HELENA MORAES OLIVEIRA

**Saber da experiência e cuidado: o que podem as Agentes
Comunitárias de Saúde?**

São Paulo

2021

HELENA MORAES OLIVEIRA

Saber da experiência e cuidado: o que podem as Agentes Comunitárias de Saúde?

Versão Original

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho

São Paulo

2021

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

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Helena Moraes.

Saber da experiência e cuidado: o que podem as Agentes Comunitárias de Saúde? / Helena Moraes Oliveira; orientadora Yara Maria de Carvalho. -- São Paulo, 2021.

70 p. : fig. 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Versão original.

1. Agentes comunitários de Saúde. 2. Acontecimentos que mudam a Vida. 3. Educação continuada. 4. Educação em Saúde. I. Carvalho, Yara Maria de. II. Título.

Oliveira HM. Saber da experiência e cuidado: o que podem as Agentes Comunitárias de Saúde? Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada: ____/____/____/

Banca Examinadora

Prof.(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof.(a). Dr.(a) _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas que se comprometem com a dignidade e com a proteção da vida, bem como do planeta Terra. Em especial aos defensores da Educação e do Sistema Único de Saúde públicos e de qualidade.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa só foi possível por meio da colaboração generosa de muitas pessoas e, por esse motivo, agradeço imensamente à minha estimada e competente orientadora, Yara Maria de Carvalho, por me acolher na pós-graduação, pela generosidade, paciência e alteridade no processo de orientação e ensino, pela convivência e por todos os momentos de muitas emoções e afetos compartilhados. Agradeço também pela coragem e competência em abrir espaço para projetos e ideias que discutam os corpos sob as perspectivas decoloniais e seus representantes igualmente apaixonantes e potentes.

Agradeço especialmente às Agentes Comunitárias que compartilharam conosco suas experiências, tornando possível essa pesquisa e enriquecendo o debate sobre as relações de cuidado e a potência de aprendizado, nos dando material sofisticado para pensar ou repensar o cuidado e a formação em saúde. Agradeço imensamente aos professores(as) examinadores por contribuir com o importante processo de avaliação desse trabalho e por qualificá-lo. Agradeço à Coordenadoria de Saúde Norte, na pessoa de Oziris Simões, pela rapidez e disponibilidade. Agradeço à Gerente e Enfermeira da unidade de saúde pela paciência, contribuição e acolhida. Aos colegas do grupo Corpus Jayson, Rebecca, Mário, Rosemar, Hellen, Isabela, Renata, Laura, Vinícius e todos (as) os(as) demais que foram compondo o grupo por contribuir com esse projeto, que é nosso.

Ao meu companheiro de vida Vinícius por ser parceiro, incentivador e, principalmente, por ser o primeiro revisor e principal ouvinte desse trabalho.

Agradeço a todos os professores do programa, pelas disciplinas encantadoras e tão cheias de conhecimento. Especialmente à professora Henriette, pelas provocações contundentes, Fátima, Rogério, Simone por todas as sugestões e José Ricardo Ayres, pela disciplina incrível sobre pensamento filosófico em saúde etambém pela relação tão amistosa com os alunos. Aos queridos colegas de mestrado, por todo incentivo e primorosas trocas de experiência e saberes.

Agradeço minha querida família, mamis, Eliene, Elenice, todos os familiares que, de alguma forma, incentivaram e contribuíram com este trabalho. Agradeço também à minha amiga Laís companheira de academia e de vida e ao psicanalista João, que me ajuda a “encapar os fios” e tem sido um super apoio nessa fase da

minha vida, gratidão imensa.

Agradeço a todos os funcionários da faculdade, especialmente as secretarias do departamento de Odonto Social, pela generosidade, acolhimento, paciência e todo o serviço prestado. Agradeço imensamente André Martins pelo trabalho primoroso de ilustração e Maria Thereza pela colaboração com a revisão ortográfica e gramatical do texto.

**Há muitas maneiras de transformação social,
uma delas é aprender a ouvir a voz dos oprimidos.**

RESUMO

Oliveira HM. Saber da experiência e cuidado: o que podem as agentes comunitárias de saúde? [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Versão Original.

Não se sabe ao certo a origem da ideia que culminou na existência da função de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Há quem atribua a origem do contemporâneo ACS à figura do *feldsher*, um auxiliar médico que surgiu na Rússia Czarista. No Brasil, a figura de Agente Comunitário de Saúde surge na cidade de Jucás, no Ceará, entre 1979-1986. A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos uma produção ampla de trabalhos sobre a formação, efetividade das ações e reconhecimento, assim, identificamos um certo modo hegemônico de compreender o trabalho, saberes e práticas dos ACSs. Insiste-se em descrever esse(a) profissional como carente de formação técnico científica e objeto de avaliação. Muito poucos trabalhos se dedicam às potencialidades e ao fortalecimento da profissão, com sua identidade particular de liderança comunitária e pertencimento social, para além da sua capacidade técnico-científica e mais de escuta e vínculo. O objetivo deste trabalho é reconhecer experiências como processos intersubjetivos modeladores e qualificadores das relações e práticas de cuidado a partir de narrativas de Agentes Comunitárias de Saúde. Para isso, utilizamos entrevistas narrativas com seis ACS de uma unidade de saúde mista da zona norte de São Paulo em agosto de 2019. Ao dialogarmos com a ideia de experiência e saber da experiência desenvolvida por Jorge Larrosa, construímos um pequeno espaço de possibilidade para discutir a complexidade das relações humanas e a singularidade de cada sujeito. O processo formativo tradicional não considera as diferentes camadas de compreensão de mundo e modos de se relacionar que operam como moduladores de relações e práticas, o que invisibiliza aspectos de nossa prática profissional condicionados por outros fatores culturais e relacionais, levando a processos formativos sem sentido e normativos.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Acontecimentos que Mudam a Vida. Educação Continuada. Educação em Saúde.

ABSTRACT

Oliveira HM. Knowledge of experience and care: what is the power of community health agents ? [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2021. Original version.

It is not known for sure the origin of the idea that culminated in the existence of the role of Community Health Agent (CHA). There are those who attribute the origin of the contemporary CHA to the figure of feldsher, a medical assistant who emerged in Czarist Russia. In Brazil, the figure of Community Health Agent appears in the city of Jucás, in Ceará, between 1979-1986. From bibliographic research, we identified a wide production of works on training, effectiveness of actions and recognition, thus, we identified a certain hegemonic way of understanding the work, knowledge and practices of the CHA. We insist on describing this professional as lacking scientific technical training and object of evaluation, very few works are dedicated to the potential and strengthening of the profession, with their particular identity of community leadership and social belonging beyond their technical capacity - scientific and more of listening and bonding. The objective of this work is to recognize experiences as intersubjective processes that model and qualify relationships and care practices from the narratives of Community Health Agents. For this, we use narrative interviews with six CHA from a mixed health unit in the northern area of São Paulo in August 2019. By dialoguing with the idea of experience and knowing the experience Developed by Jorge Larrosa we built a small space of possibility to discuss the complexity of human relationships and the uniqueness of each subject. The traditional training process does not consider the different layers of understanding of the world and ways of relating that operate as modulators of relationships and practices, which makes aspects of our professional practice invisible conditioned by other cultural and relational factors, leading to meaningless and normative.

Key words: Community Health Workers. Life Change Events. Education, continuing. Health Education.

APRESENTAÇÃO

Narrativas sobre a experiência em Saúde

“Antes você jogava pedras, agora você é a vidraça” (provérbio)

Minha trajetória profissional passa por cuidadora informal de idosos, empacotadora de padaria, atendente de farmácia, Agente Comunitária de Saúde¹, educadora informal, pesquisadora e sanitarista. Na Saúde, tive a oportunidade de aprender a cuidar com quase nenhuma ferramenta técnico-científica e, depois, com muita tecnologia técnico-científica. Conheci o SUS no cotidiano do trabalho e das relações, mas também o SUS no plano político, científico e teórico. E agora, depois desse processo compartilho nesse trabalho de mestrado minha experiência e afetos (que não são só meus) para o debate acadêmico através da feliz oportunidade de conhecer a professora Yara Maria de Carvalho durante o curso de Saúde Pública na Universidade de São Paulo (USP). A professora Yara me apresentou o programa de mestrado profissional em Formação Interdisciplinar em Saúde Interunidades (USP), que foi meu abrigo seguro para dividir experiências com meus colegas multiprofissionais e com os estimados e excelentíssimos professores do programa. Encantada com a condição humana e as relações Intersubjetivas, pude estudar sobre uma dessas relações que me desperta curiosidade, a relação entre Agentes Comunitários de Saúde e usuários.

Este trabalho é fruto da minha experiência como Agente Comunitária de Saúde (ACS) entre os anos 2011 e 2012, dialogando com as experiências de outras Agentes Comunitárias participantes. É fruto da reflexão que iniciei no curso introdutório para ACS, onde pude conhecer o provérbio: “antes você jogava pedras, agora você é a vidraça”. Esta frase, ao contrário do que pretendia quem a proferiu no momento, cujo

¹ Utilizamos a palavra Agente Comunitária no gênero feminino em todo o corpo do trabalho, pois gostaríamos de reforçar a presença feminina como maioria expressiva na função. Segundo demonstram Simas e Pinto, ao descrever o perfil das Agentes Comunitárias, o sexo de maior predominância na função é o feminino (Simas; Pinto, 2017).

intuito era demonstrar insatisfação com críticas de usuários das práticas e relações de cuidado na Atenção Básica, despertou em mim o desejo de romper com estruturas reprodutivas do saber hegemônico e o apagamento forçado da crítica às relações humanas e às condições sociais, que frequentemente tendem a naturalizar injustiças e violências. É fruto também do recorte pertinente da minha orientadora e do meu desejo em contribuir com a discussão de produção de relações humanas mais comprometidas e conectadas e menos angustiantes no cuidado em saúde. Também é fruto do meu processo formativo como sanitarista e pesquisadora e da colaboração dos examinadores da banca de qualificação, professora Sylvia Helena Souza da Silva Batista e o professor Rogério Nogueira de Oliveira, dos professores da linha de pesquisa Formação em Saúde e, principalmente, da intensa convivência e trocas de saberes e conhecimento com os colegas do grupo de orientação CORPUS, sob generosa condução e orientação da professora Yara de Carvalho, sem os quais esse trabalho não teria esse formato e riqueza.

