranhamento e a familiaridade, conceitos que remetem à metodologia etnográfica, dizem do movimento dialético de estranhar o que é familiar e se familiarizar com o que é estranho para, assim, conhecer a cultura de um determinado povo (Velho, 1978). Na UBS, esse movimento, segundo a coordenadora de uma das equipes de ESF,

Paula, se repete com todos que entram para trabalhar como ACS. Ela não dá nome a tal movimento, mas diz que é preciso conquistar a familiaridade e compreender a dinâmica que se modifica a cada chegada e a cada partida. Era preciso estranhar o conhecido e conhecer o estranho.

Ouvindo a fala de Paula, imaginei que seria assim minha apresentação e a da pesquisa nesse novo ambiente: mais do que me familiarizar com ele, era preciso me tornar familiar a ele. O processo de estranhamento ocorreu logo na entrada no campo. Apesar de ter conhecido aquela Unidade em 2015 e algumas pessoas que transitavam por lá, membros da equipe e usuários do serviço, muita coisa havia se modificado. O que precisava levar comigo era o vínculo anterior; os demais lugares, era preciso estranhar e conhecer.

Quando a pesquisa estava se iniciando na Unidade, uma das Agentes, Aline, tinha chegado havia seis meses, mas, apesar de recém-chegada, ela parecia já ter sido acolhida pela equipe. Sua presença já não era estranha como a minha e quase era possível tocar a curiosidade e a desconfiança que pairavam no ar quando eu entrava na UBS. Chegava todas as terças, quartas e quintas, por volta das sete e meia da manhã, passava pela pequena cozinha e pela sala dos computadores e equipamentos onde as ACS tomavam café e ia dizer “oi” também para as coordenadoras. A sala onde ficavam as mesas das duas coordenadoras, Paula e Mônica, era anexa à sala onde estavam as ACS e ficava com a porta sempre aberta, exceto em momentos de reuniões. No início, era menos incômodo ficar naquela salinha, mas comecei a perceber que isso poderia significar, para as ACS, uma aliança entre mim e a gerência da unidade. Era preciso sair daquela posição para construir um vínculo com essas mulheres, já que o trabalho delas era o ponto base da minha observação.

Mais uma vez, a Agente Comunitária Joana teve um papel importante na construção dos meus vínculos com suas colegas de trabalho e me deu indícios de alguns pontos que seriam difíceis, mas ao mesmo tempo essenciais para a coleta dos dados da pesquisa. Em uma conversa com Joana na porta da UBS, nas primeiras semanas de observação participante, ela me contou do “*status*” da droga no bairro. Destacou pontos como: o uso não é falado, nada é explícito,¹⁰ a não ser para a ACS que entra nas casas e promove outros tipos de cuidado que não perpassam o uso da droga; relatou situações de famílias e até se dispôs a me levar a algumas casas. Uma dessas famílias fazia uso de mesclado (mistura de *crack* com maconha) e Joana contou que só sabe do uso da droga por

¹⁰ A questão do uso de drogas não explícito no território e o tabu em torno do tema serão melhor desenvolvidos no capítulo III: Estigmas, estereótipos e territórios inacessíveis.

ser vizinha da família; caso contrário, esse assunto não chegaria a ela. Portanto, a profissional ACS não saberia do uso dessas pessoas se a vizinha Joana não soubesse.

Na casa moravam o marido e a esposa, que faziam uso, e seis filhos; o uso da droga não impedia, como pude observar pelas ações de Joana e de outros membros da equipe da ESF, o cuidado com essa família, o qual tinha como foco as crianças (vacinação, teste do pezinho, entre outros acompanhamentos da UBS quanto à prevenção e proteção da saúde). Joana relatou que a vizinhança sabia do uso pelo cheiro, por conhecer a família, por abordagens policiais com os moradores e por informações de quem conhecia a casa de forma mais próxima. Ninguém, segundo a Agente, sabia do uso pelo relato dos próprios usuários. Joana sabia os horários e dias em que seria recebida naquela casa. Relatou que nos fins de semana e segundas-feiras, quando o uso era mais intenso, não era aconselhável ir até lá.

Combinamos, então, um dia para a visita com base nesta experiência de Joana. Essa foi a primeira história que pude ouvir em minha observação na Unidade que trazia a questão das drogas de forma clara por uma ACS. Ela será retomada em um próximo capítulo. Nas demais histórias, era preciso coragem, paciência e vínculo para que se pudesse tocar nesse assunto sensível.

Joana foi meu ponto de encontro inicial; imaginava que dali partiriam os demais vínculos, as demais visitas. Mas logo percebi que seria preciso criatividade e uma imersão no campo para ganhar a confiança das ACS, assim como conquistei a confiança de Joana. Joana logo saiu de cena. Estava adoecida, as coisas não iam bem em casa e no trabalho; pesquisa também é feita de gente – gente que trabalha, que sofre, que sente. O adoecimento de Joana também me faz questionar o envolvimento dessas profissionais com o bairro em que residem, os limites do cuidado, a forma como conseguem mediar sua profissão e a vida pessoal, as quais se entrelaçam no mesmo cenário: o bairro.¹¹

Joana me procurou na Unidade uma última vez, antes de entrar de licença para se cuidar. Procurou a mim enquanto psicóloga, esperando um acolhimento. Acolhi Joana e busquei, juntamente com ela, as possibilidades para seu cuidado. Com sua saída ainda no início das observações participantes, precisei rever e repensar como trabalharia na construção de vínculos com as demais Agentes. Neste ponto das observações, já havia percebido que sem o vínculo não conseguiria acompanhar as ACS e nem mesmo conversar com elas sobre os casos e suas práticas de cuidado.

¹¹ Esse tópico será melhor desenvolvido no capítulo II: As dificuldades de ser Agente e “será que isso realmente cabe a mim?”.

Mesmo ausente fisicamente, Joana acabou sendo, mais uma vez, peça chave para uma nova possibilidade de criação de vínculos. No ano de 2015, a família que pude atender durante dois anos, no mesmo bairro, foi-me apresentada por ela. A família era grande: moravam, no mesmo corredor, três das cinco irmãs e irmãos vivos. As duas irmãs não moravam na mesma rua, mas moravam no mesmo bairro. Pude conhecê-las em um dia em que cheguei para o atendimento da família e todos tomavam café.

Em 2018, no corredor da Unidade, uma senhora passava, saindo do grupo de tabagismo, enquanto eu entrava na sala para mais um dia de observação. Aparecida me olhou com curiosidade, segurou a ACS que a acompanhava e disse: *A psicóloga que atendeu minha irmã*. (Aparecida, moradora do bairro e membro da família supracitada – fragmento dos diários de campo). O encontro, entre emocionado e saudoso, foi o gatilho que me apresentou outra ACS da unidade, a qual acabou participando, a partir disso, mais ativamente da pesquisa. A impressão que tenho é de que esse encontro criou um vínculo entre mim e a Agente Fabiana, que participou, ao fim da observação, também dos grupos focais.

Vínculo pelo cuidado e o cuidado pelo vínculo

O vínculo, segundo Cecílio e Matsumoto (2006), constitui-se em um dos componentes operacionais que compõem as necessidades dos usuários nos serviços de saúde. A palavra vínculo aparece nos documentos ministeriais referentes à Atenção Básica no final dos anos 1990. As expressões ligadas a ela são: “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e corresponsabilidade”.

Na PNAB, nos anos 2000, o vínculo aparece em alguns momentos como diretriz e, em outros, como fundamento (Seixas et al., 2019). Ele é definido como *construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico* (BRASIL, 2012, p. 21).

Na pesquisa, a experiência dos vínculos durante o processo de observação participante ocorreu de duas formas: pude experienciar com as ACS os vínculos formados no território, enquanto sentia meu vínculo com estas profissionais sendo formado, permitindo, assim, meu trânsito pelos locais de cuidado.

O caminho percorrido para a construção de vínculo é bastante conhecido pelas ACS. Vínculos, afetos e acolhimento são formas de estabelecer uma inter-relação de

cuidado das Agentes com a comunidade e o território (Bezerra & Feitosa, 2016). Estas três palavras – vínculo, afeto e acolhimento – serão definidas, ao longo deste trabalho, por vivências do território e da população atendida que pude acompanhar e por minha própria vivência na criação de um vínculo com as ACS, o qual me permitiu realizar este estudo.

Os serviços de saúde ainda funcionam hegemonicamente na lógica biomédica. A imposição de cuidados sem a construção prévia de vínculos pode significar, para o usuário do serviço, um agir controlador e de dominação de suas vidas (Cecílio & Matsumoto, 2006). A criação de vínculo, portanto, é a porta de entrada para alguns territórios inacessíveis. Os profissionais de saúde que conseguem criá-lo e obter a confiança de pessoas do território podem entrar, muitas vezes, em áreas supostamente violentas, de difícil acesso por proibições dos próprios moradores que não confiam nas instituições de saúde ou nas propostas de cuidado. Nessas “áreas de proibição”, os moradores temem denúncias pelo uso de drogas ilícitas ou o próprio julgamento de quem vai para oferecer ajuda.

Quando as ACS me contaram suas histórias e percepções sobre as famílias atendidas, contaram também como construíram o vínculo que as permitiu o cuidado nesse território. Em alguns lugares, no entanto, acontecia de os moradores confundirem cuidado com controle. O vínculo bem estabelecido por essas profissionais e seu contato direto com as pessoas atendidas, caracterizado pela entrada das ACS nas casas e sua participação na rotina, faziam com que as explicações a respeito de formas de cuidado e prevenção à saúde, feitas de forma menos técnica, fossem escutadas, questionadas e compreendidas por mim.

Ser bem recebida em um serviço de saúde por suas coordenadoras e já conhecer o ambiente e uma das Agentes facilitou o meu trânsito pela Unidade. Todos os horários me foram oferecidos para que pudesse realizar observações e me apresentar. Nenhum ambiente da Unidade era interditado para mim. Mas em se tratando das demais Agentes, o vínculo necessitava de mais tempo e alguns cuidados adicionais.

O enquadre foi feito constantemente durante todo o período de coleta de dados: pela confusão gerada devido ao fato de o serviço receber também alguns estagiários da faculdade. Muitas vezes, minha pesquisa foi colocada como estágio e isso remetia a um acompanhamento mais criterioso por parte das ACS, o que significava uma função extra para elas¹².

¹² As funções prescritas e não prescritas das ACS serão melhor trabalhadas no capítulo II: As dificuldades de ser Agente e “será que isso realmente cabe a mim?”.

As Agentes relataram uma dificuldade de comunicação, muitas vezes, entre a equipe, o que acabava por deixar algumas atividades incompreensíveis. Isso poderia atrapalhar o vínculo dessas profissionais com o território. Segundo relato das Agentes, muitas vezes elas iam a campo sem entender as orientações para o trabalho solicitado no território e acabavam por realizar ações que não faziam sentido nem mesmo para elas; portanto, como explicá-las aos moradores do bairro? A confiança que estas depositavam nessas profissionais era base para a realização do trabalho, pois, mesmo não compreendendo o porquê de algumas ações, eles aceitavam participar sem problemas. Os incômodos eram das ACS, que respeitavam o vínculo e buscavam sempre assegurá-lo. Sabiam que sem ele era impossível realizar suas atividades. De modo parecido, o meu vínculo com essas profissionais também foi o que permitiu que o trabalho de campo acontecesse. As semelhanças entre os dois vínculos – entre as ACS e os moradores do bairro e o meu com as ACS – foram muito grandes e impressionantes.

Como já mencionado no início deste capítulo, existem “ângulos da minha entrada no campo de pesquisa”. O primeiro deles, que já relatei anteriormente, diz respeito aos papéis que representei ao longo do tempo para os profissionais da Unidade (de psicóloga à pesquisadora); o segundo, que será apresentado agora, refere-se aos vínculos pelo cuidado e, especialmente, à semelhança entre o vínculo das ACS com os moradores e o que construíram comigo ao longo da observação participante. Em vários momentos e de maneiras diferentes, fui tratada como moradora do bairro.

Quando cheguei à Unidade pela primeira vez, no início das observações, em um dia frio e nublado, não conhecia sequer a dinâmica do café da manhã, somente alguns horários que experiências anteriores me permitiram observar. Todas as Agentes ficavam reunidas na pequena sala com uma cozinha anexa. Algumas de pé, outras nas poucas cadeiras espalhadas pelo espaço e algumas, ainda, em frente aos computadores, aproveitando o tempo prévio à ida ao território para atualizarem o programa de dados que registrava as visitas domiciliares e os encaminhamentos. Este era o retrato do espaço em comum que as ACS dividiam com o restante da equipe.

Cumprimentei todas e segui até a sala das coordenadoras para deixar minha mochila. Esse movimento de ir até a sala das coordenadoras assim que chegava à Unidade precisou ser revisto por mim. Passei a chegar e me sentar onde as Agente estavam, a ficar com elas nos momentos de trocas de histórias e de café que antecederiam suas idas à campo. No entanto, antes que eu percebesse essa necessidade de revisão, em uma das ocasiões em que eu conversava com as coordenadoras, uma mulher entrou na sala informando que

sairia para uma visita. Sabia que ela não era ACS, pois não estava na reunião na qual apresentei meu trabalho. As coordenadoras Mônica e Paula logo me apresentaram a ela. Era Luiza, técnica de enfermagem que foi preceptora da minha primeira visita ao campo.

Sáímos da Unidade para o frio da rua. Ela com uma maleta onde carregava as vacinas, eu com minha escuta e olhos atentos de pesquisadora principiante, buscando absorver tudo que minha primeira visita me proporcionaria. Luiza foi o caminho todo me contando de seu itinerário e do tempo contado no relógio para fazê-lo. Contou que em algumas casas acabava demorando mais, as pessoas tinham dúvidas sobre seus exames e consultas e, apesar de não ser sua função, Luiza respondia até onde sabia. A primeira casa onde que paramos era de uma mulher que foi diagnosticada com câncer. Luiza me alertou que a família não sabia da doença, que estava em fase terminal. Buscando compreender mais sobre minha pesquisa, reitera: *O marido dela faz uso de álcool, já deu alguns problemas aí viu? Sua pesquisa é sobre isso né? Se quiser, podemos entrar lá para conversar um pouco.* (ACS Luiza – fragmento dos diários de campo). Expliquei a ela as especificidades da minha pesquisa, sobre o acompanhamento das ACS, os casos referentes ao uso de álcool e outras drogas e ela me tranquilizou dizendo que as Agentes me receberiam bem, elas só precisavam se acostumar com isso. A palavra “acostumar” me trouxe uma série de questões, como: o que deveria fazer para que se acostumassem com minha presença? Após se acostumarem, seria mais fácil conversar e acompanhá-las na visita? O que significava o fato de se “acostumarem” comigo? Temia que se acostumar significasse apenas o não estranhamento da minha presença, e isso não me garantiria um vínculo para o acompanhamento do trabalho dessas profissionais.

Antes do início da minha coleta de dados, eu havia anotado alguns nomes de ACS que concordaram em participar e me permitiram acompanhar seu trabalho e visitas. Mas obriga-las não me parecia uma boa forma de iniciar uma pesquisa que, já no início era perceptível, só se daria pelo vínculo. Mesmo insegura pelo pouco tempo disponível para a coleta de dados, esperei que elas se acostumassem comigo, como Luiza me assegurou que aconteceria.

A palavra vínculo, bastante utilizada neste trabalho por sua importância inestimável para compreensão das práticas de cuidado que não estão nos “manuais”, tem muitas definições e contextos de aplicabilidade: vínculo como tecnologia relacional (Pinto, Palácio, Lôbo & Jorge, 2017), potência terapêutica em si próprio (Baduy, Bortoletto, Cruz, Merhy & Slomp, 2019) e construção de uma corresponsabilização pelo cuidado. O vínculo criado e a horizontalidade das ações, sempre buscando aliar conhecimento técnico ao

conhecimento da comunidade, aproximam as ACS da população atendida e permite que elas acessem territórios difíceis (Pinto, Palácio, Lôbo & Jorge, 2017).

Vivenciar o território como local de trabalho, mas também experienciá-lo como moradia faz com que a ACS perceba dificuldades cotidianas da população de forma visceral. A falta de infraestrutura dos serviços, condições precárias de moradia e trabalho, a falta de acesso a serviços básicos são alguns dos empecilhos encontrados pelas ACS no cuidado e na profissão e que também são vividos por elas. Apesar disso, a possibilidade de acompanharem o cuidado dessas famílias e criar laços de amizade e amor é potencializadora de suas ações no território (Bezerra & Feitosa, 2018). As ACS são escutadas, suas orientações são seguidas pela população. O encontro com o outro, que promove e move afetos e constrói o vínculo, não é estabelecido apenas com as famílias, mas também com o território que conhecem, segundo a ACS Sônia, [...] *como a palma de nossas mãos*.

A apresentação do TCLE¹³ escrito para ser assinado seria feita, como proposto na escrita do pré-projeto de pesquisa, de acordo com as visitas: quando uma ACS permitisse que eu acompanhasse seu trabalho, eu apresentaria o termo escrito, leríamos juntas e eu esclareceria as dúvidas que restassem antes da assinatura. Já havia, na apresentação da pesquisa, explicado para a equipe e para as Agentes o funcionamento dos termos e as questões éticas envolvidas no processo. No entanto, o próprio campo me mostrou que, muito mais do que apresentar minha pesquisa formalmente à equipe, era preciso buscar com as ACS o sentido dela.

O vínculo construído entre ACS e moradores do território não era frágil e era cuidado com muita seriedade por essas profissionais. Colocar uma pessoa entre esse vínculo poderia significar um estremecimento que influenciaria na continuidade de seu trabalho. Portanto, o meu vínculo com as Agentes era condição inicial para que a pesquisa tivesse sentido também para elas e eu pudesse acompanhá-las nas visitas e compreender seu trabalho no bairro.

Depois da primeira visita realizada com Luiza, técnica de enfermagem da equipe, minha presença começa a ser menos estranha. Sempre que eu chegava à Unidade, Luiza vinha me cumprimentar e comentar sobre o desenvolvimento do caso que visitamos. As ACS, atentas à fala da técnica de enfermagem, foram me percebendo como pessoa de confiança para ela e isso foi quebrando algumas barreiras. Comecei, então, a participar

¹³ A questão do TCLE será melhor trabalhada no capítulo de metodologia.

mais ativamente do momento do café. Sentava com um copo de plástico que trazia do caminho, cheio de café, enquanto as Agentes bebiam um feito por elas.

Nos meses de inverno começava a campanha de vacinação contra a gripe. As ACS se preparavam para ir ao território com as enfermeiras e técnicas de enfermagem que aplicariam as vacinas nos idosos e acamados, prioritários no recebimento da dose. Mas a dose para equipe de saúde também era prioritária, já que estavam em contato direto com a população. As ACS tomaram suas doses em um dia em que eu não estava na Unidade. Quando cheguei, elas comentavam sobre a importância da vacina e sobre as dificuldades da campanha no território. Relataram sobre a necessidade de explicações bastante claras e coerentes, porque as pessoas ainda achavam que a vacina podia prejudicar ou até mesmo matar. Algumas, como relatou Debora, ACS que trabalha há aproximadamente um ano na Unidade, não aceitam mesmo a dose, especialmente os mais velhos, ainda que seja deles a prioridade da vacinação. No momento dessa conversa, Luiza entra na sala e me procura com os olhos. Ao me encontrar, diz: *Sua vez. Você ainda não tomou a vacina né? Precisa tomar, você vai ficar aqui com a gente agora.* (Tec. de Enfermagem Luiza –fragmento dos diários de campos).

E assim se inicia a construção de um vínculo que me permitiria andar pelo território acompanhando essas Agentes em seus casos mais delicados. O vínculo pelo cuidado – que também poderia ser chamado de “vínculo pelas vacinas” – vai desde a minha vacinação contra a gripe até o meu cadastro no banco de dados do SUS para que pudesse tomar as doses incompletas no meu cartão. Assim como a técnica de enfermagem, as Agentes começaram a se ocupar também do meu cuidado, assim como se ocupavam do cuidado das pessoas do território e das companheiras de trabalho.

Minhas chegadas à Unidade passaram, após o episódio das vacinas, a ser seguidas de risadas e histórias sobre vacinação. As Agentes se preocupavam quando eu chegava resfriada, por exemplo, e começavam a se interessar pela minha vida fora dos muros da Unidade. Sempre me perguntavam como era fazer mestrado e ser psicóloga, queriam compreender minha pesquisa, buscavam um sentido em querer pesquisar o trabalho delas. Os convites para visitas também passaram a ser mais frequentes; não ficava mais sentada na recepção, a não ser para o café. Inclusive, o café passou a ser oferecido a mim no copo de vidro; os copos disponíveis na Unidade passaram a ser também meus e eu era considerada quando o bolo era fatiado em partes para divisão.

Uma capacitação sobre Hanseníase acabou por marcar de vez meu lugar na Unidade. Ela foi oferecida para as Agentes após casos da doença aparecerem no território.

Na parte da manhã, fui normalmente para a Unidade e, lá chegando para o café, as ACS comentavam sobre essa capacitação, dizendo que aconteceria na universidade. Logo olharam para mim, referindo-se à universidade como meu território. Aproveitei o momento para saber mais sobre a atividade e perguntei se poderia acompanhá-las. Responderam que não haveria problema nenhum em participar e contaram, ainda, que haveria lá outras tantas e tantos Agentes de outros bairros.

O início da capacitação foi marcado para a parte da tarde, aproximadamente às 14 horas. Ela iria acontecer no anfiteatro da universidade e seria ministrada por uma médica e professora. Cheguei alguns minutos atrasada e, quando procurei um lugar para me sentar, vi todas as Agentes da Unidade que eu observava acenando para mim: meu lugar estava guardado, reservado cuidadosamente entre elas. Simbolicamente, meu lugar estava guardado também na Unidade, ao que me parecia, e isso seria bastante importante para a continuidade da pesquisa. Eu não era mais, naquele momento, uma estranha; ocupava um lugar no espaço físico, uma cadeira guardada para mim. Quando me sentei, começaram a me colocar a par do que já havia acontecido antes da minha chegada e comentavam comigo, ao longo da explicação da médica, pontos da capacitação que já sabiam, onde apareceriam no território e os cuidados que sabiam que precisavam tomar. Meu vínculo estava constituído, cabia a mim, a partir de agora, fortalecê-lo.

Antes do adoecimento de Joana e de sua saída, conseguimos visitar alguns casos, inclusive o que relatei no início deste capítulo. Minha primeira ida ao território havia sido com Luiza, uma técnica de enfermagem. Mas minha primeira visita com uma Agente Comunitária de Saúde foi com Joana, antes de seu afastamento. Devido ao vínculo anterior, Joana não hesitou em me convidar para acompanhá-la e isso também foi observado pelo olhar atento das ACS da Unidade. Ela participava de uma pesquisa em que deveria aplicar questionários sobre saúde mental dos idosos de sua microárea. A visita que faríamos juntas estava relacionada a tal pesquisa. Quando chegamos até a casa, Joana explicou que a visita já estava agendada por ser uma questão mais específica, não era uma visita comum. A senhora nos recebeu sorridente e Joana me apresentou para a senhora e vice-versa. A forma como ela me apresentou dizia de sua compreensão sobre meu trabalho ali: não estava lá como estagiária nem como psicóloga: me apresentou como pesquisadora. *Essa, Dona Leila, é a Tassiana. Ela está fazendo uma pesquisa lá no posto. Sobre o meu trabalho viu? Pode ficar tranquila que ela tá acompanhando o meu trabalho, não tem nada ver com esse questionário não. Ela é psicóloga.*

Joana destaca bastante o fato de que minha pesquisa diz respeito ao trabalho do ACS e não da população, especialmente porque o questionário que aplicaria era sobre saúde mental. Quando ela terminou as apresentações, apertei a mão de Dona Leila e perguntei se ela se importava que eu acompanhasse a visita. Ela respondeu que não, que confia em Joana. A confiança dos moradores do bairro nas ACS que os acompanham é ponto fundamental para que o cuidado aconteça. A visita a D. Leila foi simbólica no que diz respeito à confiança das pessoas do bairro nas ACS; esta confiança permite a entrada nas casas, o trânsito pelo território, o manejo do cuidado e, como foi neste caso específico, a entrada de uma pesquisadora para observação de uma visita. Posteriormente, visitei mais uma casa com Joana, o qual será relatado nos capítulos que se seguem.

Finalmente, reafirmo minha percepção inicial em forma de conclusão: o vínculo das Agentes com os moradores do bairro permite que seu trabalho seja realizado; o meu vínculo com essas profissionais permitiu que o meu trabalho fosse realizado. Só fui parte da Unidade quando me permiti ser cuidada; só criei um vínculo quando, muito mais do que fazer com que se acostumassem com minha presença, acostumei-me com a delas, entendendo seus movimentos, compreendendo seus horários e temores frente ao território que foi, outrora, inacessível também para essas mulheres.

A palavra “vínculo”, portanto, no que se refere ao “fazer” das ACS, constrói-se a partir do conhecimento, por parte destas trabalhadoras, da história do usuário do serviço e também por meio das relações de afetividade e confiança mútua, permitindo o processo de corresponsabilização pela saúde. O vínculo em si mesmo carrega um potencial terapêutico. (Baduy, Bortoletto, Cruz, Merhy & Slomp, 2019).

II – AS DIFICULDADES DE SER AGENTE: “SERÁ QUE ISSO REALMENTE CABE A MIM?”

A Atenção Básica, assim como o ESF, não é modelo ou técnica, e sim estratégia. Isso significa que ambas têm como norteadora a crítica ao modelo biomédico vigente para repensar os modelos patologizantes, redutores da experiência humana e do processo saúde/doença. O “saber fazer”, portanto, perpassa um cuidado interdisciplinar e integral que, muitas vezes, não é ensinado nas graduações dos profissionais da saúde. As consequências disso são profissionais que chegam à ESF e, confrontados com questões do território e da população, questionam “o que fazer” (Soalheiro, 2017). O “saber fazer” no território requer, juntamente com a técnica, a criatividade e, pelo que pude observar, gera

frustração aos profissionais. As ACS, como profissionais que atuam diretamente nesse território que é também a rua em que moram, o bairro onde fazem compras, caminham e encontram-se, utilizaram-se, em muitas ocasiões, de sua criatividade, do vínculo e de um conhecimento vivencial para solucionar questões dos moradores do bairro. No entanto, o que pode ser potencializador de seu trabalho pode também ser adoecedor, quando a vida pessoal não se separa de suas funções enquanto profissional. Neste capítulo, proponho-me a relatar e tensionar as duas faces das ACS que se entrecruzam em muitos momentos, fazendo com que suas identidades profissionais sejam incompreendidas pela população e, muitas vezes, até pelas próprias Agentes.

As formas de adoecimento físico e mental relatadas pelas ACS são causadas por fatores ligados à equipe, à população e/ou à vivência de situações de risco, como violência, sentimento de vulnerabilidade, assédio, exposição ao contágio de doenças (a tuberculose, por exemplo). A cobrança externa e pessoal gera expectativas e idealização do trabalho dessas profissionais, que acabam se frustrando com as impossibilidades dos serviços e até mesmo do território (Camelo, Galon & Marziale, 2012).

Foi possível perceber o esgotamento e estresse causados pela sobrecarga das ACS, que recebiam um número considerável de estagiários diariamente, devido à presença de duas grandes universidades na cidade. Algumas vezes, minha proposta de pesquisa era entendida como estágio e isso remetia a um acompanhamento mais cuidadoso das ACS, o que seria um trabalho a mais para seu dia a dia. Segundo Nascimento e Correa (2008), as funções esperadas do ACS são: protagonizar a construção de vínculos com a comunidade; trabalhar a promoção e prevenção da saúde por meio da Educação em saúde e intermediar os saberes da prática biomédica com os da comunidade. Mas algumas funções não previstas realizadas pelas Agentes nessa Unidade iam da limpeza do ambiente quando a funcionária de serviços gerais estava de férias até o revezamento que faziam na recepção da UBS para atendimento aos usuários do serviço. Em nenhum momento da pesquisa as ACS falaram sobre isso não ser compreendido como função; entendiam esses encargos como parte do trabalho. Portanto, com atividades prescritas e não prescritas, essas mulheres acumulavam funções e falar em pesquisa para elas era entendido como uma a mais.

No início das observações da pesquisa, a auxiliar de serviços gerais havia acabado de tirar férias, portanto, como combinado entre a equipe, as Agentes se dividiam para organizar e limpar a Unidade. Isso não parecia incomodar as ACS. Quando perguntei sobre elas responderam que isso é bem acordado entre todas, portanto, *não pesava pra ninguém*

(ACS sobre a limpeza do espaço – fragmento dos diários de campo). A limpeza do ambiente, a recepção e a organização do espaço remetem ao trabalho domiciliar dessas mulheres: cuidar da UBS parece ser entendido como função porque cuidar da casa sempre foi compreendido como obrigação. A visão da sociedade patriarcal, que entende a mulher como portadora do gene do cuidado, faz com que as Agentes, todas mulheres e mães, se sintam responsáveis também pelo cuidado comunitário irrestrito (Figueiredo & Coqueiro, 2017).

As Agentes também precisavam lidar com um território que nem sempre as acolhia e compreendia a proposta de seu trabalho. Alguns exemplos disso são: dificuldades de acesso a algumas áreas muito distantes, pessoas que não atendem a porta quando a ACS chama, a dificuldade de cadastrar todas as pessoas do território, entre outras questões. O acesso às áreas mais distantes fica bastante claro no caso de Sônia. Ela possui uma moto própria e faz as visitas em sua área com esse veículo. Conta que sem ele não conseguiria chegar onde precisa e não recebe nenhum tipo de incentivo a mais para isso. Em uma ocasião em que eu acompanhava a Agente em uma visita, precisaria ir de ônibus até certo ponto; Sônia, que conhece todos do bairro, pediu carona para uma pessoa que me levou de carro até a porta da casa que visitaríamos. Outra questão que aparece como dificultadora do trabalho das Agentes são algumas famílias que se recusam a recebê-las para visitas ou até mesmo para cadastro. *Tem gente que atende a gente da sacada da casa; ou grita que tá tudo bem! Depois aparece lá na Unidade falando que a gente não foi fazer a visita. Aí é nossa palavra contra a deles. Fica difícil!* (ACS Helena - fragmento dos diários de campo).

Quanto a essa questão das visitas e sua comprovação, as ACS começaram um movimento de pedido de assinatura das pessoas nas casas em que visitavam; assim, mesmo nas casas onde eram recebidas de forma devida, recolhiam provas de sua passagem pela casa. As ACS entendem e sentem a forma como são recebidas a partir de uma perspectiva bastante pessoal: ficam chateadas com certas visitas e com o descaso e incompreensão de seu trabalho. Nesse ponto, a difícil separação entre o pessoal e o profissional pode levar ao adoecimento dessas profissionais.

As estratégias de defesa das Agentes são pontuadas por Camelo, Galon e Marziale (2012) em uma revisão de literatura sobre o adoecimento e o gerenciamento de estratégias de cuidado: evitar falar sobre situações comprometedoras que envolvam o território; trocar informações sobre o local onde trabalham; mapear locais proibidos e permitidos; trocar

informações entre si, priorizando prudência e proteção próprias e das demais Agentes; buscar o distanciamento entre o pessoal e o profissional.