Das relações e experiências que vivenciei nesse processo, surgiu a vontade de permanecer lendo e me aprofundando no campo da saúde coletiva, mais especificamente pensar a saúde pública, práticas e formação, especialmente porque a luta pelo Direito à saúde é um importante marco histórico e social no nosso país. Assim, ao conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS), emergiu o desejo de contribuir com essa história e luta, o que me levou a me dedicar ao estudo das potencialidades das ACSs que representam um cuidado humanizado, respeitoso e universal, alinhado aos desejos sociais quando reivindicam o Direito à saúde e o cuidado humanizado.

De todos os autores que conheci durante o meu processo formativo, os que mais inspiraram meu desejo por continuar me aprofundando no campo de saúde coletiva foram Sérgio Arouca e Maria Cecília Donnangelo, ao tratarem da historicidade do modelo de cuidado e a crítica a seu poder reprodutivo do modelo social burguês. As leituras de textos dos professores Yara Maria de Carvalho e José Ricardo Ayres, por incluírem a crítica filosófica e histórica das construções sociais a respeito dos processos de saúde-doença e das práticas de cuidado, bem como das relações. O movimento de decolonização do pensamento também enriqueceu e deu margem maior à elaboração deste trabalho, pois deu asas ao desejo de pensar diferentes saberes e práticas e olhar as relações. O próprio Jorge Larrosa Bondía, principal referência deste trabalho, tangencia esse processo e faz um diálogo com esse movimento ao pensar o saber da experiência e linguagens para esse saber.

Ao chegar ao fim deste pequeno ciclo do mestrado, espero que meu caminho aqui exposto ajude outros a caminharem. Sei que somos muitas e muitos tentando encontrar relações de cuidado mais conectadas com nossos desejos e necessidades, bem como ter nossa subjetividade respeitada. Ao fazer uma volta à Helena ACS e à Helena pesquisadora de hoje, o que mais ganhei com esse processo foi intensificar o cuidado com os preconceitos e julgamentos. Se desejamos relações com maior conexão e respeito, precisamos cuidar de nossos preconceitos e julgamentos, principais barreiras das relações genuínas. Por fim, o que gostaria de ter feito e não pude fazer foi uma maior convivência com as participantes da pesquisa e, até mesmo, ter mais participantes na pesquisa. Gostaria de ter vivenciado outros territórios físicos e simbólicos para além do que pude vivenciar. Embora não esteja satisfeita com a possibilidade de campo que foi possível, sei das limitações de prazo e burocráticas, dessa forma, sinto que entrego o melhor que pude, nas condições que tive.

A seguir, apresentamos as narrativas produzidas a partir das entrevistas. Decidimos começar assim para direcionar a leitura e o foco do trabalho ao centro da nossa reflexão. E deste modo conduzir à escuta das falas, do universo subjetivo e das relações entre as Agentes Comunitárias e os usuários, em detrimento de outros elementos do texto.

Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Narrativa 1

“A gente assim... acaba se envolvendo... assim... com o paciente, né? A gente acaba criando um vínculo. Assim... teve bastante histórias assim que marcaram, né? Eu já tive paciente que amarrava a mãe, que deixava a mãe amarrada e aí a gente teve que conversar com a Assistente Social porque era uma senhorinha de 90 anos, né? E aí, às vezes a filha deixa ela sozinha amarradinha na cama, então foi uma.. eu acho que de todas as histórias que eu vivi, assim como Agente Comunitária, essa foi uma das que mais mexeu comigo, assim. Aí a enfermeira ia lá, fazia o curativo, como a gente é, a gente tá na frente, então quem vê primeiro somos nós, né? Aí a gente vê, passa na reunião de equipe, conversa com a enfermeira, né? A enfermeira vai lá, olha e aí a gente começa a acionar os outros, né, Assistente Social, o pessoal do NASF,

mas foi um caso que deu pra gente resolver, né? Mas de todos os casos que eu vivi, assim, nesses quatro anos, esse foi o que mais marcou. Um caso bem complexo, esse. Quando a filha dessa senhorinha começou a perceber, que a gente tava acionando a Assistente Social e tudo, porque a gente foi bem devagarzinho, porque também a gente não pode quebrar o vínculo, porque se quebrar o vínculo aí perdeu tudo, então ela já não queria mais que a Assistente Social fosse lá visitar a mãe dela. Então, aí ficou só mesmo a enfermeira que ia fazer os curativos, porque ela tinha bastante escaras, a técnica de enfermagem e eu, quem ela deixava entrar.”

Narrativa 2

“Eu percebi, em pouco tempo, dois meses, que os nossos idosos estão muito abandonados, muito. São filhos maltratando os pais, como ela falou, né? Tem muitos idosos, eles precisam muito da gente. Ah... eu deparei com uma senhorinha, ela tá muito ruim de saúde e antes quem recebia a aposentadoria dela era uma amiga dela, que ela nomeou. Aí o filho saiu da prisão começou a... pegou novamente a guarda da mãe, começou a receber pela mãe e compra as coisinhas, mistura, tudo e não dá um tiquinho pra mãe, nada, come tudo no quarto escondido da mãe. A mãe fica só com arroz e feijão. Ainda a mãe - essa senhorinha - tem que olhar os dois filhos da mulher do filho, sendo que uma criança é netinha e outro não é, e tá muito ruim de saúde. E se você vai falar alguma coisa tem que tomar muito cuidado, porque você tá interferindo na vida pessoal, então tem que tomar cuidado com a sua vida também, porque uma pessoa assim com problemas, você tem que tomar cuidado, se maltrata a própria mãe imagina os outros? Ele já colocou a gente pra correr de lá da casa. Eu tô indo toda semana pelo menos pra dar um carinho, alguma coisa que ela possa precisar e que eu possa ajudar também, mas ela já entrou no conselho tutelar, tudo, eu já orientei, mas eu estou preparada, eu não estaria preparada se eu não fizesse nada.”

Narrativa 3

“Assim, eu não trabalhava aqui, eu sempre trabalhei na área da saúde, então eu tava passando aqui como paciente e com uma dor na alma de tantos problemas. Aí a médica e a enfermeira na época me mostraram, sabe? Abriram minha mente, aí

eu comecei a me tratar, porque eu tava com uma depressão terrível mesmo, né? Aí a enfermeira me convidou para participar do processo seletivo porque tava precisando de uma ACS aqui. Aí eu fiz, passei, até nós fizemos juntas, eu a minha colega aqui, passei e, assim... me achei! Eu tô aposentada hoje, me aposentei em 2016, mas me achei aqui, eu adoro. A minha área tem muito idoso, eles são uma graça, muito legal, adoro o que eu faço. Eu já trabalhava em hospital, tinha sido chefe e supervisora de internação, e me achei aqui, e outra, é do lado da minha casa, eu não conhecia o bairro, depois que eu comecei a ser ACS foi que eu passei a conhecer, hoje eu conheço tudo, conheço quase todas as pessoas e todas as ruas. A relação com as pessoas é muito, muito, muito boa, gostam muito de mim, gosto muito deles, aprendo com eles, principalmente, assim, porque a gente trabalha muito com idoso, então eles têm trocentas histórias. Então é muito legal, me encontrei, estou realizada.

Ah! Você (pesquisadora) falou antes do que podemos ensinar? Aqui recebemos residentes e somos nós que levamos eles pras visitas, quer dizer... se não tivessemos nada a ensinar por que trazem eles aqui? Então nós temos algo a ensinar, sim.”

Narrativa 4

“Engraçado, eu também trabalhei a maior parte da... de trabalhos, sempre foi na área da saúde. Sou auxiliar de enfermagem, trabalhei 7 anos numa instituição que abriga e cuida de pessoas com algum tipo de deficiência, só que eu fiquei doente, tive alergia a látex, mas até descobrir, né? E como eu sou moradora aqui, é perto, eu acabava passando em consulta, aí aconteceu a mesma coisa que a colega, (N3) a enfermeira me ofereceu a vaga de ACS, porque eu tava chateada, parada, aí eu fiz o concurso, fiz no mesmo ano que minha colega, nem sabia que eram duas vagas, eu achava que era só uma, fiz, passei. Graças a Deus eu não fiquei doente. Mesmo aqui tendo látex também, gosto do que faço, sempre gostei de trabalhar na área da saúde, fiquei muito chateada na época de ter que me afastar, né? Enfim, ah, eu gosto do que faço, a gente já tá aqui há cinco anos, falta uns aninhos pra eu me aposentar! É isso, e a gente é muito amiga também, a gente é vizinha, não nos conhecíamos. No começo foi bem engraçado porque as ruas eu não sabia, e a outra ACS que não tava mais aqui, eu dizia pra ela que estava insegura e ela me dizia “vai! você vai conseguir”. E

eu ficava morrendo de medo das coisas erradas, mas enfim, é o começo, hoje em dia a gente tem uma amizade tão grande com as pessoas. Às vezes, nem é da minha área, e acabei conhecendo um monte de rua, a história do bairro, é muito bacana.”

N3 -Tem um paciente dela (**N4**), que a gente vai fazer visita domiciliar, o seu João, que amputou o dedinho. Assim... como eu trabalhava em hospital eu tenho experiência de ver amputação e de ver como fica. Aí, ele tava com o dedinho preto, inflamado. Aí a gente falando pra ele ir pro hospital, que o negócio tava grave, ele podia perder a perna, e ele não queria ir, não queria.

N4 -Teimoso, sabe? Assim... ele tem um comércio na cidade, né? E ele parou de ir, mas sabe aquela coisa de não querer largar o comércio na mão dos filhos e empregados? Porque acha que não vai dar certo? Mas como, seu João? Ó o pé do senhor?! Pelo amor de Deus (perguntava) tava escuro o dedo dele, necrosando, e com convênio. Cadastrou aqui no posto com convênio tudo e não queria ir, né? Aí eu tava junto com ela (**N3**) naquele dia e ela orientando ele.

N3 - Aí eu fui, sabe? Falei pra ele: você vai perder o pé! Falei pra ele, o senhor vai perder o pé! Aí ele foi e amputou só o dedinho, mas ele me agradece assim profundamente, porque ele não tinha a noção da gravidade do que era. Ele pensou que não era.

N4 - E o mais interessante que ele tem, eu não esqueço disso, porque quando aconteceu tudo, a amputação, tudo, a gente se ofereceu pra tá indo fazer o curativo, tudo, que a gente tem as técnicas aqui, e ele disse, não! Não! A minha sobrinha que mora comigo é enfermeira. Olha, menina! Assim, por conta da informação, ele tem dentro da casa, porque é um terreno grande sabe, que constrói várias casas, aí eu falava: olha aí, seu João, com gente da área dentro de casa.

N3 - Ele me agradece sempre, ele fala “olha se não fosse você, eu tinha perdido meu pé!”.

N4 - E não foi por falta da sobrinha falar, eu tenho absoluta certeza, mas precisava da gente ali.

N3 - Eu falei, falei, falei...

N4 - Também na minha área tem a história de uma acumuladora, né? Que é grave isso, né? E assim... é impossível entrar na casa dela, ela não deixa, não deixa, não deixa... e antes do ano passado tinha entrado um enfermeiro, foi a primeira pessoa que ela deixou entrar. Eu já tinha aqui uns dois anos, eu só fazia visita no portão, até aferir a pressão, quando eu ia com a técnica, era no portão, ela tinha uma

corrente, um cadeado, assim... ela não abria, eu tentava, ela “não dá”. O companheiro dela veio a falecer, aí entrou esse enfermeiro e eu consegui entrar, e... nossa! Eu nunca tinha entrado na casa de uma pessoa acumuladora, é bem diferente da televisão, vídeo, você não tem noção, tem que ver aquilo assim ali pessoalmente. Nossa, eu fiquei horrorizada, que eu fiquei dias com aquelas imagem na cabeça, falei: meu Deus, como pode uma pessoa se submeter viver naquelas condições? E ela, do portão pra fora, você não diz que é uma acumuladora. É uma mulher, senhora, bem senhorinha, limpa, você não vê ela suja, você não vê ela rasgada, ela se maqueia, passa batom.

N3 - Parece aquelas mulher de filme antigo, sabe? Que arruma assim sabe?

N4 - É simples, mas ela assim...você fala: nossa ela mora naquela casa? Não tem odor nenhum. E aí nessa transição que teve, nessa troca que teve, saiu Santa Casa entrou IABAS, entrou um novo NASF, a Assistente Social e Psicóloga também conseguiram entrar e aí elas conseguiram que ela tirasse muita coisa da casa aos poucos. Ela tem coisa lá que ela disse que comprava pra dar pra neta, que a neta hoje tá moça, tem 24 ou 25 anos, que ela nunca deu, guardou tudo embrulhado, mas aquilo tá num estado, assim, né... Ela tem dez cachorros, um fugiu, ela pega outros, é assim, né?

N3 - E aí, a psicóloga que deu certo foi embora, agora pra ela pegar confiança e vínculo de novo, demora.

N4 - Talvez ela não aceite, porque demora. Mas foi muito legal quando tirou as coisas.

N3 - Veio o caminhão da prefeitura, foi muito legal.

N4 - Hoje, ela dorme numa cama, eu não sei nem dizer no que que ela dormia em cima e como ela conseguia dormir. Essa experiência que eu tenho dela me marcou bastante por conta disso, né?

As participantes das próximas narrativas não autorizaram que o áudio das entrevistas narrativas fosse gravado. Permitiram que eu escrevesse o que foi falado e aprovaram a escrita das narrativas depois de lerem. Apresento-as a seguir.

Narrativa 5

“Existiam muitas atividades em grupo e fora da unidade, como o grupo de

mulheres. Essas experiências eram muito importantes, melhorava a auto-estima das mulheres e fazia as pessoas do grupo se sentir uma família. Era como um almoço de fim de semana, cada um levava um prato e se sentia feliz por compartilhar. Antes, visitávamos outros serviços sociais. Inclusive, quando alguém não podia pagar, a equipe de saúde ajudava fazendo rateio e assim ninguém ficava de fora. Hoje, meu trabalho se resumiu a números. Antes eu era emoção, hoje sou apenas razão. Hoje eu sou um robô. A Estratégia Saúde da Família (ESF) já existiu, hoje não é mais estratégia, é “numerégia”. O livro da ESF tem que fechar e abrir um novo, é como um vaso, este se quebrou. A relação que eu tenho com as pessoas se esvaziou por falta de tempo e cobrança de produtividade. As pessoas perguntam “o que você faz hoje?”, porque notaram a diferença no meu modo de trabalho. Se antes era possível fazer um bolo e tomar café com as pessoas durante as visitas, hoje não é, não tem mais tempo de emergir na vida das pessoas. Hoje, o que existe não é um vínculo mensal, mas um encontro, não existe mais o prazer do encontro, os profissionais da equipe estão adoecidos, não existe mais diálogo como antes, vêem os problemas, mas não conseguem resolver. A relação com os superiores se tornou uma relação de cobrança, sei que não é delas que parte essa cobrança, mas é algo que cobram também delas, que vem de cima. Quanto às pessoas que visito, lembro que uma mulher fazia uso abusivo de álcool, nas visitas conversava com ela sobre isso e, com o tempo, ela parou de beber”.

Narrativa 6

Ouvia atentamente enquanto N5 falava e concordava com sua fala depois acrescentou que “O território tem muitas pessoas idosas abandonadas e isso me impactou muito”.

Exercício de reflexão partindo das narrativas das ACSs com estudantes de pós-graduação e profissionais da saúde

Em novembro de 2019, as narrativas das Agentes Comunitárias foram apresentadas para um grupo de oito pessoas, todos profissionais da saúde e pós-graduandos da Universidade de São Paulo, integrantes do grupo de estudos CORPUS, grupo que acompanhou o desenvolvimento do projeto desde o início da sua formulação. De certa forma, a novidade nas narrativas se perdeu, pois os integrantes já conheciam a produção do trabalho, mas optamos por trazer aqui essa experiência porque contribui com a ideia de pensar as narrativas como disparadores de processos reflexivos e formativos.

Fizemos um exercício sobre os elementos das narrativas que afetaram cada integrante. A seguir, apresento alguns trechos do que os profissionais e alunos escreveram a partir da leitura das narrativas:

“Quando tomamos conhecimento sobre histórias como essas, automaticamente lembramos de situações que possivelmente aconteceram ou que acontecerão com a gente ou com pessoas conhecidas. E por que essas histórias são assim? Desde que o mundo é mundo sabemos que existem maus-tratos e atitudes que não conseguimos compreender, vindas de pessoas que deveriam zelar pelo nosso bem-estar. E por que às vezes isso não acontece?” **P1**

“Eu tenho uma senhora de 71 anos como aluna e percebo que seus três filhos homens não são tão presentes, além disso, suas mulheres e sogras não tratam bem minha aluna.” **P2**

“Acredito que nosso sistema de saúde é ineficaz. Precisamos de mais unidades, materiais, medicamentos e profissionais, não apenas na quantidade, mas também na qualidade. Tudo isso para atender tantos seres humanos adoecidos. Diante desse quadro, os profissionais comprometidos e que querem dar o seu melhor ficam engessados devido à cobrança e à pressão a que são submetidos. Enquanto os princípios e bases do SUS não forem respeitados por aqueles que são os responsáveis de administrar e governar, estaremos nos deparando com a “numerégia”. ” **P3**

“Após ler as narrativas, percebo que o vínculo entre usuários do serviço e profissionais é o fio condutor para o cuidado integral, cuidado humanizado e com qualidade. Mesmo com cobranças institucionais, ainda se faz o que é necessário ao paciente.” **P4**

“Nos dois casos, do “dedinho” e da acumuladora, foi extremamente importante ir até os parentes, pois esperar que eles tomem a iniciativa de se deslocarem até a unidade não os ajuda. Realmente, este é o verdadeiro apoio e auxílio ao ser humano, principalmente quando se refere àqueles que apresentam problemas psicológicos. No caso deles, voltar várias vezes e insistir, pode salvar vidas. (...) O que fica evidente aqui é o trabalho cuidadoso e minucioso das ACSs, que não podem deixar tudo a perder”. **P5**

Uma das participantes trouxe o poema a seguir:

Renova-te.

Renasce em ti mesmo.

Multiplica os teus olhos, para verem mais.