Algumas dessas estratégias foram presenciadas por mim durante a observação participante. Quanto à troca de informações, usada como estratégia de defesa, as Agentes não possuíam um momento formal para elas. As reuniões de equipe não aconteciam com frequência, mas os momentos do café acabavam servindo para isso: uma informava às demais sobre seus casos, relatos de ocorrências de suas microáreas e trocavam, também, informações sobre lugares perigosos, lugares onde não eram bem recebidas e lugares permitidos.

As Agentes escutam a população e acompanham diretamente a rotina, sofrimentos e adoecimentos no território; são muitas vezes fonte de segurança para os moradores do bairro, que só conseguem se comunicar com essas profissionais e criam expectativas as quais, algumas vezes, elas não possuem ferramentas para lidar e suprir. As ACS escutam, acolhem e seu mecanismo de defesa é a fala; a troca de casos com os pares protege seu fazer no território e sua saúde mental.

A separação entre o profissional e o pessoal, no entanto, parece mais difícil para as ACS. *Eu também sou mãe, ela é minha vizinha, como não me preocupar de forma pessoal?* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo). Joana relata algumas histórias em que teve dificuldades de se abster devido ao seu envolvimento com o trabalho e mesmo com as famílias atendidas. Em 2015, a Unidade precisou passar por reformas e seria fechada por não ter outro lugar para funcionar durante o período de obras. Joana e o marido, então, disponibilizaram a garagem de sua casa para o funcionamento de algumas atividades da Unidade (atendimento médico, por exemplo). *O pessoal do bairro ia ficar sem atendimento. Doença não escolhe hora pra aparecer não.* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

Conta que ela e o marido decidiram fazer *de coração*, não cobraram nada por isso. No entanto, pressionados pelos comentários que ouviam no bairro, tiveram que ir até a rádio para esclarecer que não recebiam nada por isso, que tinham emprestado o local. Joana conta essa história com tristeza pela incompreensão da população. Diz que muitas vezes as pessoas cobram das Agentes resoluções no âmbito pessoal e fica muito difícil separar as dimensões, já que continuam convivendo com essas pessoas no dia a dia, fora do trabalho.

O outro relato, também uma situação ocorrida com a ACS Joana, diz respeito a um jovem que morava com a mãe e fazia uso de drogas - ela não especifica a droga ao relatar o

caso. A mãe havia sofrido violência por parte dele, segundo Joana, em um momento de uso de drogas; ele estava sob medida protetiva. O jovem, que não poderia ultrapassar 30 metros de distância da mãe, estava morando na rua. A ACS conta que a mãe, por ter se lembrado da época em que a Agente emprestou a garagem para funcionamento da Unidade, pediu que acolhesse seu filho, que o deixasse morar temporariamente na garagem de sua casa. A ACS me conta que, assim como a mãe, teme o jovem: *Quando ele usa drogas, ele não tem controle. Eu não posso arriscar receber umas pessoas assim na minha casa. Se você tem medo dele, eu também tenho.*

Apesar de não poder receber o menino, Joana não deixa a mãe desassistida. Acolhe o sofrimento e oferece escuta; também localiza o jovem no bairro e informa à mãe. Aproveitei o momento para perguntar à Agente como são os cuidados com pessoas em situação de rua por parte da Unidade e das ACS. Ela diz que o menino está em situação de rua, mas que não mora na rua e explica não haver muito o que fazer quando as pessoas estão nessa situação.

O relato de Joana traz um sofrimento que pude acompanhar em algumas outras situações, ao longo das observações participantes. A impossibilidade de ajudar a todos do bairro acaba gerando frustração e sofrimento para as ACS, que também são, em alguns momentos, cobradas pelos moradores. Muitos não sabem separar a profissional ACS da moradora do bairro. E em muitos relatos e situações, as ACS também ficam confusas com essa separação.

Joana não deixa de pontuar, enquanto conta a história, que também é mãe, portanto “sente a dor da mãe” e não consegue enxergar o caso somente como profissional. A dificuldade do distanciamento entre o fazer profissional e o papel de cuidado embutido na sociedade sobre a mulher é adoeceador para as ACS, as quais não conseguem solucionar todas as questões do território e se frustram, profissional e pessoalmente (Figueiredo & Coqueiro, 2017).

“Será que isso realmente cabe a mim?”¹⁴

No momento em que iniciei as observações participantes, em meados do ano de 2018, estava sendo realizada uma pesquisa proposta por professores da universidade. A pesquisa foi apresentada para as ACS, especialmente por seu conhecimento sobre o

¹⁴ A frase que dá nome a este tópico e também ao título do capítulo foi dita pela ACS Debora em uma de nossas andanças pelo bairro.

território e sua população. O objetivo era mapear a situação de saúde mental dos idosos do bairro, realizando, para isso, um questionário. Inicialmente, não foi oferecido às Agentes que aceitaram participar nenhuma bonificação. O trabalho era voluntário, o que trouxe duas questões para as profissionais: realizá-lo gastaria tempo e implicaria em uma reorganização de suas agendas; a outra questão dizia respeito à incompreensão ou compreensão parcial do que significava a pesquisa. Essa incompreensão fez com que as Agentes questionassem: *Se eu não sei pra que isso serve, como vou chegar na casa das pessoas assim, dizendo que elas precisam responder? Isso atrapalha muito nosso trabalho com elas.* (Sônia, ACS que participou da pesquisa). Algumas ACS decidiram ajudar nesse mapeamento e pegaram alguns questionários para buscar entender o que era esperado e, em seguida, aplicá-los. Joana foi uma delas, como relatei, no primeiro capítulo, sobre nossa visita a D. Leila e o enquadre feito pela Agente.

Pesquisas, estágios e, muitas vezes, atividades propostas pela própria equipe da Unidade fogem à compreensão das ACS, que têm como primeiro movimento buscar entender. Como elo entre equipe e comunidade, essas profissionais são a fonte de conhecimento não técnico para a população, favorecendo a compreensão dos cuidados em saúde que muitas vezes não são explicados de forma clara para quem acessa o serviço. Apesar disso, as ACS questionavam algumas funções que eram delegadas a elas. O caso de Debora é um exemplo bastante claro dessa afirmação. A Agente foi designada para cuidar de dois casos de Tuberculose em sua área de abrangência.

De acordo com a legislação brasileira, as ações de controle da Tuberculose devem ser feitas no âmbito da AB, articuladas pelos gestores municipais e estaduais, buscando garantir o acesso a tratamentos supervisionados e/ou autoadministrados, uma rede de serviços para identificação de sintomáticos respiratórios e proteção de sadios. No território, deve ser feito o acompanhamento dos casos e o cuidado com toda área em que a doença foi detectada. Se um caso é descoberto, são solicitados exames, tanto para o indivíduo que recebeu o diagnóstico, quanto para pessoas que convivem de forma mais próxima ou morar na mesma casa que ele. O acompanhamento do tratamento deve ser feito, também, por meio da dose supervisionada (Ministério da Saúde, 2002). Quanto ao papel das ACS em casos como esses, cabe a elas a identificação precoce de doenças de notificação compulsória (Martines & Chaves, 2007). Das funções prescritas acima, não cabe somente à ACS o acompanhamento da dose supervisionada do fármaco, sendo necessária a participação de mais membros da equipe nesta tarefa.

No caso de Debora, a ACS ficou responsável por acompanhar a dose supervisionada e conversar com os familiares e vizinhos sobre a possibilidade de fazerem exames para descartar a doença. Em uma das visitas, fomos conversando até a casa onde iríamos e Debora já demonstrava alguns incômodos em relação à tarefa que lhe foi designada:

Acho que são muitas pessoas, viu? Problema é que eu venho aqui, pego o nome de todo mundo explicando do exame, as pessoas criam expectativas, me cobram e como que eu fico? Eu duvido que eles [Secretaria de Saúde do município] liberem esse tanto de raio x, duvido! E quem fica mal na história sou eu...Essa dose supervisionada também, olha só a responsabilidade disso. Se ele não toma, pode contaminar todo mundo e a culpa é minha. No meu outro trabalho era diferente, a equipe trabalhava junta, quando tinha dose assim vinha ACS, enfermeira, técnica. Todo mundo se responsabilizava. Sinto falta disso aqui, de conversa mesmo. (ACS Debora – fragmento dos diários de campo).

Quando chegamos a uma das casas para conversar com o indivíduo diagnosticado com tuberculose, percebemos que naquele território moravam muitas pessoas (aproximadamente dez sujeitos da mesma família em um mesmo corredor de casas), portanto, a hipótese de Debora estava confirmada. Ela precisaria informar sobre a possibilidade de contágio e, ainda assim, não poderia afirmar se os exames seriam liberados para todos; isso geraria expectativas que recairiam sobre a ACS. Outro incômodo da Agente era a responsabilidade de acompanhar, sozinha, uma dose supervisionada.

Debora pega todos os nomes das pessoas próximas, sobe nas casas do segundo andar, faz, como ela mesma diz, *sua parte*. Quando estamos saindo da casa, encontramos parte da família, que se acumulava na porta. A Agente para, cumprimenta todos e se disponibiliza a esclarecer dúvidas a respeito do porquê veio. Explica sobre o tratamento, sobre a necessidade de uma dose supervisionada e os cuidados que devem ser tomados pelo restante da família e por pessoas próximas. *Elas [pessoas da família] não sabem o que tá acontecendo. Daí perguntam. A nossa função também é passar isso para elas.* (ACS Debora – fragmento dos diários de campo).

Nesse momento, aproveita para me apresentar e conta que estou acompanhando seu trabalho como ACS. A família agradece os esclarecimentos. Debora foi bastante clara e até repetitiva nas informações sobre o tratamento, mas uma questão me chamou bastante a atenção: ela não mencionou, em momento algum, o nome da doença. Aproveitando que andávamos pelas ruas e que ela me contava um pouco do bairro, perguntei sobre não mencionar o nome da doença. Debora, como fazia com todas as pessoas do território,

explica com calma e clareza que algumas pessoas da família sabiam do diagnóstico de tuberculose, mas que ela não tinha certeza se todos:

Olha, eu não posso falar que doença que é porque a gente não sabe para quem ele contou. O que eu faço é alertar as pessoas que existe um adoecimento, que é contagioso que as pessoas também precisam se cuidar. Contar sobre que doença é cabe a ele. (ACS Debora – fragmento dos diários de campo).

A tuberculose, assim como o uso de drogas, é um tabu. Toda informação referente a cuidados e formas de contágio é passada sem que se diga o nome da doença; os cuidados do sujeito pelo uso de drogas não são feitos porque não se fala sobre elas, mas o indivíduo pode procurar ajuda sem mencionar seu uso. Esses “não ditos” que rondam o bairro são ditos pelas Agentes em outros lugares, baixando a voz para comentar, de forma que não ficam sempre esclarecidos. Parece, muitas vezes, motivo de constrangimento para as ACS.

Outra questão levantada por Debora é a busca de soluções conjuntas, o trabalho em equipe. A falta de diálogo dentro da própria UBS pode remeter, também, a uma falta de comunicação entre a rede de saúde do município. Uma das causas da dificuldade de comunicação em uma equipe de saúde pode ser a rotatividade dos profissionais provocada pela mudança de governo. Das ACS que pude acompanhar, somente uma havia chegado havia menos de um ano. Aline estava, quando entrei na Unidade, começando a se habituar ao trabalho e à equipe. Quanto à rotatividade dessas profissionais, a maioria trabalhava na Unidade há mais de cinco anos. Isso facilitava a comunicação, mas não garantia. As ACS relataram, e eu mesma pude perceber nos momentos em que fiquei lá, a ausência de comunicação sobre novas funções. Sabem o que foi solicitado a elas, mas não sabem por que devem executar naquele momento. Como apresentei na descrição acima, essa questão pode ser empecilho para uma das principais funções das ACS frente ao território: a educação e comunicação em saúde entre a equipe da ESF e a população atendida.

Quanto ao cuidado com o usuário de drogas do território, as dificuldades e a compreensão do que é função dessas profissionais é ainda mais complexa. Os riscos do território, a quebra de vínculos já estabelecidos caso se “envolvam” no amparo a famílias com usuários de drogas e a dificuldade de acesso a estratégias de cuidado para essa população acabam fazendo as ACS questionarem: *Seria meu papel esse cuidado? Qual o papel da Unidade nesse caso?*

Maria chegou até a sala das coordenadoras bastante incomodadas com o que acabara de acontecer. Quando começou a contar a história, Paula disse saber do caso e que

planejava chamá-la para conversar. Perguntei se elas preferiam que eu deixasse o local para que conversassem e as duas disseram que não. O caso que incomodou Maria foi relatado por ela da seguinte maneira: uma família de sua área de abrangência era conhecida pelo uso abusivo de drogas. Maria não sabia bem que droga essa, pois contou que ninguém do bairro sabia muito bem. Os boatos acabaram por estigmatizar tais pessoas no território. Mas através de um bom vínculo, A ACS conseguiu acesso a eles e entendeu que precisavam de cuidados. Com muita cautela para manejar o contato dessa família com a UBS, ela relata que as maiores dificuldades são “o que pensam dos que usam drogas.” Quando conquistou a confiança da família, Maria recebeu uma “ordem de cima”, como todos na Unidade se referem, de que era preciso investigar essa família sobre a quantidade de drogas usada, quais trocas eram vistas na residência, quem fazia uso e como a droga entrava na casa. Quanto à expressão “ordem de cima”, tanto Maria quanto Paula entenderam que estava relacionada à justiça, mas não souberam – ou não quiseram – dizer quem poderia ser portador do aviso. Questões como essas remetem ao proibicionismo e às práticas punitivistas de cuidado ao usuário de drogas. As próprias palavras usadas pela Agente demonstram a diferença das entradas no campo; Maria, prontamente, se coloca contra a entrada pela investigação, já que não entende isso como seu papel, e é apoiada por Paula, a coordenadora, que ainda reforça: *Isso não é sua função, Maria. Sua função é a saúde e o cuidado e isso você está conseguindo fazer.* (Coordenadora Paula – fragmento dos diários de campo).

Paula também recebeu esse comunicado, mas ninguém parece saber de onde ele surge, somente a expressão “ordem de cima” é repetida. Em casos como esses, dificilmente o estigma que afasta usuários dos cuidados são quebrados, mesmo para a equipe de saúde. Quando um território é rota de tráfico, fica marcado como impossível de receber cuidado, seja pelo risco para os profissionais, seja porque cuidar de uma família estigmatizada significa uma dificuldade de vínculos das ACS tanto com esta, quanto com as demais famílias do bairro.¹⁵

Com essa diferenciação entre o que cabe às profissionais e às moradoras e moradores do território, as Agentes questionam, em alguns momentos, o fechamento da Unidade. A pesquisa foi realizada enquanto eram transmitidos os jogos da Copa e, em alguns casos, a Unidade decidia, devido ao ponto facultativo, se abriria ou não. Em uma terça-feira após um jogo do Brasil, cheguei ao local e as pessoas se acumulavam na porta

¹⁵ O estigma e os estereótipos sobre os usuários de álcool e outras drogas no território serão melhor trabalhados no capítulo III.

para serem atendidas. Na sala do café, as ACS estavam agitadas com tanta demanda e uma delas comentava: *As pessoas não escolhem a hora de ficar doente. Acho complicado fechar o tempo todo. Poderia escolher um período, não sei.* (ACS Sônia – fragmento dos diários de campo).