Multiplica-se os teus braços para semeares tudo.

Destrói os olhos que tiverem visto.

Cria outros, para as visões novas.

Destrói os braços que tiverem semeado,

Para se esquecerem de colher.

Sempre outro. Mas sempre alto.

Sempre longe.

E dentro de tudo.

Cecília Meireles, Cântico XIII, 1927.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	29
2	OBJETIVOS	33
2.1	Objetivo geral	33
2.2	Objetivos específicos	33
3	METODOLOGIA.....	35
3.1	Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde.....	36
3.2	Critérios para participação na pesquisa.....	36
3.3	As entrevistas com as ACS	37
3.4	Análise das narrativas	38
3.5	Após as entrevistas narrativas.....	38
4	IMAGENS DAS EXPERIÊNCIAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE	39
5	CONVERSANDO COM AS NARRATIVAS.....	47
6	DISCUSSÃO.....	53
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS	59
	ANEXOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

*O mestre disse: Por natureza, os homens são
próximos; a educação é que os afasta*
Confúcio

Não se sabe ao certo a origem da ideia que culminou na existência da função de Agente Comunitário de Saúde (ACS). A presença de profissionais da saúde no ambiente das relações sociais mais íntimas, representado pelo lar ou residência, foi se configurando ao longo das transformações sociais e políticas, embora há quem atribua a origem do contemporâneo ACS à figura do *feldsher*, um auxiliar médico que surgiu na Rússia Czarista entre os séculos XVI-XX (Goulart, 2009). Uma outra função que pode ter inspirado a criação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a de inspetor de saúde. Presente em alguns países europeus, os inspetores de saúde tinham como objetivo a educação sanitária e a coleta de dados para controle do Estado sobre a população e as doenças infecto-contagiosas. Aqui no Brasil, a figura do Agente Comunitário de Saúde surge na cidade de Jucás, no Ceará, entre 1979-1986. Em 1987, a função foi estendida a todo o estado como parte da estratégia de combate às consequências da seca no sertão cearense, sendo destinada às mulheres que compunham famílias em situação de pobreza e miséria. O movimento cearense de criação desse projeto de ACS, segundo Marlene Ávila, foi inspirado no modelo de Atenção Primária à Saúde cubano e canadense, mas especialmente cubano (Ávila, 2014), fundamentado na ideia de medicina comunitária, centrada no grupo familiar, em medidas de promoção e prevenção e na educação em saúde. Os critérios para seleção visavam a facilitar a ocupação do cargo e incentivar a liderança comunitária feminina. Assim, era preciso ser mulher, residir na área de atuação, saber ler e escrever e passar por processo de votação, adquirindo a maioria dos votos.

O projeto cearense foi captado pelo Ministério da Saúde e se tornou uma experiência em âmbito nacional com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde o início da década de 1990, sendo “efetivamente instituído e regulamentado em 1997” (Brasil, 2001). Atualmente, segundo o site do Ministério da Saúde, são mais de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde em todo território nacional e 4.263 Agentes Indígenas de Saúde (Brasil, 20--). Desde então, a

experiência pioneira cearense tem gerado acesso a cuidado e educação em saúde em regiões mais distantes e pobres do país por meio do PACS. A melhora de indicadores nacionais de saúde, como mortalidade e desnutrição infantil, além de acesso a serviços básicos de saúde, contribuiu para o movimento de Reforma Sanitária, culminando no importante marco histórico brasileiro com a conquista do Direito à saúde em 1988 e a Política Nacional de Atenção Básica (portaria nº 648/2006 revogada pela portaria nº 2488/2011, Brasil, 2006). No entanto, esses profissionais exercem seu cuidado muitas vezes em condições inseguras e precárias, condições que os têm feito lutar para conseguir salário e condições dignas. Importante mencionar que essas condições de invisibilidade e precariedade advêm do histórico de negação e exclusão de longa data no país, sendo reflexo da disputa histórica entre a classe abastada e sua formação e as classes mais pobres e suas práticas tradicionais, conforme bem descrito no livro “Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil” (Pimenta, 2016).

Na sequência de dificuldades de reconhecimento e melhores condições de trabalho, soma-se uma alteração recente que descaracterizou o programa, ao flexibilizar a obrigatoriedade de residir na mesma área de atuação, o que pode contribuir para a perda de sentido da profissão. Esse processo se dá através de um movimento multifacetado de profissionalismo, sem se atentar para os aspectos positivos da profissão que podem ser perdidos com esse processo, caso não seja feita a devida condução crítica e preservada a estrutura inicial, que é responsável pelo êxito do programa. Somado ao problema crônico das condições de trabalho e remuneração, há o constrangimento diário em virtude da hierarquização de saberes em que as ACSs dispõem do menor poder de decidir e agir na equipe de saúde, já que o principal critério se baseia no grau de escolarização e considerando a ACS subordinada a todos os outros profissionais do serviço. O que dificulta e empobrece a qualificação de práticas e saberes por meio de trocas de experiências no contexto do cuidado na Atenção Básica.

A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos uma produção ampla de trabalhos sobre a formação (Melo et al., 2015; Souza et al., 2014), efetividade das ações (Carolina et al., 2018) e reconhecimento (Marteleto; David, 2018). Assim, mapeamos um certo modo hegemônico de compreender o trabalho, saberes e práticas a ACS. Insiste-se em descrever essa profissional como carente de formação

técnico-científica e objeto de avaliação. Poucos trabalhos se dedicam às potencialidades e ao fortalecimento da profissão, com sua identidade particular de liderança comunitária, pertencimento social, de escuta e vínculo para além da sua capacidade técnico-científica.

Tentando escapar desse paradigma, adotamos aqui a idéia de experiência e saber da experiência desenvolvida por Jorge Larrosa Bondía (Bondía, 2014) para pensar os processos intersubjetivos presentes nas relações de cuidado entre ACS e usuários. Decidimos por ponto de partida esse autor, pois suas ideias e pensamentos nos serviram como trampolim na discussão sobre formação, conhecimento, saber e a relação entre experiência e saber. São reflexões muito importantes para o que pretendemos expor aqui - os elementos do cotidiano do trabalho e do universo das relações que pouco são discutidos quando se trata de ACS.

Compreendemos experiência, portanto, como um processo intersubjetivo singular de mudança significativa de mentalidade e, conseqüentemente, de ação, configurando, assim, um processo educativo, no sentido de constituição de saberes significativos. E escapando do apego à ideia de que conhecimento e formação se dão, *a priori*, num ambiente controlado por meio de procedimentos e técnicas que imitam ou supõem uma realidade hipotética e, muitas vezes, abstrata.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Reconhecer experiências enquanto processos intersubjetivos modeladores e qualificadores das relações e práticas de cuidado, a partir de narrativas de Agentes Comunitárias de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- a) Construir narrativas sobre a experiência em saúde que possam ser instrumentos qualificadores e/ou disparadores de processos formativos e de produção de conhecimento na área da saúde.
- b) Promover um exercício de discussão a partir das narrativas de Agentes Comunitárias de Saúde com oito profissionais da saúde e pós-graduandos da Universidade de São Paulo.
- c) Produzir um vídeo educacional a partir das narrativas das ACSs.

3 METODOLOGIA

Nosso referencial teórico para pensar, desenvolver e compreender o processo de produção de conhecimento neste trabalho foi inspirado pela ideia de experiência desenvolvida pelo filósofo da educação Jorge Larrosa Bondía (Bondía, 2002). Dessa forma, Larrosa se interessa pelo processo de conhecer, muito mais no sentido singular e subjetivo que atribuímos do que o saber por si mesmo. Assim, propõe pensar a educação do ponto de vista do par experiência/sentido, a experiência como acontecimento significativo que possibilita aprendizado e sentido, acontecimento subjetivo que ocorre no cotidiano das relações do sujeito com outros sujeitos ou entre o sujeito e outros elementos da vida. Dessa forma, desloca a educação do universo dos processos formativos controlados para os demais processos dentro ou fora do universo da formação tradicional. O que se trata contribui para reconhecer que a formação se dá fora de ambientes e situações controladas. Por esse motivo, a reflexão de Larrosa contribui com este trabalho, possibilitando pensar o saber das Agentes Comunitárias nessa perspectiva do cenário das experiências e fora dos cenários de educação formal.

Interessadas nos aspectos intersubjetivos e singulares que orientam, alteram e determinam as relações de cuidado no contexto da Atenção Básica, bem como as práticas e o manejo do processo saúde e doença, procuramos trazer narrativas sobre experiências das Agentes Comunitárias de Saúde, abrindo caminho para o reconhecimento dos saberes não hegemônicos e os dispositivos sociais de produção de vínculo e co-responsabilidade tão presentes e significativos, ao mesmo tempo invisibilizados, no trabalho dessas profissionais, bem como de outros.

A ideia de experiência de Larrosa é uma ideia filosófica que valoriza o sentido que atribuímos ao que vivenciamos, de modo que nem tudo o que vivenciamos produz sentido, assim como define o autor “experiência não é o que nos passa, é o que nos acontece”, desse sentido de experiência, acreditamos que deriva um saber que reconfigura nossas práticas e relações.

Baseamos nossos encontros com as participantes a partir de um roteiro, apenas para nos dar uma direção, de modo que a relação com as participantes é que foi produzindo os encontros, o roteiro está descrito no anexo A.

As normas que regulamentam o programa de mestrado profissional no Brasil exigem que exista um produto educacional para além da produção da dissertação e

de eventuais publicações. Esse instrumento têm como objetivo qualificar as práticas ou divulgar o conhecimento sobre elas. Produzimos um vídeo curto como produto educacional, com o objetivo de divulgar e valorizar o importante trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde e para permitir um canal de fala a partir da divulgação de suas narrativas (Anexo B). A escolha de produzir um vídeo está relacionada a grande circulação desse instrumento comunicativo nos tempos atuais e, especialmente no contexto da Pandemia do novo coronavírus-19, em que as medidas de isolamento e distanciamento levaram a população a utilizar de modo mais frequente e acentuado as mídias digitais, dessa forma supomos que a circulação e o conhecimento sobre as ACSs chegue ao maior número de pessoas e de forma acessível.

3.1 Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde

Uma equipe mista composta por Médico de família, Ginecologista, uma Enfermeira, seis Agentes Comunitárias, um Técnico de Farmácia, três Técnicas de Enfermagem, duas Atendentes SUS, uma Auxiliar Administrativa e uma Gerente compõem o cuidado de uma Unidade de Saúde Mista da Zona Norte de São Paulo, ambiente em que se deu esta pesquisa durante o ano de 2019. A escolha da unidade de saúde foi por conveniência, pois havia uma abertura à pesquisa e facilidade em acesso à unidade. Esses critérios se sobressaíram para a escolha, pois não dispomos de incentivos financeiros, o que limita as possibilidades do campo, e o tempo de desenvolvimento para realização é relativamente curto, contando com apenas um ano, dado que aguardamos por um ano a aprovação dos Comitês de Ética (Anexo C) e também houve a necessidade de cumprimento das disciplinas.

As participantes foram seis Agentes Comunitárias de Saúde, todas do gênero feminino de diferentes faixa etárias, tempo de atuação variando de 3 meses a 8 anos. Nenhuma delas possuía ensino superior completo.

3.2 Critérios para participação na pesquisa

Os critérios para inclusão de participantes foram:

- Exercer a função de ACS independentemente do tempo de ingresso na profissão;
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

3.3 As entrevistas com as ACS

Foi escolhida a entrevista narrativa como técnica, que consiste em pedir que a participante conte uma história (narrativa) ao invés de responder perguntas, pois não se trata de apreender a experiência do outro, nem qualificar ou desqualificar, muito menos seguir um roteiro com *a priori*, mas possibilitar um canal em que a narrativa dessa experiência seja possível e problematizada (Jovchelovitch; Martin, 2008). A entrevista consiste num diálogo em que a participante da pesquisa ocupa o lugar de fala e conta uma narrativa a partir de um tema disparador, que no nosso caso foi uma experiência de cuidado significativa.

Em 26 de Agosto de 2019, a equipe reservou um horário e sala para acolher as entrevistas. Todas as seis ACSs da unidade aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), que haviam recebido duas semanas antes para lerem com calma e avaliarem se gostariam de participar ou esclarecer eventuais dúvidas antes das entrevistas. Assim, foram feitas entrevistas narrativas cujo tema foi: “Conte-me uma história sobre uma experiência durante o trabalho como ACS”, explicando a cada participante que experiência nesse contexto é compreendida conforme a ideia desenvolvida por Jorge Larrosa Bondía (Bondía, 2002), como tudo o que nos acontece e nos transforma, alguma vivência e que o resultado as tenha afetado e/ou provocado aprendizado, mobilização ou reflexão.

Pretendemos discutir a experiência à luz de narrativas, buscando refletir e problematizar como tais narrativas podem contribuir com nossa reflexão sobre a experiência, as práticas e a formação em saúde. A pesquisadora assume então o lugar de sujeito que interpreta, mas não do ponto de vista de validar, e sim de identificar aspectos das narrativas que possibilitem o aprendizado em saúde, bem como a qualificação e a valorização das práticas de cuidado.

Foram seis Agentes Comunitárias e três entrevistas realizadas em pares. Duas delas não quiseram gravar a entrevista. Todas as participantes eram do sexo feminino. As entrevistas ocorreram em dupla, o que partiu das próprias participantes e da enfermeira que coordena o grupo de Agentes Comunitárias na unidade. Na sala disponibilizada para as entrevistas, estavam presentes duas ACSs e a pesquisadora apenas. O tempo de duração foi relativamente curto, de 40 minutos em média, mas seguiu a dinâmica possível no momento. Entretanto, o tempo não foi determinante

para a riqueza e a contribuição das narrativas, pois não houve perguntas e interferências da pesquisadora, apenas incentivos para que as participantes continuassem narrando suas histórias, e nenhum trecho foi removido posteriormente. Além disso, puderam acrescentar novos elementos às suas narrativas duas semanas depois, quando foi apresentada a devolutiva das entrevistas e também feito o convite para usar outras linguagens para expressar suas experiências, como uso de imagens, sons, narrativa escrita ou qualquer outra forma de expressão.

3.4 Análise das narrativas

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas e o diálogo da entrevista não gravada foi descrito em forma de narração. Todo o material escrito sobre as entrevistas foi disponibilizado às participantes duas semanas após as entrevistas, para acrescentarem, questionarem ou até desistirem da participação, se fosse o caso. Produzimos um diálogo com as narrativas a partir da ideia de cuidado e experiência em saúde (tópico 6).

3.5 Após as entrevistas narrativas

Fizemos um segundo encontro (9 de Setembro) que teve como objetivo entregar a escrita sobre as narrativas, para que as participantes refletissem a respeito. Houve um terceiro encontro, foi a devolutiva (30 de Setembro), momento em que as participantes, de maneira unânime, disseram que suas narrativas estavam bem expressas na escrita e que não desejavam acrescentar nenhuma ideia ou reflexão.

4 IMAGENS DAS EXPERIÊNCIAS DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE²

Larrosa chama atenção para a necessidade de usarmos outras linguagens para expressar a experiência. Ele lembra que o código que usamos para expressar nossas experiências já está marcado por outros sentidos, que as palavras em si já trazem sentidos e isso empobrece a expressão da experiência (Bondía, 2014). Pensando nessa questão, fizemos um ensaio com ilustrações em cordel a partir das narrativas.

² André Pereira Martins é ilustrador profissional desde 2016. Esse foi seu primeiro contato com ilustração em cordel. André explica com suas palavras o que vivenciou com esse trabalho: “senti grande empatia pelas histórias narradas e me empenhei ao máximo para ilustrá-las com todo respeito e dignidade dentro desse estilo tão bonito e tão brasileiro que é o cordel”.

Cordel 1 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 2 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 3 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 4 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 5 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

Cordel 6 - Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde

Fonte: Ilustração de André Pereira Martins (2020).

5 CONVERSANDO COM AS NARRATIVAS

“A gente assim... acaba se envolvendo... assim... com o paciente, né?” (N1)

Essa frase nos dá pistas sobre a dimensão afetiva na relação entre Agente Comunitária e usuários. O maior desafio das ACSs é não levar os usuários e suas histórias nos seus pensamentos, nos seus corpos. Sim, essas vidas seguem conosco para além do tempo e espaço dos encontros.

Essa narrativa me lembrou de uma cena da minha própria experiência como ACS. Uma senhora muito simpática que eu costumava visitar. Morava numa casa de dois cômodos numa rua não pavimentada com seu filho adotivo. Corpo muito magro, fala calma, sofria de problemas cardíacos, apresentava níveis altos nas taxas de colesterol e estava abaixo do peso. Além disso, apresentava muita dificuldade em manter sua rotina de cuidados médicos e, apesar de fazer acompanhamento no hospital das clínicas, sempre perdia as consultas. Segundo ela, o motivo era esquecimento, mas a dificuldade de acesso e os mais de 80 quilômetros de distância podem ter contribuído. Há mais de um ano não passava com a médica da unidade de saúde. Dona Maria³ tinha uma história de vida sofrida: casou-se aos 14 anos de idade, criou seus oito - sete biológicos e um adotivo - com muita dificuldade e teve de superar a perda de um netinho que faleceu aos quatro anos de idade, devido a um câncer.

Um dia, no final da tarde, me senti tão aflita por perceber que ela já não tinha o controle das datas de consultas, que imediatamente parei de preencher a planilha com seus dados, perguntei onde guardava seus documentos médicos, ela me levou até a estante em que os guardava e começou a me apresentar algumas dezenas de papéis desorganizados. Despendi algum tempo organizando uma pastinha com horários e datas para que ela não perdesse mais os agendamentos, fato que ela aprovou e me agradeceu. Depois, voltei até a unidade de saúde, conversei com a médica e juntas agendamos um horário para que sua situação fosse novamente avaliada e seus medicamentos ajustados. Sua filha me agradeceu imensamente dias depois, pois segundo ela, não sabia mais como ajudar sua mãe. A médica da unidade

³ Nome fictício.

me alertou a não ocupar a função de familiar para os usuários, mas como não se implicar? Como reproduzir um modelo de cuidado que alimenta uma lógica de dados, mas abandona os sujeitos? Como não se sensibilizar com o sofrimento dos usuários? O resultado da minha implicação é que dona Maria precisava de atenção, precisava de ajuda para retomar o cuidado. Na mesma semana, dona Maria passou em consulta médica, voltou a tomar seus medicamentos e dizia estar menos perdida com a rotina de cuidados. Dona Maria permanece em meus pensamentos mesmo após eu ter deixado de exercer a função. O fato é que existem muitas pessoas como dona Maria, sozinhas, precisando de ajuda com os fluxos de cuidado e necessitando de mediadores com os serviços de saúde.

A realidade vulnerável dos usuários produzem nas ACSs, assim como eu própria vivenciei, um movimento de escape do processo de trabalho normatizado. Mais do que escape, um ato de rebeldia. Quando os dilemas, angústias e sofrimentos dos usuários ocupam a cena do cuidado, se faz necessário uma nova ação. Do contrário não seríamos sujeitos, do contrário não seria uma relação implicada entre sujeitos, do contrário estaríamos reproduzindo a necropolítica.