As outras Agentes, no entanto, respondiam que o descanso também era importante, apesar de entenderem a preocupação da colega. Mesmo com o fechamento da Unidade para os jogos, essas profissionais eram paradas nas ruas, procuradas em suas casas e seu trabalho não parava. A função da ACS é descolada da Unidade para o território e a percepção de sua posição de cuidadora ultrapassa os limites da profissão, tanto pelas profissionais, quanto pelos moradores do bairro. Sem folgas ou descansos, mesmo com a UBS fechada, o trabalho dessas Agentes não cessa. Elas são cobradas, muitas vezes, em âmbito pessoal. Mais tarde, elas me explicaram que um senhor do território havia passado mal e essa era a preocupação de Sônia ao questionar o fechamento da Unidade para os jogos da Copa. Esse senhor não é só alguém que tem acesso ao serviço de saúde. Ele é um tio, um amigo da família, um irmão, pai de uma amiga, enfim, um exemplo de que a linha que divide o profissional do pessoal, para as ACS, é bastante tênue e causa inúmeros sofrimentos. As expectativas criadas sobre as Agentes, vistas como solucionadoras de problemas, e a percepção das próprias profissionais como responsáveis por melhorar o bairro e a vida de seus moradores pode levar a um desvirtuamento de suas atribuições (Rosa, Bonfanti & Carvalho, 2012). A tentativa de responder às expectativas da profissão também parecem relacionadas, neste caso, à ideologia da “mulher cuidadora”. Mesmo com recursos escassos, carências dos serviços de saúde, baixa remuneração e vínculo precário, as ACS estendem suas jornadas pela obrigação do cuidado relacionada também ao gênero (Barbosa, Menezes, David & Bornstein, 2012).

As Capacitações repetitivas e sem sentido

Do mesmo jeito, tudo pra eles é número. Eles não querem saber se foi tudo bem feito, eles querem saber de quantidade e não de qualidade. (ACS Maria – fragmento dos grupos focais).

Ao longo da observação, pude participar de uma capacitação oferecida para as ACS com temática bastante específica: a Hanseníase. Conversei com elas e com as coordenadoras da UBS para compreender melhor do que se tratava e porque estava sendo oferecida naquele momento. As ACS foram enfáticas: *Estão oferecendo essa capacitação*

porque apareceram alguns casos no território. Mas vai ser a mesma coisa, a gente já sabe como identificar e como encaminhar. Não sei por que isso de novo! (ACS Sônia – fragmento dos diários de campo).

A capacitação foi realizada no anfiteatro da universidade. Ao longo da explicação da professora que dava uma aula expositiva, as Agentes conversavam a respeito do que era exposto e diziam que conheciam todas as informações expostas pela professora palestrante. *Uma perda de tempo!* – algumas delas exclamavam.

A lei que regulamenta a jornada, formação e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde foi promulgada em 2006 (Lei 1.350/2006) e tem em seu texto a obrigatoriedade de uma capacitação inicial para todos os ACS (Ministério da Saúde, 2006). Após a realização desta, as demais são formuladas a partir de demandas do território e também da avaliação realizada sobre o trabalho das ACS. As demandas do território dizem respeito ao aparecimento, no bairro, por exemplo, de doenças epidêmicas (que devem ser reportadas à Secretaria de Saúde do município), como foi o caso da capacitação sobre Hanseníase.

No caso das capacitações realizadas por meio da avaliação do trabalho das Agentes, elas têm como base o sistema de dados. Essa plataforma, chamada de Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi desenvolvida com o objetivo de gerenciar os Sistemas Locais de Saúde e acompanhar as ações e atividades realizadas pelas equipes da ESF (Ministério da Saúde, 1998). No caso do trabalho das ACS, são registrados, no programa, os cadastros das famílias de cada microárea, o controle das visitas domiciliares e o motivo de sua realização, assim como os encaminhamentos realizados após a visita. A crítica de Fonseca, Machado, Bornstein e Pinheiro (2012) quanto a essa forma de avaliação do trabalho dos ACS recai sobre a forma exclusivamente quantitativa com que são apresentados os dados. Isso implicaria uma avaliação somente da produtividade e dos atos de caráter biomédico, desconsiderando, por exemplo, a complexidade do trabalho realizado pelas Agentes; ainda sobre essa forma de avaliação, seria impossível pensar em particularidades do trabalho e considerar dificuldades e potencialidades de ações como acolhimento, vínculo, educação em saúde, entre outros.

As ACS se revezam nos dois computadores da Unidade que funcionam para alimentarem o sistema com as atividades realizadas no dia por cada membro da equipe da ESF. Cada um tem seu *login* e sua senha. Sônia conta da importância da alimentação do sistema para além do incômodo em relação à forma mecânica que isso é realizado. Segundo a Agente, o registro mostra a efetividade da Unidade através dos números, evitando que a UBS seja prejudicada.

Por outro lado, se pensarmos no relato das ACS a respeito das capacitações, é possível entender por que a maioria delas não tem feito sentido. Como as Agentes mesmas ressaltam, elas já sabem o que fazer em casos de Hanseníase, por exemplo. A fragilidade da avaliação do trabalho delas está, portanto, no fato de só atender à expectativa numérica, quantitativa. Mas e a qualitativa?

Eles não querem saber de qualidade, eles querem números. Então é isso que a gente faz, né? (ACS Sônia - fragmento dos diários de campo). O processo de vínculo, a forma como as visitas são feitas, o acolhimento, a escuta, muitas dessas formas de cuidado mobilizadas pelas ACS no território são desconsideradas pelo método de avaliação de seu trabalho. Justamente o que não está previsto nos manuais de práticas de cuidados poderia ser o fio da meada que levaria a questão da Educação em Saúde às dificuldades e soluções dadas no território pelos profissionais. Se “na prática a teoria é outra”, a avaliação que permitiria um fortalecimento das equipes e das práticas no território deveria ser feita de forma mais qualitativa, considerando a criatividade para superar as dificuldades do trabalho no território, por exemplo. Os números falam, evidentemente, mas as ações das ACS que não podem ser quantificadas ficam perdidas no momento da avaliação. O foco deveria, portanto, estar nas dificuldades e na construção de potencialidades, tomando por base o que já fazem as Agentes. Seria mais produtiva uma aprendizagem contextualizada, tal como a proposta de Educação Permanente em Saúde, um processo educativo que tem como meta a aprendizagem em saúde a partir do saber prático dos atores sociais que atuam em instituições e no território. Ele ocorre de forma contextualizada, considerando também aportes teóricos, metodológicos e científicos atualizados sem, no entanto, deixar de priorizar o saber da trabalhadora e do trabalhador de campo. As trocas e espaços de reflexão coletiva também são priorizados no processo de Educação Permanente (Ceccim, 2005).

III – ESTIGMA, ESTEREÓTIPOS E OS TERRITÓRIOS INACESSÍVEIS

Aqui, ninguém vai pro céu.
(Não existe amor em SP – Criolo)

A visão moralista e moralizante sobre o usuário de droga se estende no território, abarca instituições de saúde, pessoas responsáveis pelo cuidado. Isola sujeitos e os prende em rótulos: ou se alcança o céu cessando o uso ou se chega ao inferno quando o mantém.

Dois extremos e nenhum cuidado. *Ela usa drogas sim, mas ama os filhos e cuida deles. Isso ninguém pode negar.* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

A conjunção “mas”, adversativa, está presente em quase todos os discursos sobre os usuários de álcool e outras drogas na Unidade Básica de Saúde. Estas são sempre uma característica marcante e definidora do sujeito que frequenta a Unidade ou que transita no território, como se usar drogas apresentasse esses sujeitos ao mundo e os despisse de suas demais características: *Ele usa droga, mas é bonzinho. Ela usa droga, mas cuida da mãe.* Esse discurso incapacita, demoniza o usuário de drogas e faz com que os que cuidam, amam e são bons sejam exceção entre os usuários.

O estigma atrelado aos usuários de álcool e outras drogas é amplamente discutido na literatura e pode ser condição que afasta essas pessoas, mesmo necessitadas de cuidados, dos serviços e dos profissionais de saúde (Souza & Ronzani, 2018). Para as Agentes Comunitárias, a temática das drogas e do cuidado de usuários frequentemente causa angústia e frustração e é baseada em construções do senso comum, carregadas de moralismo e soluções punitivas que afastariam ainda mais as pessoas do cuidado (Zambenedetti, Piccinini, Sales, Paulon & Silva, 2014). O medo, a insegurança e o desconhecimento em uma rede de saúde que daria suporte ao trabalho das ACS com usuários de álcool e outras drogas são dificultadores. A visão destas profissionais quanto aos usuários de drogas é de sujeitos violentos e transformados por elas. (Melo, Assunção & Dalla Vecchia, 2016).

O assunto “drogas” na Unidade aparece juntamente com histórias pessoais e as práticas de cuidado são baseadas em senso comum, como é possível perceber na fala da Agente Debora: *É complicado, se eles não querem cuidado, quê que a gente vai fazer...* (ACS Debora - fragmento do grupo focal).

O primeiro grupo focal realizado na UBS com as Agentes para finalização da pesquisa teve uma situação como disparadora. Nela, um personagem fictício trazia questões relacionadas ao uso das drogas, vulnerabilidade e suposta relação com tráfico. As ACS, na ocasião, escutaram atenciosamente a situação lida por mim. Após a leitura, esperei que elas falassem, mas isso não aconteceu; portanto iniciei as perguntas disparadoras. Elas disseram não ter passado por uma situação igual ou parecida com aquela narrada, mas logo esclareceram que sem dúvida a droga usada pelo personagem era o *crack*. Expliquei que as demais drogas poderiam também ser consideradas nesse contexto, se fosse o caso de pensar em situações similares às presenciadas por elas no trabalho. Essa pontuação foi disparadora de diversas narrativas, em sua maioria, referentes ao uso de

álcool. *É, na minha área antiga, que eu mudei né, tinha um rapaz que era o alcoolismo. [álcool] é uma droga também que acho que é a pior de todas que é a lícita né. E que daí leva às outras.* (ACS Sônia, fragmentos dos grupos focais).

A compreensão de Sônia sobre o uso do álcool pelo rapaz de seu território é acompanhada de incompreensão e dificuldade de acolhimento da equipe em casos de uso de drogas.

E já aconteceu de eu marcar consulta pra ele e ele ir alcoolizado na consulta. E na época era (profissional da equipe da ESF), e a (profissional da equipe da ESF) não tinha muita sensibilidade nesse sentido, né... Era uma excelente profissional, mas ela não sabia lidar muito bem com essa situação não. Ela falou comigo que não era pra marcar mais consulta pra ele alcoolizado, não tem como eu ficar na casa dele vigiando e ver se ele não tá bebendo. Quando eu fui marcar a consulta, ele não estava alcoolizado, não. (ACS Sônia - fragmentos dos grupos focais).

Os questionamentos sobre “o que fazer” em casos como esses no território perpassam toda a equipe. O tabu da droga, como o já explicitado no primeiro dia, na apresentação do meu projeto e problema de pesquisa para as ACS, afasta toda uma equipe dos conhecimentos sobre os cuidados possíveis. Se não se pode falar nem a palavra “droga”, como conhecer as práticas de cuidado? Ao longo deste capítulo, busco relatar e exemplificar as situações em que a droga apareceu de forma esclarecida pelas Agentes.

Os usuários de drogas não são pacientes com quem as Agentes constroem vínculos de forma fácil. São “rebeldes”, incomodam as profissionais e o fazer no território, quando não desistem do atendimento por temerem as barreiras. Pelas expectativas negativas que as Agentes têm sobre as drogas, buscam a construção de um vínculo “forçado”, assimétrico, de forma a controlar a vida e o processo de saúde dos sujeitos. (Baduy, Bortoletto, Cruz, Seixas & Merhy, 2019).

Baduy, Merhy, Slomp e Seixas (2016) utilizam-se do termo “pessoas-cordeiro” para se referirem àqueles que não incomodam, são acessíveis no território e de fácil construção de vínculos simétricos para o cuidado. Os usuários de drogas, para as Agentes, são o contrário de “pessoas-cordeiro.”.

A frase que inicia este capítulo foi dita por Joana ao me convidar para acompanhá-la até a casa de uma moradora do território, Rosa, que tem 31 anos, seis filhos, é casada e tem passado, segundo o relato da ACS, por uma situação complicada com o seu caçula. O bebê, que na época da observação tinha seis meses, nasceu com fibrose cística. A doença é genética, autossômica e multissistêmica, prejudicando o sistema digestório, respiratório e as glândulas sudoríparas. Ao afetar o sistema digestório, o paciente tem má absorção de

nutrientes e não ganha peso, apesar da alimentação saudável. A triagem neonatal tem ajudado a aumentar a expectativa de vida de bebês nascidos com fibrose cística (Athanzio et al., 2017). O medicamento que ajuda na absorção de nutrientes, permitindo que o paciente ganhe peso, é oferecido pelo SUS mediante acompanhamento do caso pela Secretaria de Saúde do município.

A casa tinha uma garagem sem carros, paredes de tijolo exposto e uma escadinha que levava ao segundo andar. Uma escadinha sem muita segurança, sem corrimão e feita de cimento cru. Antes mesmo de chegar até a porta, Joana me pergunta: *Eu já vim aqui com você né? Foi você que denunciou pro Conselho Tutelar?* (ACS Joana - fragmentos dos diários de campo). A pergunta não foi feita em forma de julgamento, mas de interesse; a Agente parecia entender que eu tivesse feito uma denúncia sobre as condições das crianças que moravam com os pais naquela casa. Mais tarde, ela relatou que isso já havia acontecido algumas vezes. Respondi repetidamente que não havia feito nem havia visitado a casa, apesar de termos combinado anteriormente. Contudo, o adoecimento de Joana afastou da Unidade pela primeira vez, o que não permitiu que fôssemos até lá anteriormente. Ela insistiu que já tinha me levado, que se lembrava de ir com alguém ali, uma estagiária, talvez. Disse que o problema da casa eram as condições e que os vizinhos já haviam denunciados inúmeras vezes, por isso a mãe não aceitava receber muita gente. Ela iria tentar explicar por que eu acompanhava seu trabalho e o quanto isso era importante. Mas deixou clara a possibilidade de Rosa não aceitar minha presença: *Ela e o marido fazem uso de crack, todo o bairro sabe. Por isso é tão difícil entrar lá, mas ela gosta muito de mim. Eu sempre ajudo com o que posso, acho que é por isso. Não julgo.* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

Joana relata, ainda, que sabe sobre o *crack* porque conseguiu, certa vez, conversar com Rosa sobre o assunto. A Agente credita isso à confiança que a moradora tem em seu trabalho e à ausência de julgamento de sua história, marcada por perdas, as quais foram acompanhadas de perto por Joana, que era, além de ACS da área, amiga da família. As denúncias vinham dos vizinhos que sentiam o cheiro e relatavam ouvir gritos vindos da casa. A ACS diz acreditar que alguns profissionais dos serviços de saúde também contribuíram para que a família de Rosa criasse uma barreira frente ao território, julgando seu uso, enxergando-a somente como uma usuária e não como mãe preocupada e responsável pelos cuidados de si e da família. Mesmo durante sua gravidez, os profissionais da Unidade tiveram dificuldades para entrar em contato para a realização do teste do pezinho em seu filho. O vínculo, nessa casa, está atrelado unicamente à figura da

ACS Joana. As demais pessoas dos serviços geram receio na moradora, são vistas por ela como punitivas e, de fato, elas criam relações baseadas em condições: seus filhos ficarão com você se...