O modelo produtivista de trabalho esvazia as relações de sentido em detrimento de um cuidado implicado, compartilhado que nos possibilita estar mais perto da vida das pessoas e suas necessidades. Mas essa narrativa ajuda a pensar que esse modelo não controla todas as dimensões do processo, que é possível construir caminhos para produzir mais do que é dado no dia a dia do trabalho em saúde. Há uma diferença significativa entre contar e conhecer. Se estamos distraídos, corremos o risco de confiar que quantificar as pessoas e construir medidas do seu estado de saúde nos leva a conhecer suas necessidades, enquanto a escuta é o que nos levaria a conhecer, caminhar pelo território, entrar pela porta da casa dos usuários. Isso é conhecer as pessoas e suas necessidades de saúde.

“Então, quem vê primeiro somos nós, né?”. (N1)

Ao se deslocar pelo território e penetrar na casa dos usuários, a ACS, de modo geral, é uma importante via de acesso aos serviços de saúde. Em muitas oportunidades eu, como minhas colegas de trabalho, fomos o primeiro contato de muitos usuários com o serviço de saúde e com o tema saúde. Foram incontáveis as situações em que tais usuários com problemas de saúde há anos não procuravam um

serviço, porque não tinham acesso ou não sabiam como acessá-lo. As narrativas N3 e N4 ilustram bem essa questão, quando trazem a história de um usuário que estava com o dedo do pé necrosado e não procurou os serviços de saúde, mas que com as insistentes orientações das ACSs procurou o serviço e teve um cuidado antes que sua situação se agravasse. Trazem também a história de uma usuária que acumulava objetos em sua casa, que com o passar do tempo poderia trazer riscos a sua saúde. Além de ter sido identificada a necessidade de cuidado em saúde mental, essa usuária dificilmente procuraria o serviço de saúde, porque não reconhecia seu comportamento como motivo de procura por cuidado. Com o apoio da equipe as ACSs levaram cuidado a essa usuária e narram essa história com grande alegria.

“A enfermeira vai lá olha e aí a gente começa a acionar os outros, né, Assistente Social, o pessoal do NASF”. (N1)

É mais difícil cuidar individualmente de questões tão complexas, especialmente em um país marcado por injustiças sociais, violências e desigualdades. A ACS assume o lugar de coordenação do cuidado, ao acionar outros profissionais a fim de construir uma rede de apoio. Movimento complexo e delicado que tende a não ganhar tanta visibilidade nas equipes e para além delas. O trabalho em equipe é uma das grandes estratégias do cuidado no SUS, tanto do ponto de vista do acesso ao Direito à saúde, quanto do cuidado compartilhado.

“Eu percebi, em pouco tempo, dois meses, que os nossos idosos estão muito abandonados” (N2)

Com o aumento da expectativa de vida, tem-se um aumento na proporção de idosos, realidade que tem trazido desafios para os diferentes profissionais da saúde e para as ACSs. Muitas vezes ocorre que ocorre com o envelhecimento produz um abandono das pessoas idosas, o que se agrava em contextos mais vulneráveis. A população idosa tem demandas de cuidado mais frequentes do que noutras faixas etárias. Nossa sociedade tem tentado se adaptar a essas novas realidades sociais, no entanto, ainda não dispomos de modo universal de uma rede de cuidados voltados à pessoa idosa. No contato com os usuários, a ACS testemunha a falta de rede e o

abandono a que estão submetidas as pessoas idosas. Essa narrativa denuncia essa difícil realidade de abandono, embora a saúde tenha lentamente se dedicado a essas questões, ainda há que se desenvolver mais estrutura, como ampliação do número de profissionais e formação para o cuidado à pessoa idosa.

“Tava precisando de uma ACS aqui, aí eu fiz, passei, até nós fizemos juntas, eu a minha colega aqui, passei e assim... me achei! Eu tô aposentada hoje, me aposentei em 2016, mas me achei aqui, eu adoro. A minha área tem muito idoso, eles são uma graça, muito legal, adoro o que eu faço.” (N3)

Esta narrativa traz também uma história de encontro com um novo sentido de vida. Por que a função de ACS dá sentido à vida da participante? Uma pista é pensar que fatores como cuidar do outro, frequentar a comunidade, conhecer os dilemas sociais coletivos e individuais e oferecer apoio, por exemplo, dão sentido às nossas vidas. O cuidado não é um fim em si mesmo, ressignifica a existência. Esse processo é muito nítido nessa narrativa.

As angústias dos profissionais de saúde relacionadas ao cotidiano do trabalho, nos levam a refletir sobre os desafios de cuidar de uma população profundamente adoecida pelos processos de desigualdade e violência social. Essas angústias surgem sempre que as tecnologias disponíveis bem como as respostas, no que tange ao cuidado, se apresentam como insuficientes para dirimir os diferentes processos de sofrimentos marcados pelas vulnerabilidades e injustiças sociais. Tal fato leva a processos de perda de sentido do cuidado.

No entanto, a narrativa se propõe a produzir o movimento contrário e, ainda que atravessado por vetores perversos, o cuidado dá sentido, encanta, mobiliza a profissional. Nota-se também como ela escolhe elementos positivos, como a satisfação e entusiasmo - que expressa ao falar do seu trabalho - ao invés de focar nos aspectos negativos - como as inúmeras dificuldades - inerentes à produção das relações humanas e de cuidado.

“Hoje, meu trabalho se resumiu a números. Antes eu era emoção, hoje sou apenas razão, hoje eu sou um robô. A Estratégia Saúde da Família (ESF) já existiu, hoje não é mais estratégia, é ‘numerégia’. O livro da ESF tem que fechar e abrir um novo, é como um vaso, este se quebrou”. (N5)

Essa narrativa denuncia e evidencia, mais uma vez, o processo de perda de sentido do cuidado promovido pela lógica produtivista de trabalho. É muito comum profissionais da saúde que passaram pela transição de modelos de gestão e cuidado sentirem em algum momento que seu trabalho não faz mais sentido. Nesse caso, a participante se identifica com o modelo de cuidado baseado na escuta e na produção de vínculo - processo este que demanda um outro tempo. O tempo das relações e da escuta é algo que o modelo produtivista de trabalho pretende controlar, baseado no ideal considerando a lógica de aumento do número de visitas e o cumprimento das metas de produção. Isto é, o mesmo tempo ocupado no encontro com escuta de qualidade é despendido com o acréscimo de mais visitas para produzir mais dados.

O uso da expressão “numerégia” pela participante escancara o abuso moral, psíquico e social que a pretensão perversa de controlar as relações e o tempo dos profissionais por meio de indicadores e metas construídos a partir de uma escala numérica, estabelece de antemão como devem ser as práticas de cuidado.

Ocorre que ao ser capturado pela lógica de quantificar e não de conhecer, conforme mencionamos anteriormente, a profissional deixa de atuar como sujeito, deixa de se comprometer com as relações e com as necessidades dos usuários. Passa a executar atividades que foram pensadas por uma lógica produtivista, perversa e desumanizada de cuidado. Os usuários vão se dando conta da perda do vínculo, da perda da escuta e da intimidade com a profissional. Esse processo gera o fim do vínculo, principal tecnologia de cuidado. O vínculo que é construído com grande esforço e tempo é desfeito pela imposição de um modelo de trabalho não implicado com a produção de sujeitos.

6 DISCUSSÃO

Nosso trabalho permite, ainda que num pequeno espaço, que a experiência e o saber da experiência em saúde apareçam como uma possibilidade de reflexão e fonte de saber. Além disso, contribui para a lenta desconstrução da hegemonia do paradigma técnico-científico atual que norteia os modos de fazer e pensar em saúde e, conseqüentemente, os modos de se relacionar.

Importante destacarmos que não se trata de alimentar o debate entre um paradigma ou outro, e sim apresentar novas possibilidades de explorar o universo do saber e fazer. Reconhecendo que há uma crise do paradigma científico hegemônico, bem como escreve Boaventura de Souza Santos ao mencionar que em termos científicos “vivemos ainda no século XIX e que o século XX ainda não começou, nem talvez comece antes mesmo de acabar.” Percebemos, ainda, que nos esforçamos para nos fazer perguntas simples, como as que nos coloca Santos hoje e outros filósofos no passado, sobre a relação entre ciência e virtude e o valor do conhecimento científico e do senso comum para nos orientar na vida e nas nossas práticas e “que a ciência teima em considerar irrelevante, ilusório e falso” (Santos, 1988).

Ao dialogarmos com a ideia de experiência e saber da experiência (Bondía, 2014), construímos um pequeno espaço de possibilidade para discutir a complexidade das relações humanas e a singularidade de cada sujeito. O processo formativo tradicional não considera as diferentes camadas de compreensão de mundo e modos de se relacionar que operam como moduladores de relações e práticas, o que invisibiliza aspectos de nossa prática profissional, condicionadas por outros fatores culturais e relacionais, levando a processos formativos sem sentido e normativos. E contribui, ainda, para a reprodução de práticas de cuidado pouco significativas e com capacidade escassa de alterar a realidade, dado que manter o *status quo* perpetua desigualdades e injustiças. O pequeno exercício que fizemos com os integrantes do grupo CORPUS, a partir das narrativas, pode ilustrar o poder que as narrativas podem ter sobre a transformação do olhar e do reconhecimento desses aspectos de nossa prática profissional. Percebemos o quanto as narrativas das ACSs se encontram com valores, ideias e estilos de pensamento que podem ser compatíveis com os mesmos elementos na vida dos profissionais e alunos da área da saúde. As narrativas podem aproximar os sujeitos, de modo que as barreiras sociais proporcionadas pela hierarquia de saberes, profissões e formação possam ser diminuídas. É como se, de

alguma forma, todos esses elementos anteriores ao encontro, que nos classificam, fossem parcialmente suprimidos e a narrativa se tornasse o elo do encontro.

Este trabalho está conectado ao princípio de transversalidade pretendido pela Política Nacional de Humanização (PNH) no SUS (Brasil, 2013). Desde então, muitas alterações na implementação e fortalecimento da prática foram vivenciadas, especialmente no que diz respeito à descaracterização do SUS, das práticas de cuidado preconizadas pelas políticas e pela qualificação do cuidado vislumbrado pela PNH. No entanto, é preciso sustentar a luta pelo cuidado humanizado e pela qualificação das práticas, bem como a luta pela implementação e pelo fortalecimento das políticas que promovem o SUS. O que a PNH visou, e ainda buscamos, é a ampliação do grau de comunicação entre os profissionais e os saberes dos usuários, bem como o reconhecimento da experiência dos profissionais como possibilidade de qualificação das práticas. Alinha-se, também, com a diretriz que destaca a valorização dos trabalhadores como forma de “construir relações que reafirmam os valores que orientam nossa política de saúde”.

No que se diz respeito à comunicação com os usuários, os ACSs são grandes mestres em nos ensinar os códigos sociais e as formas de se relacionar com a população e os seus problemas sociais. São detentores de saberes e ferramentas relacionais que se aproximam da realidade social, seja subjetiva ou objetiva.

Quanto à valorização dos trabalhadores, essa é uma ação urgente e necessária. Com os inúmeros ataques ao SUS, os profissionais de saúde fazem um excessivo esforço físico, mental e profissional, muitas vezes precarizados, para garantir acesso e cuidado à população, o que os têm deixado fragilizados e insatisfeitos. No caso dos ACS, essa situação é ainda mais grave, com a desvalorização crônica de suas atividades, a precarização do trabalho e os ataques frequentes à própria existência da função.

Outro diálogo possível pode ser feito com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2018), definida como o resultado dos processos de trabalho, suas reflexões e problematizações. Defende que a educação permanente tenha como fonte de saber a experiência vivida no cotidiano do trabalho, que a prática seja o ponto de partida para aprender e refletir, e é inclusive esse o ponto chave das críticas à função de ACS, de que a ausência de formação técnico-científica o desqualifica do cuidado, baseado nos moldes técnico-científicos, no contexto do

Sistema Único de Saúde. Este é o argumento central daqueles que desvalorizam a profissão de ACS e/ou sustentam a precarização do seu trabalho. E, aqui, estejamos atentos que a defesa do ACS não passa apenas pelo aumento da formação técnico-científica, mas pela sua primorosa condição de estabelecer vínculo, escuta e o modo como pensa e olha para o território. Nesse sentido, a principal contribuição do ACS é a de formador em saúde, ainda que não seja reconhecida essa função, como destacou a professora e pesquisadora Helena David no programa sala de convidados-Agente Comunitários de Saúde no canal do youtube da Fundação Oswaldo Cruz (Sala de convidados, 2016) exibido em 5 de Julho de 2016, ao mencionar que “não está escrito em lugar nenhum, mas o Agente Comunitário é o grande formador do SUS” e, também, ao mencionar que os estudantes dos cursos da área da saúde conhecem o território e a realidade da Atenção Básica pelo olhar dos ACSs e, por eles, são guiados.

Existe o campo das políticas, no âmbito do planejamento em saúde, e existem as políticas vivas no cotidiano da atenção à saúde. Esses dois universos nem sempre se aproximam: o universo da política em ato é dinâmico e em constante disputa. Há elementos positivos que levam ao pensamento e às práticas comprometidos com a garantia de direitos e da qualificação do cuidado. Mas há permanências e aspectos negativos de resistência às mudanças.

Neste momento político em que vivemos das correntes neoliberais, do desmonte das instituições públicas e, sobretudo do serviço público de saúde, bem como das políticas sociais de cunho comunitário, estamos aqui buscando reforçar o que há de mais valioso no SUS e nas políticas: a garantia de direitos e a justiça social. O Brasil é um país populoso e de dimensões continentais, que apresenta enormes dificuldades sócio-econômicas (desigualdade, racismo, baixa renda, baixa escolaridade, violência, etc) e, pensar uma política de saúde num contexto como o nosso, com baixo financiamento (em virtude da política econômica perversa que prioriza o capital em detrimento de vidas) não é tarefa fácil. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi, e continua sendo, uma importantíssima estratégia para garantir a política de saúde no Brasil. Sem esses profissionais atuando como educadores populares e mediadores entre os serviços de saúde e a população, a Atenção Básica não teria o mesmo resultado que têm e, certamente, a política enfrentaria muito mais dificuldade para se efetivar. Não faltam exemplos de como esses profissionais garantem acesso à população ao informarem sobre os programas

de saúde, os fluxos de atendimento e o próprio Direito à saúde. Além disso, desempenham uma fundamental função de liderança comunitária, engajando a população na luta por melhorias de acesso e qualidade aos serviços de saúde. Por esses e inúmeros outros motivos, não há como pensar hoje no Brasil uma Política de Saúde, principalmente uma Política de Atenção Básica sem os ACSs e, em consequência, defender esses profissionais, bem como garantir condições de trabalho melhores é, inclusive, defender o próprio SUS, o Direito à Saúde e a própria democracia brasileira.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um importante registro faremos aqui. Entre os meses de junho a agosto de 2019, a cidade de São Paulo viveu uma epidemia de sarampo, o que levou a Secretaria Municipal de Saúde a lançar uma campanha de vacinação. As unidades de saúde a executavam, tanto em demanda espontânea, quanto ativamente, em escolas e estabelecimentos comerciais, além de efetuarem o bloqueio vacinal, procedimento que consiste em imunizar por meio de vacinação todo o grupo que tivesse tido contato próximo com as pessoas que desenvolveram o sarampo. Assim, a Unidade de Saúde teve dificuldades em acolher esta pesquisa. Mesmo assim, me mantive presente, observando a dinâmica de trabalho. Não havia muito espaço para minha pesquisa naquele momento, pois o processo de trabalho já foi atravessado há um tempo pela lógica produtivista, e isso se agrava em situações de campanhas de vacinação. Toda a equipe tem seu processo de trabalho esquematizado de modo que perdem espaço para diálogo, reflexão ou produção de relações que não sejam profissional-paciente. Portanto, foi preciso persistência e muita generosidade da equipe que, mesmo sob forte cobrança, fizeram tudo o que puderam para me acolher e contribuir, gesto que devemos agradecer e reconhecer. Aqui encerramos esse importante registro sobre o processo cotidiano das relações e dos atravessamentos.

Outro importante registro precisa ser feito quanto aos processos de trabalho e reconhecimento social durante a pandemia do Novo Coronavírus 2019. A pandemia expôs com imensa força todas as fragilidades do sistema de saúde, da organização social e das condições de vida da população brasileira.

Por outro lado, deu oportunidade de reconhecer processos e relações poderosas de manutenção da vida, e destacamos o importantíssimo trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde. O Brasil é um dos países com maior número de casos e mortes registra em 26 de Janeiro de 2021, segundo o site do Ministério da Saúde 217.664 óbitos e 8.871.393 casos de Sars-Cov 2 causada pelo novo coronavírus, mas podemos supor que poderia ter sido muito pior se não existisse um vínculo entre a Atenção Básica e a população, mediado por esses profissionais.

As ações com maior destaque para redução de danos causada pela pandemia foram a educação em saúde e as informações confiáveis (seja de prevenção ou procura por serviços de atendimento), possibilitadas pelo vínculo social entre as Agentes Comunitárias e a população atendida. Durante a pandemia, o protagonismo

dessas profissionais ficou ainda mais evidente, pois ocupam uma importante função de cuidado e coleta de dados.

Houve dificuldade em estabelecer uma relação mais próxima com as participantes, um dos motivos práticos é a burocracia nos procedimentos de pesquisa em serviço, que estabelecem uma série de procedimentos para acessar os participantes. Sempre há a necessidade de autorização dos superiores antes de dialogar e se aproximar das ACSs, o que impossibilita em parte a aproximação. Por outro lado, o universo do cotidiano dos serviços não é um laboratório em que podemos controlar variáveis e situações, no campo a pesquisa se dá conforme as possibilidades e os limites relacionais e materiais impostos, as vezes é possível avançar às vezes não. No nosso caso tivemos limitações que buscamos redimir, mas entregamos aqui o que com muito custo (sem financiamento e entraves burocráticos) conseguimos produzir.

REFERÊNCIAS⁴

Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 jan [citado 16 jul 2020];16(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037.

Bondía JL. Tremores: escritos sobre experiência. Cristina A, João WG, tradutores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2014 [E-book] [citado 18 jun 2018]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=8nkjDgAAQBAJ&pg=PT132&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=true.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ [Internet]. 2002 jan/fev/mar/abr [citado em 18 jun 2018];19(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Portaria nº 2.488 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de formação de agente indígenas de saúde e saneamento. Brasil, DF: Ministério da Saúde; [20--]. [citado 3 set 2020]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-indigena/programa-de-formacao-de-agentes-indigenas-de-saude-e-de-saneamento>.