O conhecimento da história de vida das pessoas atendidas pelos serviços de saúde modifica a postura frente à situação de adoecimento. As intervenções, portanto, não são guiadas somente por protocolos e pelo modelo biomédico; a construção de um projeto terapêutico, com conhecimento da história de vida do sujeito, pode potencializar o cuidado. Joana, além de conhecer o adoecimento de pessoas da família de Rosa, conhece os modos como essa mulher lida com as situações vivenciadas, como enxerga o cuidado e como tem vivenciado o adoecimento do filho. A ACS, portanto, considera a usuária do serviço uma interlocutora qualificada (Slomp Junior, Feuerwerker & Merhy, 2015), construindo laços que permitem pensar o cuidado em conjunto e não somente através de imposições de como deve ser feito.

Existe um descrédito total quanto aos cuidados maternos que Rosa oferece aos filhos. O remédio do caçula, por exemplo, é controlado por duas Secretarias dos dois municípios em que a família faz o tratamento: a Unidade do bairro fica responsável por pesar a criança e acompanhar de forma mais próxima a evolução do caso, informando ao hospital e à Secretaria de Saúde da cidade vizinha, onde Rosa recebe o tratamento e os remédios para o filho.

O dia estava frio e assim que Joana chama, a porta da casa se abre. A mulher que nos recebe, de roupas de verão, apesar do vento, é simpática e aparenta a pouca idade que tem. Estende a mão para a Agente, que logo se apressa em me apresentar: *Essa é a pesquisadora lá da UBS. Ela tá fazendo uma pesquisa sobre meu trabalho, por isso tá me acompanhando. Você lembra dela?* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

Rosa apertou minha mão e disse que não me conhecia, mas que era para ficar à vontade. Convidou-nos para entrar, já que fazia frio. Já na casa, ela e Joana começam a me contar o que estava acontecendo. Contam da doença do filho, do susto que foi receber diagnóstico e prognóstico pouco favoráveis e do alívio em saber que o tratamento sairia de graça pelo SUS. O marido, na época da visita, havia acabado de arrumar emprego e ela relatava isso felizmente para a ACS, que ainda não sabia. O filho mais novo, que possuía a doença, dormia em uma cama de casal juntamente com a irmã, de cinco anos, que, conforme disse a mãe, estava também adoentada. Joana e ela ficaram conversando e a Agente direcionava olhares furtivos a mim enquanto a mulher falava. Rosa dizia que havia

parado de beber e que agora a irmã havia se separado do marido e estava *naquela vida que eu levava*.

Parei de beber por causa dele – Rosa aponta para o menino que dormia tranquilo. Não menciona a droga ilícita, o *crack*, em momento algum; dizia sempre que não *mexia mais com aquelas coisas* e tinha parado de beber. Segundo Joana, o nascimento do último filho e a doença serviram de alerta para ela.

Ela sempre tem que levar o filho em [cidade em que o tratamento é oferecido] porque eles fazem o acompanhamento lá também. Lá na Unidade ela vai pesar a criança, se o peso dele diminui a gente sabe que não tá sendo cuidado. Temos que ir falar com ela e ir acompanhando; se não melhorar, temos que avisar o pessoal do tratamento e eles acionam o Conselho Tutelar, se for o caso. É complicado, tem que ir ganhando a confiança. Mas uma coisa eu sempre digo: ela pode usar a droga dela, mas é uma mãezona, os filhos são tudo pra ela. (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

Joana comenta, na saída da casa, que sempre se coloca à disposição para qualquer dúvida daquela mãe. Pelo vínculo construído, a Agente explica que passou a ser fácil transitar pelos espaços que Rosa frequenta, até mesmo com estagiários. Ela propõe soluções para Rosa e busca o tempo todo esclarecer sobre o tratamento do filho e as possibilidades que a UBS pode oferecer para a família; comenta sobre contraceptivos também oferecidos gratuitamente pelo SUS quando Rosa pergunta a respeito. Fica evidente, nessa visita, que a ACS consegue uma comunicação fluida e clara com pessoas do território. A fala de Rosa também evidencia a diferença de diálogo entre ela e a ACS e os demais membros das equipes de saúde que ela tem conhecido: *Joana, acho que quero trocar de médico. Vi isso lá no hospital, tem uma outra médica especialista na doença. O médico que atende a gente não me explica nada*. (Rosa, moradora do bairro)

A ACS escuta atentamente a questão e busca fortalecer o vínculo de Rosa com o médico de qualquer forma, como se o tratamento dependesse disso. Ao sair da casa, a Agente se explica: *Ela não deve tá gostando do médico porque ele deve ter dado um ‘pega’ nela que ela não tava fazendo as coisas direito e o menino tava perdendo peso*.

A comunicação entre Rosa e o médico é facilitada por Joana. O médico explica, Rosa não entende e então tem dificuldade para cumprir o que ele pede. Quando Joana entra nessa equação, as coisas ficam bastante diferentes. Ela explica com paciência, busca se informar para passar tudo detalhadamente para Rosa, que a escuta e questiona. Existe uma relação aí que, para além do vínculo, envolve o outro tipo de comunicação, de escuta do sofrimento e das dúvidas do usuário do serviço. O “não saber” como forma de

construção de vínculos e a simetria do encontro permite que Rosa se comunique com Joana, que escuta e busca conhecer sua história de vida para, assim, propor possibilidades de cuidado (Baduy, Bortoletto, Cruz, Seixas & Merhy, 2019). Aproveito o momento em que caminhamos pelo território voltando para a Unidade para perguntar a Joana sobre a droga e aquela família, como são feitos os cuidados quanto ao uso de drogas. Ela responde, enfaticamente, quase assustada: *Não, de jeito nenhum, não tem cuidado sobre drogas. Na verdade a gente nem sabe que ela usa droga. A gente cuida de outras coisas, outras questões. Não se fala do uso lá, você viu né?* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo)

Essa visita à casa de Rosa trouxe alguns esclarecimentos que acabaram sendo reforçados pelas demais Agentes ao longo das observações e dos grupos focais. A denúncia, situação ocorrida com Rosa, é significada pelas ACS como uma barreira que as impede de acessar certos territórios e impede também que os usuários do serviço consigam se sentir seguros para se vincular aos cuidados da Unidade.

Aí quando eu chego lá, ele conversa comigo muito na rua, o marido, aí a mulher nem conversa. Às vezes eles não atendem, quando atendem é assim, na rua. [Relato sobre a entrada em uma casa em que os moradores fazem uso de drogas ilícitas] (ACS Maria – fragmento dos grupos focais).
Porque ficam com medo de uma possível denúncia. (ACS Sônia, complementando a fala de Maria – fragmento dos grupos focais).

A diferenciação entre drogas lícitas e ilícitas também influencia na forma de cuidado que as Agentes relatam conseguir fazer. As drogas lícitas não são vistas pelos usuários como drogas e é mais fácil falar sobre seu uso, inclusive com a equipe de saúde. Já as drogas ilícitas estão envolvidas por um tabu e pelo proibicionismo; falar sobre elas pode modificar as relações sociais do sujeito e a percepção que as pessoas têm sobre ele (Borges, Dalla Vecchia, Sanches & Santos, 2018). As drogas ilícitas envolvem, também, o medo da denúncia por parte das ACS e até mesmo da UBS, o que dificulta a criação do vínculo. Nestes casos, as Agentes relatam que não conseguem, muitas vezes, sequer realizar o cadastro, sendo recebidas nas portas e dispensadas.

E eu até prefiro me manter longe, porque às vezes eles acham que eu tô indo pra denunciar e às vezes eu não vou poder mais, tipo assim, fazer o meu serviço, porque se eles tomam alguma rixa, você não pode mais... (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).
Se não tiver muita intimidade com esse povo, algum vizinho denuncia, eles vão achar que é a gente. Na área da [Fabiana] lá toda vez que a gente fazia cadastro, que era ponto lá, passava umas duas, três semanas, a polícia batia, pronto eles agora vão pensar que foi a gente. (ACS Maria – fragmento dos grupos focais).

A “fofoca de bairro”

Desde o início, na apresentação da pesquisa para as ACS, era perceptível a dificuldade de se pensar em questões e casos relacionados à droga; era difícil até mesmo mencionar a palavra “droga” sem receber olhares furtivos e intrigados. Portanto, as conversas iniciais já me colocaram a par da complexidade que seria o momento de coleta de dados.

Falar sobre drogas era expor uma comunidade, uma rua, uma casa e seus moradores; era assunto íntimo e vergonhoso, um tabu. A imersão proposta como metodologia anterior aos grupos focais foi crucial para a construção da pesquisa. Sem esse primeiro momento, as narrativas não seriam tão aprofundadas e claras, sem medo ou desconfiança¹⁶. A “fofoca de bairro” surge, pois eu acabei me tornando, em alguma medida, parte dele, portanto, merecia e precisava saber dos acontecimentos locais.

A Agente Helena relata que o que se sabe sobre drogas em sua microárea e no bairro em geral não é relatado pelo usuário:

Ah eu às vezes fico sem saber como até como agir; como abordar a pessoa principalmente. Até porque nesses casos, eles não me relataram que eles eram usuário, a gente sabe porque a gente conhece, digamos que a gente conhece a pessoa quando é. Ninguém me relatou, a não ser a mãe que comentou (...) Até porque quem usa também nunca assume né?! (ACS Helena – fragmentos do grupo focal).

Geralmente quem faz uso a gente sabe porque a gente já viu, já ouviu falar. Mas que a pessoa chegou diretamente pra contar, não conta não. E se cê perguntar, nega. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

O uso de drogas é um tabu tanto para as ACS, quanto para os usuários. Nos relatos das Agentes sobre este assunto é possível perceber que a busca de cuidado nos serviços de saúde perpassa outras tantas questões que não a droga. As Agentes, como moradoras do bairro, sabem do uso porque *alguém comentou, alguém viu, alguém desconfiou ou sentiu o cheiro*. Essa questão acaba por aumentar a distância entre o usuário de álcool e outras drogas, que precisa de cuidados, e a equipe de saúde. Se, por um lado, as pessoas não querem/podem falar, por outro, as ACS também não se sentem aptas a ouvir. O estigma do usuário de drogas e o mito da “força de vontade” como força motriz para cessar o uso de vez mobilizam frases que são barreiras para o acesso do sujeito; não existem soluções possíveis, segundo as ACS, pois quem usa drogas não quer parar, não quer cuidado, de

¹⁶ A observação participante e o vínculo inicial como fatores que permitiram a realização da pesquisa estão melhor explicitados no capítulo sobre Metodologia.

modo que não há como oferecê-lo. Percebemos, aqui, a predominância da ideia de que o indivíduo consome drogas devido a uma predisposição pessoal e de que a “força de vontade” é a única forma de se iniciar o tratamento e cessar o uso (Melo, Assunção & Dalla Vecchia, 2016).

Até porque geralmente quem faz uso dessas coisas não quer ajuda. Acha que isso é bom pra eles. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais). Frases como a de Helena geram um efeito duplo: culpabilização do usuário, fazendo com que outras pessoas não “precisem” se envolver no cuidado, e desresponsabilização dos serviços de saúde frente a esse sujeito que, aparentemente, pelo uso da droga, deixa de fazer parte do território de cuidado. Ele, diferente dos demais moradores do bairro, tem que gritar por ajuda e abstinência, caso contrário, não merece atendimento.

Se um dia eles me procurarem, eu tô de braços abertos, o que eu puder fazer eu vou fazer, mas até então se não partir deles, de mim também não vai partir. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

O discurso hegemônico entre as Agentes traz a moralidade e a força de vontade como bases do cuidado. *Eles procuram quando realmente quiserem* é a máxima usada quando o assunto é usuários de álcool e outras drogas. Para as ACS, não existe cuidado possível para além da abstinência e do ato de assumir que se faz uso. Em outras palavras, para se tratar um sujeito no território, as Agentes negam as drogas, seus usos, sua existência. Cuida-se do pé machucado do sujeito que faz uso problemático de drogas, mas só quando ele não bebeu; faz-se a visita da usuária de *crack* para manutenção das ações em sua casa, mas jamais lhe perguntam sobre a relação com a droga.

Andando pelo bairro com Helena, Joana, Maria ou qualquer uma das ACS que me convidavam para uma visita, eu aproveitava o momento para trazer o assunto sobre drogas à tona. Buscava compreender o que era feito por elas no território e como se sentiam em relação ao tema. Mas o tópico era incômodo, todas elas respondiam monossilabicamente, quando respondiam, e logo mudavam de assunto.

Certo dia, andando pela área de Debora para acompanhar seu trabalho de vacinação de acamados, perguntei à Agente se ela conhecia usuários de drogas no bairro, se ela realizava o cuidado de algum caso. Debora abaixou a voz e disse: *Essa área aqui é muito perigosa, essa que trabalho. Mas eu nunca tive problemas aqui. Todos me respeitam. Mas é perigosa!* (ACS Debora – Fragmento dos diários de campo).

Por perigoso, compreendi, no decorrer da conversa, Debora queria dizer *local em que se supõe que exista uma rota de trágico*. Sua microárea, como ela relata, era famosa

por ser um dos principais pontos de tráfico do bairro. Mas, sempre que afirma isso, contrapõe dizendo que nunca foi desrespeitada lá, sempre teve seu trabalho compreendido e tem “passe-livre” em todas as casas. Mas não são todas as casas que as ACS podem ou querem entrar.

Tem uma casa que era ponto de droga na minha área. Tem um que era um barraco, quando eu bati lá eu fiquei assustada, me atenderam gente doidona. Falo assim “não moça, não preciso de nada não”. Então o cadastro ele nem quis fazer, primeiramente porque não teve nem como eu abordar ele pra ter a convivência. Outro, aí os filhos mexiam com droga, foram presos; o pai e a mãe ficaram na casa. Aí agora eles estão reformando, não sei se vai alugar, se vai vender, mas aí eles usam o posto [UBS], mas nunca em sentido de droga. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

O conhecimento do território também como moradoras do bairro é, novamente, o diferencial no trabalho das ACS. Reconhecimento de lugares, famílias e a forma como interagem faz com que as Agentes saibam onde é seguro e vale a pena ir. Alguns lugares são inacessíveis, seja por decisão da equipe, seja por decisão da própria ACS. A questão que se coloca, mais uma vez, é a desassistência de alguns territórios. O trabalho dessas profissionais abre portas, mas também pode colocar algumas barreiras.

A gente sabe de todas. Pode perguntar para as Agentes. Sabemos exatamente quem faz uso e quem não faz. Sabemos onde a gente pode entrar e onde não pode. (ACS Debora – Fragmento dos diários de campo).

As duas principais barreiras para o cuidado e a aproximação do usuário de álcool e outras drogas do serviço de saúde, especialmente as drogas ilícitas, são a culpabilização do usuário e a quebra de vínculos das ACS com esses sujeitos, o que ocorre, em grande parte, pelo estigma que o usuário AD recebe nesses espaços.

É o que a Debora falou, a gente se sente totalmente impotente frente a essa população, temerosas também em tá entrando no desconhecido. Às vezes pode... se a gente intervir muito, acaba que perde... (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

O contato da família inteira. (ACS Debora – fragmento dos grupos focais).

O contato da família inteira, então isso prejudica lá dentro, então tem que ter muita cautela pra entrar nesse meio. Na minha área é mais tranquilo, é um pouco mais tranquilo. Acho que a área da Debora é mais... (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

Portanto, para as ACS, atender ou se relacionar com pessoas que fazem uso de drogas no território seria arriscar a relação com o restante do bairro, pois elas receberiam um estigma por cortesia (Goffman, 1988). Nesse caso, as ACS já têm sua decisão tomada:

afastam-se dos territórios em que ouvem falar sobre o uso de drogas, independente da rota de tráfico ou não. Este também é um fator que provoca distanciamento de algumas áreas por questões de segurança; contudo, somente a existência de usuários já é indício o suficiente para tornar o território inacessível. Por consequência, as trocas de informações sobre casos como estratégias de segurança e proteção das ACS (Camelo, Galon & Marziale, 2012) também afastam essas profissionais de algumas famílias.

Então, ô, resumindo isso tudo. No caso da Debora é claro que a área dela é mais complexa. Por quê que ela não faz uma intervenção? Porque tem mais famílias que precisam dela em outros setores, do que se ela mexer nessa parte específica de tráfico de droga e impedir que ela atenda todo o território. Porque se eles [moradores do bairro] tomarem birra dela vai atrapalhar o resto a trabalhar. É isso. (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

As Agentes relatam, no entanto, que existe uma possível ajuda a oferecer àqueles usuários de drogas que as procurassem. Essa possibilidade única, que não é livre de alguns entraves, como relatam as Agentes, é a internação.

(...) tem uma moça da área da [Debora], porque aí veio, e como eu conheço ela, ela me procurou, pediu pra consultar pra poder internar porque ela é usuária de droga. Aí ela chegou e falou assim ‘ah Helena, eu tenho três filhos pequenos, eu quero sair dessa vida, quê que cê pode fazer pra mim?’. Aí tinha que passar pelo dentista, pelo médico, aí lá a gente providenciou tudo, aí depois sumiu. Aí vi ela quinze dias depois e falei assim ‘uai cê não internou não?’, e ela ‘desisti’. Antes mesmo dela se internar, ela desistiu. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

Helena conclui sua fala dizendo que o tempo e o “vício” são os maiores inimigos do cuidado com usuário de drogas, pois, como os exames demoram a ser concluídos, os usuários de drogas acabam culpando o sistema por sua desistência em prosseguir, *deixam o vício vencer...* (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

A visão sobre o “vício” e o uso de drogas traz como base um senso comum muito disseminado que pode ter como consequência, mais uma vez, o afastamento desses indivíduos de todos os cuidados. A proposta única da abstinência e da internação pode minar as possibilidades criativas e do território de busca de vínculo aos serviços, mesmo àqueles especializados como CAPSad o próprio trabalho realizado pelas ACS. As Agentes percebem o usuário como um sujeito que cria “desculpas” para ficar sem cuidado, que perde a batalha para o “vício”, o indivíduo que “usa porque quer” e, da mesma forma, só para quando quer. Como se todo uso de drogas tirasse o sujeito de seu contexto social, de

relações e da história, colocando-o como único culpado e responsável. Nos relatos dos grupos focais, essa visão se mostrou unânime.

A cidade de médio porte onde foi realizada a pesquisa é rodeada de comunidades terapêuticas, o que favorece a cultura da internação. O CAPSad foi aberto há aproximadamente três anos, considerando o ano de 2018, quando a pesquisa foi realizada, e muitas das Agentes relatam não conhecerem o funcionamento e como se dá o tratamento na instituição. A má comunicação entre a rede de saúde do município – é possível até mesmo questionar se existe um funcionamento em rede dos dispositivos – contribui para que as internações sejam o único recurso conhecido e procurado pelas Agentes e moradores do bairro.

Mas os moradores então já procuram vocês com nomes bem específicos, assim, procuram já sabendo onde querem se internar? (Pesquisadora – fragmento dos grupos focais).

Sim, já sabendo aonde vai. ‘Vou internar em tal clínica, preciso desses exames tal, tal, tal tal’. Mais nesse sentido. (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

A descrição de um tratamento ideal para essas profissionais tem a Agente Sônia como porta-voz:

No meu modo de ver seria, é... Vamos pensar lá naqueles programas de televisão, que é tudo lindo. Igual, vai lá, com o dono de uma clínica e aborda o seu João, convida ele pra sair, pergunta se ele quer ajuda. Porque na maioria das vezes, naquele momento em que eles tão ali na rua, caídos, eles aceitam essa ajuda e tudo. Levar pra internar, pra ajudar né, com uma equipe preparada com psicólogo, com médico, uma equipe completa. Isso seria o sonho de qualquer equipe, ter essa oportunidade, poder fazer essa abordagem... Mas a gente não tem. (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

A UBS, segundo as Agentes, não oferece dispositivos e respaldo para ações de cuidado com usuários de álcool e outras drogas. A questão da desassistência e até mesmo a desinformação dos dispositivos e profissionais da rede afastam ainda mais os sujeitos do cuidado. Pontos soltos na rede de saúde, populações desassistidas, territórios inacessíveis. Fica o questionamento: os usuários se afastam dos serviços de saúde tanto quanto os serviços criam barreiras para assisti-los?

Para tentar elucidar melhor essa questão, trago dois exemplos citados pelas ACS de barreiras físicas que, para elas, conhecedoras do território, são marcações dos locais de uso de drogas. O primeiro é relatado por Maria, que afirma existir uma casa em seu território na qual vive um casal que, segundo a vizinhança, faz uso de *crack*.

A gente nunca viu! Eu nunca vi! Mas todo mundo sabe porque os vizinhos sentem o cheiro, sabe? (ACS Maria – fragmento dos diários de campo).

Os vizinhos entraram em contato com a ACS e relataram o uso. Ela, então, começou a acompanhar o caso; cadastrou os moradores e comunicou à equipe da Unidade. A droga, segundo Maria, nunca apareceu como questão para o atendimento do casal, mas ela começou a perceber que, algumas vezes, quando ia até a casa fazer as visitas, eles não atendiam a porta. Ficava evidente para Maria que esses eram os momentos em que a visita não deveria acontecer. Além dos horários estabelecidos pela Agente como impróprios, um cachorro também demarcava o impedimento.

Eles têm um cachorrão enorme. Toda vez que eu passo lá e o cachorro tá solto eu nem chamo. Eles tão fazendo uso. O cachorro fica lá pra avisar mesmo, pra ninguém entrar. (ACS Maria – fragmento dos diários de campo).

Outra situação que demarca a barreira física para a entrada das ACS em locais de uso foi relatada por Joana. Como já contei no início deste capítulo a história de Rosa, uma mãe de seis filhos, usuária de *crack* e álcool, não vou me estender novamente nesse relato. É preciso, no entanto, complementá-lo, contando sobre a postura de Joana alguns dias após nossa visita a casa. Como havíamos estado com a mãe e as crianças em uma visita habitual antes da consulta do filho mais novo – que sofre de fibrose cística –, a ACS passou a me dar notícias diárias do caso. Em uma dessas conversas, convidou-me para ir novamente até a casa, convite que aceitei sem pestanejar. No entanto, consultando o relógio, Joana diz:

Mas acho que vai ter que ser amanhã. Agora não é uma boa hora. Essa casa é muito específica, sabe? Alguns momentos a gente não pode ir lá. Por exemplo, os horários da manhã até as 10 horas são tranquilos. Depois as crianças vão pra escola e como ela não tá trabalhando, ela faz uso. Outro indício também é quando você passa lá e as crianças tão brigando na rua, aí você sabe que ela e o marido tão fazendo uso porque ela não costuma deixar as crianças na rua não. (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

Mesmo sendo barreiras para o acesso, as situações relatadas por Joana e Maria também são estratégicas e mostram o quão detalhado e sutil é o conhecimento do território e das famílias por parte das ACS. Este conhecimento que se torna barreira e estratégia, ao mesmo tempo, fez-se presente ao logo de muitas visitas. As ACS sabem horários para visitar, sabem o que esperar e como lidar com as situações de forma criativa e utilizando o que o serviço lhes oferece naquele momento. No entanto, a questão moral frente às drogas e o estigma sobre o usuário afastam essas ACS do cuidado, assim como afasta os usuários de álcool e outras drogas do serviço.

Portanto, enquanto a droga for somente uma “fofoca de bairro”, seus usuários ficarão desassistidos; enquanto a palavra “droga” for dita, pela equipe de saúde, em voz baixa e as ACS continuarem temerosas em relação aos usuários, o cuidado será impossibilitado. Enquanto o único caminho conhecido e defendido para tratamento for a abstinência, desconsiderando-se a autonomia do sujeito e seus direitos, o distanciamento e as barreiras aumentarão. Os caminhos para o cuidado se estreitam para quem faz uso de drogas.

A relação das drogas com a violência é direta no relato das ACS. Muito mais do que não conseguirem visualizar o cuidado dos usuários e suas famílias, essas Agentes temem quem faz uso de drogas. Todas as situações das quais essas profissionais se recordam nos grupos focais são referentes ao uso de drogas e situações de violência, perigo e tráfico:

E nós somos orientadas também a não entrar, nessas casas assim que a gente vê que pode correr algum risco, nós não entramos. (ACS Sônia – fragmento dos grupos focais).

Helena relata situações de violência que aconteceram em sua microárea e as relaciona imediatamente ao uso de drogas. O relato e a associação são reforçados pelas demais Agentes.

(...) eu tava fazendo minha visita, aí eu vi uns gritos numa casa, mas eu continuei andando, aí a mãe dos meninos que mexem com drogas me chamou, aí eu fui até ela. Aí eu cheguei lá, ela falou assim: “Olha o que eu tô passando, ele gritando comigo, me maltratando”, aí nisso eu fui ouvindo ela, aí quando vê, ele chega: - “ela tá te contando a versão dela, ela me tirou de São Paulo pra vir pra cá pra me tratar mal”; aí ela falando: - “você já usou drogas, tá me agredindo” e os dois discutindo e eu lá, concordando com ele, concordando com ela. E fiquei naquilo lá. Só sei que depois ele começou a empurrar ela, aí eu fiquei sem saber o que fazer, fui e falei assim “olha, depois se você quiser me procurar pra gente conversar, cê me procura lá no posto que a gente conversa, mas nesse momento não tem como eu te ajudar”. Aí eu saí andando e vi ele empurrando ela pra dentro de casa. Provavelmente, ele bate nela. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

Segundo Crochik (2006), a pessoa que é objeto de preconceito é reduzida a um nome, a uma única característica definidora; todas as outras são desconsideradas. O usuário de drogas, por exemplo, é reduzido ao seu uso; até quando deixa de usar é identificado no território como ex-usuário de drogas. Sua identidade para as ACS é marcada por estigmas e, durante a coleta de dados, essas profissionais citaram diversas características que compunham essa identidade.

Afinal, quem é o usuário de drogas para as ACS? No segundo grupo focal realizado com as ACS, uma das perguntas disparadoras dizia respeito à percepção dessas profissionais sobre o uso e o usuário de drogas. As respostas tinham algumas Agentes como porta-vozes, mas todas estavam em comum acordo. *Uma família destruída, desestruturada, violência... O caos* (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

A aceitação do uso como condição para o cuidado e tratamento foi a principal questão pontuada. *Os usuários de drogas não assumem seu uso, como que vão pedir ajuda?* (ACS Debora – fragmento dos grupos focais). Comparam, ainda, o uso de drogas com outras situações de adoecimento em que o saber do sujeito é primordial para o cuidado, dizendo que quem faz uso de drogas não sabe quando ele é adoecedor:

Então eu acho, assim, a pessoa tá preocupada com quem é hipertenso, quem tem diabetes, quem é hipertenso e quem é diabético tem noção do que tá acontecendo. Passa mal, faz o tratamento, tem que ter também, mas agora o usuário de droga, ele não sabe o que tá acontecendo, eles não têm noção do que eles estão fazendo. (ACS Debora – fragmento dos grupos focais).

Os relatos sobre o desejo do uso e suas consequências, assim como a visão do usuário como uma pessoa destituída de sua autonomia por causa das drogas são controversos. Se, por um lado, as Agentes enxergam tais pessoas como impossibilitadas de compreender sua condição, quando se referem aos cuidados e busca de ajuda, dizem que o usuário precisa aceitar sua condição e, por isso, ele procura ajuda apenas quando quer, não sendo possível oferecê-la. A visão do usuário como alguém sem autonomia, incapaz de fazer escolhas conscientes e gerir seus próprios cuidados e sua vida pode favorecer medidas como internação compulsória ou, até mesmo, denúncias que levariam a ações punitivistas.

O estigma pode também afastar os usuários dos serviços. Frases como *eles precisam nos procurar (...)* ou *o sujeito precisa aceitar a doença e procurar o serviço* acabam por aumentar a distância entre territórios já inacessíveis e as ações de cuidados oferecidas.

A ACS Debora relata que, na maioria dos casos que conhece, a droga modifica o sujeito, transforma-o, *ninguém o reconhece* (ACS Debora – fragmento dos grupos focais). A violência, então, é tida como parte dessa transformação, de modo que o usuário de drogas e a violência estão bastante relacionados pelas ACS.

A pessoa não tem noção do quê que a droga faz, a pessoa que muda, a pessoa não tem noção do que ela tá fazendo com a vida dela. Então eu acho, assim, que se tivesse mais, igual, o pessoal fica preocupada com quem é hipertenso, com quem é diabético, entendeu? Mas não se preocupa porque tem gente se matando com a droga, por causa da droga. (ACS Debora – fragmento dos grupos focais).

Em suma, a identidade dos usuários de drogas é formada por características estigmatizantes que afastam essa população do cuidado e mesmo do acesso a alguns territórios, assim como afasta os serviços de saúde dos territórios em que esses sujeitos vivem. Destaquei somente algumas delas, aquelas que mais apareceram nas narrativas e nas situações vivenciadas com as ACS: sujeitos violentos, sem autonomia, desconhecedores de sua condição, “orgulhosos” e “sem força de vontade”. No processo de proteção e busca de estratégias de defesa das ACS (Camelo, Galon & Marziale, 2012), a troca de informações é o mecanismo utilizado em caso de território e situações supostamente violentas e de difícil cuidado. No entanto, o estigma que envolve alguns sujeitos e algumas ruas do bairro torna-se barreira e, muitas vezes, sem que percebam, as ACS evitam esses territórios para se protegerem, deixando desassistida parte da população.

Os espaços de formação inicial e continuada são propostos, na literatura, como solução possível para a questão dos estigmas. Nesses espaços, seria possível refletir os estigmas que envolvem determinadas populações, como pessoas em situação de rua e usuários de álcool, por exemplo, e deixar de reproduzir práticas de senso comum que ainda são, em sua maioria, carregadas de preconceito. Outra estratégia possível seria a informação sobre dispositivos e funcionamento da Rede de Saúde para acolher casos de uso de psicoativos (Melo, Assunção & Dalla Vecchia, 2016). Uma das maneiras de quebrar essas barreiras que, muitas vezes, são vistas pelas ACS como proteção seria o conhecimento sobre o uso de drogas e seus usuários, sem desconsiderar, no entanto, a sabedoria das Agentes sobre o bairro em que atuam e sobre os territórios inacessíveis.

As capacitações e grupos de estudos sobre cuidados com usuário de drogas

No Capítulo II, sobre a identidade do ACS, o tópico “As Capacitações repetitivas e sem sentido” trouxe alguns exemplos de como as Agentes lidam com as capacitações impostas a elas como parte do dia a dia de trabalho. Em resumo, essas profissionais dizem que nem sempre entendem o lugar das capacitações, já que elas são repetitivas e baseadas em números, e não em sua prática no território; não se considera o saber das ACS para se construir a temática e o material da capacitação.

Nos grupos focais com intuito de compreender melhor a relação das ACS com as práticas de cuidado para usuários de álcool e outras drogas, perguntei sobre as práticas prescritas e não prescritas, se as Agentes tiveram algum tipo de grupo ou capacitação que falasse sobre o cuidado com esses usuários, seja no território, seja na Unidade. A resposta foi unânime, apesar de ter tomado emprestada a voz de Helena:

Ah, eu acho que não porque, primeiramente, eles não querem ajuda. E, segundo, não adianta você chegar com aquela informação se a pessoa não vai querer mudar. (ACS Helena – fragmento dos grupos focais).