Brasil. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

Carolina MCA, Pascal DB, Francisco JCMD. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. Rev Saúde Públ [Internet]. 2018 fev [citado 20 ago 2018];52(14). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100502&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Goulart F. Um profissional que já tem história. Saúde com a gente [Internet]. 2009 abr [citado 12 ago 2002];102(6). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia22.pdf>

Jovchelovitch S, Martin WB. Entrevista narrativa. In: Pesquisa qualitativa com texto,

⁴ De acordo com estilo Vancouver.

imagem e som: um manual prático. Guareschi PA, tradutor. 7ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 90.

Marteleto RM, David HMSL. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [citado 20 ago 2018];18(suppl.2). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/almanaque_agente_comunitario_saude.pdf.

Melo MB, Quintão AF, Carmo RF. O Programa de Qualificação e Desenvolvimento do Agente Comunitário de Saúde na perspectiva dos diversos sujeitos envolvidos na atenção primária em saúde. Saúde Soc [Internet]. 2015 mar [citado 20 ago 2018];24(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000100086&script=sci_abstract&tlng=pt.

Pimenta TS. Sangrar, sarjar e aplicar sanguessugas: sangradores no Rio de Janeiro da primeira metade do Oitocentos. In: Pimenta TS, Gomes F, organizadoras. Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2016. p. 229-247.

Sala de convidados: Agentes Comunitários de Saúde. Portal Fiocruz e Canal Saúde Oficial do Youtube [Internet]. 2016 [citado 21 out 2020]. Disponível em: <https://youtu.be/3kfAuYgEo2g>

Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estud Avançados [Internet]. 1988 [citado 11 nov 2020];2(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1806-9592.

Simas PRP, Pinto ICM. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 jun [citado 26 nov 2020];22(6):1865-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002601865&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-1232017226.01532017>.

Souza KM, Goldschmidt IL, Bornstein VJ, Acioli S. Práticas pedagógicas de educação popular em saúde e a formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [citado 20 ago 2018];18(suppl.2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601513&script=sci_abstract&tlng=pt.

ANEXO A - Roteiro de encontros

Ter um roteiro não quer dizer engessar ou segui-lo”, mas planejar minimamente para otimizar a experiência de campo e a produção de dados., nesse sentido, apresento uma estrutura mínima a ser seguida.

-Pré- encontro

Objetivo: convite

Apresentação da pesquisa e do conceito de experiência.

Entrega e explicação do TCLE

-Primeiro encontro

Objetivo: produzir narrativas sobre a experiência em saúde

Método: assinatura do TCLE, entrevistas narrativas, com gravação de áudio.

-Segundo encontro

Objetivo: Reflexão sobre as narrativas

Método: discussão individual sobre a narrativa produzida no primeiro encontro

-Terceiro Encontro

Objetivo: devolutiva e avaliação

Método: discussão em grupo

ANEXO B – Vídeo produzido a partir da dissertação como produto educacional

Link de acesso ao vídeo

<https://www.youtube.com/watch?v=RyIMF-Jq3nQ>

ANEXO C - Pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Notas sobre o saber da experiência dos Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisador: HELENA MORAES OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02851518.0.0000.0075

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.239.311

Apresentação do Projeto:

"Pretende investigar como o cuidado produzido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) altera ou influencia o estado de saúde dos usuários. Contando, para isso, com a perspectiva do próprio ACS, usando o saber da experiência como categoria analítica".

Objetivo da Pesquisa:

"Investigar o impacto das ações dos agentes comunitários de saúde, numa unidade da zona norte da capital paulista. Partindo das suas próprias percepções e experiências com diferentes linguagens. Produzir um plano de aprendizagem em cuidado em saúde, para profissionais e acadêmicos da área, em colaboração com as Agentes Comunitárias de Saúde".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios: ambos mensurados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os comentários e considerações das versões anteriores foram contemplados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de Rosto, Informações Básicas, TCLE, Projeto Detalhado e Documento de anuência/autorização da Secretaria Municipal de Saúde - Coordenadoria Regional de Saúde Norte.

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.239.311

Recomendações:

Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP-FOUSP relatórios parciais semestrais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1250579.pdf	02/03/2019 18:39:07		Aceito
Folha de Rosto	01092019_121839.pdf	02/03/2019 18:14:40	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	02/03/2019 18:12:13	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_2.pdf	02/03/2019 18:11:43	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_1.pdf	02/03/2019 18:11:29	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_HMO.pdf	02/03/2019 18:11:03	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	02/03/2019 17:50:17	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-7960

Fax: (11)3091-7814

E-mail: cepfo@usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 3.239.311

SAO PAULO, 02 de Abril de 2019

Assinado por:
Alyne Simões Gonçalves
(Coordenador(a))

Endereço: Av Prof Lineu Prestes 2227
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-7960 **Fax:** (11)3091-7814 **E-mail:** cepfo@usp.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Notas sobre o saber da experiência dos Agentes Comunitários de Saúde

Pesquisador: HELENA MORAES OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02851518.0.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NORTE

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.386.306

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado profissional que pretende investigar como o cuidado produzido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) altera ou influencia o estado de saúde dos usuários, contando, para isso, com a perspectiva do próprio ACS, usando o saber da experiência como categoria analítica.

Serão realizados 3 encontros e 1 Oficina com os ACS da UBS Vila Nivi que aceitem participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão e exclusão foram informados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Investigar o impacto das ações dos agentes comunitários de saúde, numa unidade da Zona Norte da capital paulista, partindo das suas próprias percepções e experiências com diferentes linguagens.

Objetivo Específico

Produzir um plano de aprendizagem em cuidado em saúde, para profissionais e acadêmicos da área, em colaboração com os Agentes Comunitários de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco

Pode haver algum desconforto, porém a saída do voluntário da pesquisa está garantida no TCLE.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.386.306

Benefícios

Pode gerar conhecimento para o agir dos ACS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, Orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1327313.pdf	24/05/2019 12:10:12		Aceito
Outros	Respostas.docx	24/05/2019 12:09:46	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Outros	tcle_versao2.pdf	24/05/2019 12:08:51	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_2.pdf	02/03/2019	HELENA MORAES	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.223-010

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.386.306

Parecer Anterior	parecer_2.pdf	18:11:43	OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_1.pdf	02/03/2019 18:11:29	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_HMO.pdf	02/03/2019 18:11:03	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	02/03/2019 17:50:17	HELENA MORAES OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 12 de Junho de 2019

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Notas sobre o saber da experiência dos Agentes Comunitários de Saúde”

Nome da Pesquisadora responsável: Helena Moraes Oliveira

Nome da Orientadora: Yara Maria de Carvalho

Convidamos você para participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender as experiências de cuidado em saúde dos Agentes Comunitários e, a partir disso, construirmos juntos um plano de aprendizado (curso) sobre cuidado em saúde. Você é livre para recusar esse convite caso não deseje participar da pesquisa, inclusive mesmo se aceitar participar, pode se retirar a qualquer momento que queira, qualquer dúvida sobre essa pesquisa poderá contatar a pesquisadora responsável Helena Moraes Oliveira pelo telefone celular/whatsapp (11) 964619642 ou/e e-mail: helena.moraes.oliveira@usp.br. Para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas também poderá ser contatado o comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (smscep@gmail.com / 11-33972464) ou o comitê da Faculdade de Odontologia da USP (cepfo@usp.br / 11- 3091.7960). Caso aceite, sua participação será por meio de três encontros, com duração máxima de 1 hora e 30 min, durante o seu horário de trabalho, na sala de reunião da UBS, estando cientes a gerente da unidade e a Coordenadoria de Saúde Norte. O primeiro encontro está previsto para 07/2019 em que será apresentada a pesquisa para todas as Agentes Comunitárias que queiram participar da pesquisa, construiremos um cronograma de trabalho juntos. O segundo encontro está previsto para 08/ 2019 e será uma entrevista individual do tipo narrativa, não existirão perguntas, apenas será pedido que fale sobre uma experiência significativa que teve durante o trabalho como ACS e depois conte se essa experiência lhe trouxe um saber que melhorou sua relação com os usuários. No terceiro, e último encontro, previsto para 10/2019 apresentarei o que escrevi sobre a entrevista para que você avalie se corresponde ao que você disse ou quis dizer, além disso, faremos uma avaliação do processo de pesquisa, o que foi bom e ruim, se aprendemos algo, também construiremos uma proposta de curso, denominado plano de aprendizado sobre cuidado em saúde, para que seja compartilhado seu conhecimento com estudantes, professores e outros profissionais de saúde.

É expressamente garantido o Direito de recusa de participar dessa pesquisa, e mesmo que aceite, você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento, caso sinta vergonha de falar ou se sinta constrangida podemos encerrar o encontro no exato momento, pode expressar seu desconforto sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

Tudo o que for conversado ou falado será mantido em sigilo, você não será identificado(a) em suas falas, usaremos um nome fictício. Não haverá nenhum prejuízo quanto a seu trabalho ou relação com superiores ou usuários no que tange a participação na pesquisa, se isso ocorrer finalizaremos a pesquisa imediatamente. Esta pesquisa pretende contribuir para dar visibilidade ao saber e prática da Agente Comunitária, e seu resultado também contribuirá com a discussão sobre cuidado e formação em saúde, trazendo o saber da experiência, a formação de vínculos e relações sólidas com os usuários como meios de aprendizado e práticas efetivas. Você não terá nenhum tipo de despesa em participar desta pesquisa, bem como não será pago para participar. É garantido o Direito à indenização, caso a (o) participante venha a sofrer algum dano material ou psicológico decorrente do processo de pesquisa. Este TCLE foi elaborado em duas vias sendo uma do participante da pesquisa e outra da pesquisadora responsável.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

_____ de _____ de 2019.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora responsável

Assinatura da Orientadora