Mas eu acho que depende também porque a gente não se interessa muito por essa área, não. Eu tô sendo sincera, a gente tem receio de chegar, de... É igual eu te falei, a gente vai lá no território por conta de atender um núcleo familiar só, entendeu? Aí a gente deixa pra outros órgãos mais competentes, entendeu? (ACS Sônia complementando a fala de Helena – fragmento dos grupos focais).

O “não interesse” em capacitações na área da política de drogas traz também um desconhecimento da responsabilidade da Atenção Básica frente à população que as usa. Como fica esclarecido na fala de Sônia, os usuários de álcool e outras drogas devem ser tratados por “órgãos competentes” que não são referentes à AB ou às ACS. Os órgãos competentes destacados por Sônia e pelas demais Agentes são: CAPSad e internações.

Algumas das profissionais da Unidade haviam participado do Projeto “Caminhos do Cuidado”, oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, com o Grupo Hospitalar Conceição e a Escola Técnica de Saúde do SUS (ETSUS). O objetivo do projeto era a formação em saúde mental – álcool, *crack* e outras drogas para ACS, auxiliares e técnicos em enfermagem que atuavam na AB. O Projeto esteve ativo de 2013 até 2016 e o conhecimento acumulado continua disponível nas bases de dados do SUS, buscando fortalecer a ideia de Educação Permanente em Saúde. As ACS relatam que participaram do projeto, mas não se lembram muito bem sobre o conhecimento passado. Busquei explorar um pouco mais sobre a participação nesse projeto e que aconteceu mostra novamente o estigma como barreira para os cuidados dos usuários de drogas. As ACS dizem não se lembrarem do “Caminhos do Cuidado”, mas que isso não fazia muito diferença em sua prática, reforçando, mais uma vez, que o cuidado só acontece por meio da prevenção: *Se a gente não consegue evitar de usarem, depois não tem muito o que fazer não! Tem que evitar o primeiro uso.* (ACS Debora – fragmento dos grupos focais) – ou através da “força de vontade” em se permanecer abstinente.

Para as ACS, os cuidados são baseados nas ações preventivas: (...) *se tivesse umas palestras nas escolas seria muito interessante, falar com as pessoas ainda na*

adolescência, por aí. Porque depois que começa, não adianta. (ACS Maria – fragmento dos grupos focais).

As ações preventivas realizadas pela UBS são lembradas pelas ACS como as únicas que obtiveram algum sucesso. A semana da prevenção realizada na cidade, quando foram discutidos temas e cuidados sobre drogas, é citada pelas Agentes como uma boa forma de acessar a população e os profissionais. Elas ainda acrescentam que seria interessante adicionar às palestras a fala de pessoas que passaram pelo *mundo das drogas* (ACS Debora – fragmento dos grupos focais) para que todos se identificassem com os sofrimentos e evitassem o uso. A palavra “evitar” foi colocada por elas, portanto, como a única forma de cuidado possível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho das ACS é crucial para o funcionamento da AB, existem famílias que só elas acessam e pessoas que só procuram por elas aqui na Unidade. (Coordenadora Mônica – fragmento dos diários de campo).

As vivências que narrei ao longo deste texto me despertaram para outras questões do campo observado. Os relatos de experiências das ACS, assim como a vivência do território na companhia dessas profissionais foram extremamente ricos. Observar as práticas de cuidado não nomeadas por manuais e não propostas em capacitações para as Agentes foi também me deparar com formas criativas de agir sobre o território, considerando a especificidade das famílias, sujeitos, casas, espaços e situações. As ACS são vulneráveis redutoras de vulnerabilidades. Conhecedoras dos territórios até em seus pontos mais inacessíveis, elas reduzem as vulnerabilidades, enquanto vão percebendo as suas próprias: as dificuldades no cuidado e as falhas e a escassez de instrumentos e serviços de saúde.

A saúde mental das ACS e suas estratégias de defesa frente ao adoecimento da população e de si próprias foram presenciadas por mim nos relatos e mesmo nas ausências das Agentes. Ao longo da pesquisa, duas ACS adoeceram e foram afastadas do serviço, mesmo possuindo estratégias para proteção, como troca de casos e informações. As estratégias buscadas pelas ACS não pareciam suficientes e elas se sentiam, muitas vezes, desassistidas e apartadas da equipe. Ainda sobre as possibilidades de proteção de sua saúde mental, ora eram criadoras possibilidades de outros vínculos e de cuidados, utilizando-se das tecnologias leves para acessar a população; ora criavam barreiras, ao estigmatizarem território.

A mulher colocada pelas amarras do patriarcado sempre vigente na função de cuidadora também tem grandes efeitos sobre as ACS. Como na coleta de dados pude me deparar somente com mulheres trabalhando como Agentes, a dupla jornada dessas mulheres era gritante: cuidadoras no território e cuidadoras da casa. Cuidadoras da casa como função preestabelecida estruturalmente pela sociedade machista; cuidadoras no território pelo “instinto” e função também preestabelecida estruturalmente para essas mulheres: cuidam porque “nasceram” para cuidar, e assim se reproduz uma desigual lógica que dificulta ainda mais a separação entre a vida pessoal e profissional que é uma das principais causas de adoecimento mental dessas Agentes.

As Agentes que me acolheram sob seus cuidados, assim como acolhem as moradoras e moradores do bairro, sofrem por não saberem ou não poderem separar o profissional do pessoal. São cobradas pela população e cobram-se também frente ao

cuidado. A delimitação de funções das ACS se mostrou frágil e incompreendida por elas mesmas e pela população, o que faz dessa profissão, como pude perceber nas narrações e vivências, um emaranhado de deveres e dificuldades. As soluções propostas nem sempre atendem o território ou as próprias Agentes. O adoecimento dessas profissionais foi observado por mim e, a partir de então, busquei acolhê-los da melhor forma possível: fui acolhida e cuidada e, da mesma forma, ofereci, dentro das minhas possibilidades como pesquisadora e ser humano, acolhimento e cuidado.

No princípio, as drogas não eram mencionadas, eram insultos ditos em voz baixa para que ninguém recebesse como ofensa. No decorrer do tempo, as drogas no território começam a assumir outros contornos sem, contudo, deixarem de ser tabu. A criação de vínculo e confiança dessas profissionais na minha pesquisa e, acima de tudo, em mim como psicóloga e como pesquisadora fizeram com que esse assunto não as insultasse mais. Conversávamos mais, visitávamos mais casas e os territórios deixaram de ser tão inacessíveis para mim. Mesmo os que continuaram sendo até o fim desta pesquisa, eram acessados pela fala, pelas histórias, pelas narrativas que contavam sobre as barreiras e dificuldades para chegar.

A “fofoca de bairro” só é apresentada a mim quando passo a fazer parte da Unidade e, eventualmente, também do bairro onde as observações são feitas. Nesse sentido, a metodologia de observação participante foi essencial para a construção desta narrativa. A criação de vínculos, o conhecimento do território e a aproximação das ACS e das coordenadoras da Unidade me permitiram saber sobre assuntos que não eram conversados com todo mundo, em uma sala de espera. O uso de drogas era um desses assuntos, se não o principal. O proibicionismo afetava até mesmo o conversar sobre drogas e percebi a importância disso para pensar o cuidado de pessoas que faziam uso. No entendimento dessas profissionais, as drogas não poderiam ser objeto de cuidado sem que os usuários “assumissem” seu uso. Mas como assumir o uso de algo julgado e denunciável no território?

Os relatos de denúncias e de pedidos de investigação de casas e moradores são mais uma barreira para o cuidado no território. A droga é vista como um mal a ser combatido. Mas a questão que me coloquei e tive a oportunidade de colocar para as ACS foi: e o ser humano por trás desse mal? Nos grupos focais, momentos em que podíamos conversar e esclarecer questões que, muitas vezes, a correria do território não nos permitia, os relatos explicitaram um posicionamento dual sobre a questão das drogas. As Agentes disseram que o cuidado só é feito quando os usuários assumem seu uso e as procuram em busca de

ajuda. Por outro lado, relataram situações em que conseguiam acessar territórios, casas e pessoas usuárias de substância e realizar muitos tipos de cuidado. Mas a droga, esse “palavrão” deve ser sempre evitado. *A gente sabe que eles usam. Mas a gente não pode falar, a gente não fala.* (ACS Joana – fragmento dos diários de campo).

O “não dito” sobre a droga tem via de mão dupla: o silêncio vem tanto das ACS e das demais profissionais da equipe da ESF, quanto das moradoras e moradores do bairro. Existem inúmeras barreiras para uma conversa franca que poderia ser o início de um processo de cuidado e vínculo. O estigma, por exemplo, distancia a busca por conhecimento sobre cuidados possíveis para além de internações e faz com que o usuário de drogas seja visto como alguém transformado por elas, sem “força de vontade” e desconhecedor de si mesmo com o uso contínuo. Em outras palavras, o usuário de drogas não é visto como cidadão capaz de autonomia e decisão. O uso de drogas para as ACS é identificado como doença e, para começar o tratamento, é preciso vontade.

A definição acima remete aos cuidados propostos pelas ACS: a primeira ação frente ao uso de drogas deve ser tomada pelo sujeito e ele deve buscar abstinência; para isso, é preciso “força de vontade”, é preciso querer. Essa visão estigmatizante traz consequências desastrosas para esses sujeitos, que acabam desassistidos em muitos momentos e afastados dos serviços de saúde pela vergonha. Pensar o uso de drogas é pensar o contexto social e político, as relações interpessoais, o lugar em que vive o ser humano. Se descolado da realidade do usuário, o uso ganha proporções perigosas de estigmatização.

Mesmo com todas as dificuldades apresentadas desde o início da pesquisa em falar sobre o assunto “drogas e cuidado”, após a criação do vínculo foi possível colocar muitas das questões em pauta: a identidade do usuário de drogas no território, as formas de cuidado conhecidas, o que as Agentes pensam sobre as pessoas cuidadas e suas vivências e se esses usuários AD acessam os serviços de saúde. As dificuldades de acesso, segundo as ACS, também estão ligadas a uma “falha do sistema” (ACS Sonia – fragmento dos grupos focais). Não existem, segundo as Agentes, muitas formas de acolher esses usuários na AB. Somente os serviços especializados, como CAPS Ad, conseguiriam oferecer os cuidados necessários.

O acesso a capacitações e formação para as ACS, como pode observar pelos relatos, são pontuais e, em sua maioria, sem sentido para elas, pois são baseadas em dados quantitativos e no aparecimento de doenças epidêmicas no território. As práticas e o conhecimento das Agentes não são considerados. É exatamente isso que faz com que as formações oferecidas sejam sem sentido e descontextualizadas.

Saio desta pesquisa com uma visão completamente diferente da que entrei. Primeiramente porque precisei estranhar todos os processos e profissionais que julgava conhecer, técnicas e práticas que julgava familiares. Não conhecia nada, agora conheço pouco. E com esse pouco, percebi a importância da proposta de uma educação continuada e as consequências da não realização desse processo. O senso comum me pareceu, no decorrer desta pesquisa, um dos maiores inimigos dos cuidados com os usuários de álcool e outras drogas. Os estereótipos são como cartilhas que justificam o afastamento dos profissionais da saúde dos territórios em que existe uso de drogas; os estigmas são, como sua própria origem grega propõe, marcas profundas que cobrem os seres humanos usuários de droga e suas frágeis identidades.

Eles usam drogas porque querem, entram nessa vida por vontade própria... (ACS Aline – fragmento dos diários de campo).

O diálogo com essas Agentes e o acompanhamento de suas ações, práticas de cuidado, vivências nos territórios e trânsito pelo bairro só foram possíveis pelo vínculo; foram possíveis porque, para além da teoria que eu conhecia, meus ouvidos e olhos foram abertos, enquanto minha boca perguntava com interesse quando sentia que devia. A escuta, prática tão comum entre as ACS que elas nem mesmo definem como cuidado, foi o que me permitiu compreender suas ações e participar de tantas delas.

Concluo, destes anos de estudo, da escuta e das andanças, que preciso escutar muito antes de agir sobre o conhecimento dessas profissionais em território tão difícil. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde para cuidados com usuários de álcool e outras drogas, como proposto em 2013 pelo Projeto Caminhos do Cuidado, do Ministério da Saúde, me parece um dos caminhos para aproximar essas profissionais dos territórios inacessíveis. Outros tantos caminhos passíveis de trilhar foram apontados a mim pelas ACS: quebra de estigma sobre o usuário de drogas e os territórios inacessíveis; um trabalho em rede pelas instituições de saúde que flua, acolha e busque soluções conjuntas; o estudo, junto com as ACS, de possibilidades de cuidado no território que envolvam as soluções criativas dadas por elas e que são, muitas vezes, desconsideradas pela equipe e mesmo pelo sistema de avaliação mecânico e quantitativo do trabalho das ACS.

Entrei como psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde e saí como pesquisadora. A Psicologia, no entanto, ajudou-me na percepção do adoecimento das ACS e da população do bairro, desassistidas por um cuidado em saúde mental. Alguns projetos coordenados pelas universidades da cidade deram alguma assistência temporária a essa

questão, mas é importante pontuar que não cabe à universidade dar respaldo onde falha o serviço.

Terminar não é tarefa fácil. O vínculo que me coloca ao lado das ACS, profissionais do território, do fluxo e do movimento, faz com que este trabalho busque abrir portas. Eu não posso fechá-las sem antes contar uma última história.

Era manhã de sol quando cheguei à Unidade para a realização do grupo de tabagismo. Como havia terminado a pesquisa, resolvi que seria uma boa forma de voltar à Unidade em uma espécie de retribuição. Ao chegar, fui recebida pelas Agentes e por um café. Após realizar o grupo, saindo pela sala onde as ACS ainda se reuniam antes das visitas, fui convidada a transitar pelo território, acompanhar o trabalho do dia de nove dentre as quatorze Agentes da Unidade. O vínculo continuava vivo.

6 REFERÊNCIAS

- Acsegrad, G. (Ed.). (2015). *Quem tem medo de falar sobre drogas?: saber mais para se proteger*. FGV Editora.
- Alarcon, S. (2014). O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: M. A. S. Jorge, M. C. D. A. Carvalho, & P. R. F. D. Silva (Orgs.), *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp. 201-228). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Alvarez, S. Q., Gomes, G. C., Oliveira, A. N., & Xavier, D. M. (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 102-108.
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 2309- 2319.
- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de pesquisa*, 36 (129), 637-651.
- Andrade, L. O. M., Barreto, I. C. H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: G. W. M. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp.783-836). São Paulo: Editora Hucitec.
- Andrade, M. A. C., Franco, T. B., Freitas, P. D. S. S., Galavote, H. S., Garcia, A. C. P., Lima, E. D. F. A. et al. (2016). Saúde e Sociedade. *Saúde e Sociedade*, 25, 988-1002.
- Angrosino, M. (2009). *Etnografia e observação participante: coleção pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Athanazio, R. A., Silva Filho, L. V. R. F., Vergara, A. A., Ribeiro, A. F., Riedi, C. A., Procianny, E. D. F. A. et al. (2017). Diretrizes brasileiras de diagnóstico e tratamento da fibrose cística. *Jornal brasileiro de pneumologia*, 43 (3), 219-245.
- Baptista, T. W. D. F., Cunha, M. S. D., & Fausto, M. C. R. (2009). Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. *Physis: revista de saúde coletiva*, 19(4), 1007-1028.
- Baptistini, R. A.; & Figueiredo, T. A. M. de (2017). O desafio de ser agente comunitário rural: o cotidiano de visitas domiciliares. *Rizoma I: Saúde Coletiva e Instituições*, 1, 13-32.
- Barbosa, R. H. S., Menezes, C. A. F. D., David, H. M. S. L., & Bornstein, V. J. (2012). Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 751-765.
- Barros, M. A. de, & Pillon, S. C. (2006). Programa saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. *Revista eletrônica de enfermagem*, 8(1), 144-149.
- Bezerra, Y. R. D. N., & Feitosa, M. Z. D. S. (2016). A afetividade do agente comunitário

de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 813-822.

Bleicher, T., & Oliveira, R. C. N. de (2016). Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(3), 543-549.

Borges, C. F., Fonseca, A. F., & Machado, F. R. S. (2014). O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: M. A. S. Jorge, M. C. D. A. Carvalho, & P. R. F. D. Silva (Orgs.), *Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional* (pp. 19-39). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Bornstein, V. J., David, L. S. H. M., Scherlowski, H. M., de Araújo, G., & Wellington, J. (2010). Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), 93-101.

Brusamarello, T., Noeremberg, Guimarães, A., Labronici, L. M., Azevedo Mazza, V. D., & Alves Maftum, M. (2011). Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(1), 33-40.

Camelo, S. H. H., Galon, T., & Marziale, M. H. P. (2012). Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento. *Revista Enfermagem UERJ*, 20 (5), 661-667.

Campos C. J. G. (2004). O método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm.*, 57 (5).

Cardoso, A. D. S., & Nascimento, M. C. D. (2010). Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1509-1520.

Carneiro, H. (2002). A fabricação do vício. In: *Anais do XIII Encontro Regional de História ANPUH-MG* (pp.9-24). Mariana: ANPUH.

Carneiro, H. (2010). *Bebida, abstinência e temperança*. São Paulo: Editora Senac.

Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. p 161-168.

Cecílio, L. C. D. O., & Matsumoto, N. F. (2006). Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde* (pp. 37-50).

Chorny, A. H., & Kuschnir, R. (2010). Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2307-2316.

Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24 (1), S7- S27.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). (2008). Referências técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia (2018). Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. Brasília, DF:CFP.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003) Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília: Senado.

Cortes, S. M. V. (1998). Conselhos municipais de saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3, 5-17.

Crochik, J. L. (2006). *Preconceito, indivíduo e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

David, H. M. S. L.; & Acioli, S. (2010). Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, 63 (1), 127-131.

Diniz, D. (2008). Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 417-426.

Scorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M. de, & Senna, M. de C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, 21(2), 164-76.

Ferreira, V. S. C., Andrade, C. S., Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 898-906.

Figueiredo, M. D., & Onocko Campos, R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 129-138.

Fonseca, A. F., Machado, F. R. D. S., Bornstein, V. J., & Pinheiro, R. (2012). Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), 519-27.

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2007). Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Gil, C. R. R. (2006). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 22 (6), 1171-1181.

Giovanella, L. (2006). A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de saúde pública*, 22, 951-963.

- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. Cidade: Editora.
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12(24), 149-161.
- Guizardi, F. L., Stelet, B. P., Pinheiro, R. O. S. E. N. I., & Ceccim, R. B. (2006). A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: R. Pinheiro, R. B. Ceccim, R. A. Mattos (Orgs.), *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde* (pp 153-177). Rio de Janeiro: IMS/UERJ–CEPESC–ABRASCO.
- Jardim, T. D. A., & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 123-135.
- Lavras, C. (2011). Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 20, 867-874.
- Lopes, F. de M., & Dalla Vecchia, M. (2015). A vida por uma aliança ou uma aliança pela vida? In: *Psicologia Social e Saúde: da dimensão cultural à político-institucional*.
- Lunardelo, S. (2004). O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433.
- Melo, B. C. D. A., Assunção, J. I. V., & Vecchia, M. D. (2016). Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 57-66.
- Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. D., Oliveira, J. R. D., & Andrade, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42, 38-51.
- Mello, G. A., Fontanella, B. J. B., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, 12(2), 204-213.
- Mendes, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: OPAS.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. In: *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*.
- Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. C. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: E. E. Merhy, R. S. Baduy, C. T. Seixas, D. E. S.

Almeida, & H. Slomp Junior (Orgs.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 59-72). Rio de Janeiro: Hexis.

Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.

Minayo, M. C. de S. (2008). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2017). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília, DF. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. (1998). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2001). *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2001). Programa Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2002). Manual técnico para controle de tuberculose. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2004). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Divisão de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. (2005). *Deixando de Fumar sem Mistérios: manual do coordenador*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2006). Nota Técnica 14/2006c: Considerações sobre a formação do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Morgan, D. L. (1997). *The focus group guidebook*. Sage publications.

Nascimento, E. P. L., & Correa, C. R. D. S. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 1304-1313.

Nogueira, R. P., Silva, F. B. D., & Ramos, Z. D. V. O. (2000). Vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde.

Nunes, M. D. O., Trad, L. B., Almeida, B. D. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. D. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1639-1646.

Oliveira, J. F. D., McCallum, C. A., & Costa, H. O. G. (2010). Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas.

Paim, J. S. (1997). Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: a luta do Cebes* (pp. 11-24). São Paulo: Lemos Editorial.

Paim, J. S. (2008). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Paim, J. (2009). *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Paiva, F. S., & Costa, P. H. A. (2017). Desigualdade Social, Políticas sobre Drogas e Direitos Humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. In: M. Dalla Vecchia, T. M. Ronzani, F. S. Paiva, C. B. Batista & P. H. A. da Costa (Orgs.), *Drogas e Direitos Humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas* (pp. 53-72).

Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 569-580.

Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: R. A. Mattos & R. Pinheiro, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 68-115). Rio de Janeiro: ABRASCO.

Pinto, A. G. A., Palácio, M. A. V., Lôbo, A. C., & Jorge, M. S. B. (2017). Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da estratégia saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(3), 789-802.

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), 4579-4589.

Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Portaria nº 4.279. (2010, 30 de dezembro). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Portaria n. 2.488. (2011, 21 de Outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. D. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25 (2), 203-211.

Queiroz, I. S. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da

- cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: ciência e profissão*, 21(4), 2-15.
- Ribeiro, M. D. A., Bezerra, E. M. A., Costa, M. S., Branco, C. E. C., Neto, J. D. A., Moreira, A. K. F. et al. (2014). Avaliação da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 27(2), 224-231.
- Rocha, R. L. (2017). Atenção Básica não é atenção mínima. *Revista Radis*, 183, 10-25.
- Rodrigues, L. B. B., Silva, P. C. D. S., Peruhype, R. C., Palha, P. F., Popolin, M. P., Crispim, J. D. A. et al. (2014). A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 343-352.
- Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & Carvalho, C. D. S. (2012). O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde e Sociedade*, 21, 141-152.
- Saffer, D. A., & Barone, L. R. (2017). Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 813-833.
- Sanches, L. R., Santos, T. G. C. D., Gomes, T. B., & Dalla Vecchia, M. (2018). Meanings of Family Support in the Treatment of Drug Dependence. *Paidéia*, 28, e2824.
- Santos, D. D. S., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 861-870.
- Santos, G. A., & Nunes, M. D. O. (2014). O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 105-125.
- Seixas, C. T., Baduy, R. S., Cruz, K. T. D., Bortoletto, M. S. S., Slomp Junior, H., & Merhy, E. E. (2019). O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170627.
- Silva, C. C. R. (2013). A aliança entre justiça e psiquiatria no controle do uso de droga: medicalização e criminalização na berlinda. *Revista EPOS*, 4 (1), 01-24.
- Silveira, P. S., Soares, R. G., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma e suas consequências para Usuários de Drogas. In: T. M. Ronzani (Ed.), *Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas* (pp. 249- 274). Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Slomp Junior, H., Feuerwerker, L. C. M., & Merhy, E. E. (2015). Histórias de vida, homeopatia e educação permanente: construindo o cuidado compartilhado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1795-1803.
- Soalheiro, N. (2017). Saúde Mental para a Atenção Básica. In: *Saúde Mental para a Atenção Básica*.
- Souza, Â. C. D. (2015). Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés. Tese de Doutorado, Programa PPGHCS/COC,

Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Souza, F. É., & Ronzani, T. M. (2018). Desafios às práticas de redução de danos na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, 23, 59-68.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In: N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Ed.), *Handbook of qualitative research* (pp. 435-454). London.

Tomaz, J. B. C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6, 84-87.

Valerio, A. L. R. (2010). Mal(dita) liberdade e cidadania: a redução de danos em questão. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica de Salvador, Salvador.

Velho, G. (1978). Observando o familiar. In: E. O. Nunes (Org.), *A aventura sociológica* (pp. 36-46). Rio de Janeiro: Zahar.

Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*, 20(5), 383-386.

Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (2005). PSF: um instrumento de reforma do SUS. *Physis*, 15 (1), 225-64.

Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. London: Sage.

Zambenedetti, G., Piccinini, C. A., Sales, A. L. L. D. F., Paulon, S. M., & Silva, R. A. N. D. (2014). Psicologia e análise institucional: contribuições para os processos formativos dos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34 (3), 690-703.

7 ANEXOS

7.4 Anexo I

Grupo Focal I

Situação:

João é morador do território de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e foi cadastrado, ele e a família, pelas Agente Comunitárias (ACS) de seu bairro. Utilizava-se bastante do serviço até que, por algum motivo, não conseguiu acessá-lo mais. Ao buscarem informações sobre o caso, as ACS descobrem que João dorme alguns dias em casa e outros em uma pracinha do bairro. A família conta também que João tem feito uso recorrente de crack e tem se afastado cada vez mais de casa e dos serviços de saúde os quais recorria sempre que necessário. No entanto, a ACS responsável pela área onde reside a família de João sempre teve um bom vínculo com ele, foram colegas na escola e vizinhos, portanto sempre brincavam juntos na rua. Isso ajudou a ACS a ter uma boa comunicação com João, conseguindo conversar sobre assuntos referentes a sua saúde sempre que visitava a casa. A equipe da UBS, assim, solicita à ACS que vá até onde João está ficando para conversar com ele sobre como tem sido seus dias e entender um pouco da sua dificuldade de acesso ao serviço. Mas apesar da relação da Agente com João e a boa comunicação, a hipótese comentada no bairro de que ele está envolvido com questões do tráfico assusta e é percebida pela agente como um dificultador.

1. Essa situação (ou alguma parecida) já ocorreu com alguma de vocês? [IDENTIFICAÇÃO COM A SITUAÇÃO]
2. Se sim, como foi? Como se sentiram, como reagiram à situação? [IDENTIFICAÇÃO COM A SITUAÇÃO]
3. Se não, como imaginam que seria para você? [SIMULAÇÃO DA SITUAÇÃO IDEAL DE CUIDADO NA PERSPECTIVAS DAS ACS]
4. Como se sentem quando o sujeito do cuidado faz uso de algum tipo de droga? [IMAGINÁRIO SOBRE A DROGA E O SUJEITO USUÁRIO]
5. Existem práticas propostas para esse tipo de cuidado especificamente? Elas são feitas por você?

6. Existe alguma prática realizada no cuidado que não é prevista em manuais (por exemplo, alguma prática que vocês consideram mais efetiva, (funciona melhor) feita por vocês, mas que não está descrita e nem é considerada como atuação da saúde)?
7. O cuidado com o usuário de álcool e outras drogas é foco de algum processo de formação (ou educação permanente) dos ACS? [PRÁTICAS DE CUIDADO PROPOSTAS X PRÁTICAS DE CUIDADO UTILIZADAS]
8. Na opinião de vocês, as pessoas que fazem uso de drogas acessam o serviço de saúde? Procuram vocês ou outros profissionais da equipe
9. No caso apresentado, o caso do João, como seria a solução? [PRÁTICAS FORA DO MANUAL]

Grupo Focal II

Questões disparadoras:

1. Que imagem vem a mente quando dizemos “usuário de drogas”?
2. Que tipo de cuidado o usuário de álcool, tabaco e outras drogas precisa, na opinião de vocês?
3. Como seria uma formação (educação permanente) para ACS frente ao cuidado de pessoas que fazem uso de drogas no território?
4. Algo nesse sentido já foi feito aqui na UBS?
5. O que os ACS podem fazer, na opinião de vocês, em relação a questão das drogas ou aos usuários de drogas do território enquanto práticas de cuidado?

7.5 Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “Histórias que os manuais de práticas de cuidado não contam: os encontros das Agentes Comunitárias de Saúde com o usuário de álcool e outras drogas”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Tassiana Gonçalves Constantino dos Santos, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), sob orientação do Prof. Marcelo Dalla Vecchia. Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é de descrever e analisar as práticas de cuidado de agentes comunitárias de saúde com usuários de álcool e outras drogas moradores da área de abrangência da UBS de um bairro periférico de uma cidade do interior de Minas Gerais. O convite à sua participação se deve ao fato de fazer parte, ocupando o cargo de Agente Comunitário de Saúde, das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) dos bairros Bom Pastor e Pio XII. Caso concorde em participar, a pesquisadora irá acompanhar suas atividades de campo durante aproximadamente 3 (três) meses, respeitando seu consentimento assim como do usuário do serviço de saúde a ser visitado. Essas observações serão registradas em diários de campo para posterior análise. Serão realizadas também, ao longo dos três meses, entrevistas informais e semi-estruturadas que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. A sua participação é voluntária e pode haver desconfortos ou constrangimentos em responder ou compartilhar informações. Caso esses desconfortos apareçam, a pesquisadora tomara as medidas necessárias para amenizá-los como fazer pausas ao longo das entrevistas ou até mesmo interrompê-las, caso necessário. O profissional terá direito de interromper sua participação a qualquer momento e ou se recusar a responder qualquer pergunta. Caso este desconforto aconteça no momento da observação participante, o profissional pode informar à pesquisadora que irá se retirar ou oferecer acolhimento caso seja necessário. Ressaltamos que todas as informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos e relatórios decorrentes da pesquisa; não haverá a divulgação do seu nome nem do serviço, garantindo a confidencialidade e privacidade das informações prestadas por você. Essas informações serão armazenadas por cinco anos e o participante pode ter acesso a essas informações a partir do contato com a pesquisadora. Sua participação é muito importante, pois as

informações construídas a partir desta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias e reformulação de práticas neste campo, o que pode beneficiar tanto o trabalho dos profissionais dos serviços quanto o tratamento oferecido aos usuários dos serviços, a mobilização de uma reflexão sobre a prática das Agentes Comunitárias com as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas pode propiciar uma reflexão sobre a marginalização e o estigma que pode afastar algumas populações dos serviços de saúde. Essa discussão e os resultados irão colaborar com avanços nessa área de estudos, assim como possibilitar também a reflexão sobre um processo de Educação Permanente que beneficie as profissionais que trabalham nesse campo e com essa população específica. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, e não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir a sua participação. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você não será identificado. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. Este Termo será assinado em duas vias, no qual uma via ficará com a pesquisadora responsável e outra via ficará com o participante, e todas as páginas do Termo deverão ser rubricadas pelo participante e pela pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO
Eu, _____, li e/ou ouvi o (nome do voluntário) esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que não terei prejuízos em função disso. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas, não receberei dinheiro por participar do estudo e levarei comigo uma das vias deste termo assinado. Eu concordo em participar do estudo.

São João Del-Rei,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura da pesquisadora responsável

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CEPES CCO/UFSJ. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei/Campus Dom Bosco: Praça Dom Silvério, 74 - Bairro: Dom Bosco – CEP: 36301-160 São João del-Rei/MG. Sala 2.56 – cepsj@ufs.edu.br / (32) 3379 5598

Contato da pesquisadora: Tassiana Gonçalves Constantino dos Santos, Rua Dom Silvério, nº 40, apto 301 - Bairro: Dom Bosco - CEP: 36301-166 São João del- Rei/MG. tassiana.santos@yahoo.com.br / (35) 99173-64.