

## Saber da experiência e cuidado: o impacto das Agentes Comunitárias de Saúde na Saúde Pública

*Knowledge of experience and care: the impact of Community Health Agents on Public Health*

*Conocimiento de la experiencia y atención: el impacto de los Agentes Comunitarios de Salud en la Salud Pública*

Helena Moraes Oliveira<sup>1</sup>  
Yara Maria de Carvalho<sup>2</sup>

### RESUMO:

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 da contemporânea ACS à figura do *feldsher*, um auxiliar médico que surgiu na Rússia Czarista. No Brasil, a função de ACS surgiu na cidade de Jucás, no Ceará, entre 1979-1986, inspirada na experiência canadense e cubana. Há um certo modo hegemônico de olhar esses profissionais e suas ações no campo da produção de saber. Insiste-se em descrever essa profissional como carente de formação técnico-científica e profissional-objeto de avaliação. Poucos trabalhos se dedicam às potencialidades e ao fortalecimento da profissão, com sua identidade particular de liderança comunitária, pertencimento social e produção de vínculos. Este artigo resulta de uma pesquisa a respeito das experiências das ACS, experiência como processo intersubjetivo modelador e qualificador das relações e práticas de cuidado a partir das suas narrativas. Metodologicamente, fomos ao encontro de seis ACS de uma Unidade de Saúde mista da zona norte de São Paulo, a fim de colher e produzir narrativas a respeito dos seus desafios e dilemas no contexto do trabalho em saúde. Inspiradas na ideia de *experiência e saber da experiência* de Jorge Larrosa, problematizamos sobre as tecnologias de cuidado. Das conclusões, cabe mencionar que o processo formativo tradicional não considera as diferentes

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Mestre em Ciências da Saúde, pesquisadora sanitária, Departamento de Odontologia Social/Faculdade de Odontologia da USP, Faculdade de Saúde Pública-USP e Faculdade de Educação-USP, Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde, helenamoraesoliveira@gmail.com

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Pós-doutorado em Ciências Humanas e Saúde, professora universitária, Departamento de gestão e política da Faculdade de Saúde Pública-USP e Escola de Educação Física-USP

camadas de compreensão de mundo e modos de se relacionar que operam como moduladores de relações e práticas. Nesse sentido, ficam invisíveis princípios e valores que determinam a pluralidade e diversidade de formas de pensar e fazer o cuidado.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde; Formação em Saúde; Educação Continuada; Educação em Saúde.

**ABSTRACT:**

The origin of the idea that culminated in the existence of the role of Community Health Agent (ACS) is not known clearly. There are those who attribute the origin of contemporary ACS to the figure of the feldsher, a medical assistant who emerged in Czarist Russia. In Brazil, the role of ACS arises in the city of Jucás, Ceará, between 1979-1986, inspired by the Canadian and Cuban experience. There is a certain hegemonic way of looking at these professionals and their actions in the field of knowledge production. It is insisted on describing this professional as lacking technical-scientific training and an object of evaluation. Few works are dedicated to the potential and strengthening of the profession, with its particular identity of community leadership, social belonging and the production of bonds beyond its technical-scientific capacity. The objective of this work is to recognize experiences as intersubjective processes that shape and qualify the relationships and practices of care from the narratives of ACSs. For this, we used narrative interviews with six ACSs from a mixed health unit in the north 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 care technologies. The traditional education 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 conditioned by other cultural and relational factors invisible, leading to meaningless education processes and normative.

**Key words:** Community Health Agents; Health Training; Continuing Education; Health Education.

**RESUMEN:**

No se conoce con claridad el origen de la idea que culminó con la existencia del rol de Agente Comunitario de Salud (ACS). Hay quienes atribuyen el origen de la ACS contemporánea a la figura de feldsher, un médico asistente surgido en la Rusia zarista. En Brasil, la actuación de ACS surge en la ciudad de Jucás, Ceará, entre 1979-1986, inspirada en la experiencia canadiense y cubana. Existe una cierta forma hegemónica de mirar a estos profesionales y sus acciones en el campo de la producción de conocimiento. Insistimos en

calificar a este profesional como carente de formación técnico-científica y objeto de evaluación. Pocas obras están dedicadas al potencial y fortalecimiento de la profesión, con su particular identidad de liderazgo comunitario, pertenencia social y producción de vínculos más allá de su capacidad técnico-científica. El objetivo de este trabajo es reconocer las experiencias como procesos intersubjetivos que configuran y cualifican las relaciones y prácticas de cuidado desde las narrativas ACS. Para ello, utilizamos entrevistas narrativas con seis ACS de una unidad mixta de salud en el region norte de São Paulo en agosto de 2019. Dialogando con la idea de experiencia y conociendo la experiencia desarrollada por Jorge Larrosa, construimos un pequeño espacio de posibilidades. discutir tecnologías de cuidado. El proceso de formación tradicional no considera los diferentes estratos de comprensión del mundo y formas de relacionarse que actúan como moduladores de relaciones y prácticas, lo que invisibiliza aspectos de nuestra práctica profesional condicionados por otros factores culturales y relacionales, dando lugar a procesos de formación sin sentido y normativo.

**Palabras clave:** Agentes Comunitarios de Salud; Capacitación en Salud, Educación Continua; Educación en Salud.

## INTRODUÇÃO

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<sup>1</sup>. Uma outra função que pode ter inspirado a criação do 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 ACS 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 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 número 648/2006 revogada pela portaria número 2488/2011, Brasil, 2006).

São profissionais que exercem o cuidado muitas vezes em condições inseguras e precárias, gerando organização em rede a fim de lutarem por melhores salários e cenários de trabalho dignos. Importante mencionar que essas condições de invisibilidade e precariedade advêm do histórico de negação e exclusão, de longa data no país, reflexo da disputa histórica entre a classe abastada e sua formação e as classes mais pobres e suas práticas tradicionais, cubano<sup>2</sup>, 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 de ACS visavam 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 adotado 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”<sup>3</sup>.

## **1 Evidências da efetividade do PACS**

Atualmente, segundo o site do Ministério da Saúde, são mais de 260 mil ACS em todo território nacional e 4.263 Agentes Indígenas de Saúde<sup>4</sup>. Desde então, a experiência pioneira cearense tem gerado acesso ao cuidado e à

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 conforme bem descrito no livro “Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil”<sup>5</sup>.

Na sequência de dificuldades de reconhecimento e melhores condições de trabalho, soma-se uma alteração recente que descaracterizou o referido Programa: flexibilizaram a obrigatoriedade de residir na mesma área de atuação, um dos eixos estratégicos para o êxito do PACS.

Somado ao problema crônico das condições de trabalho e remuneração, há o constrangimento diário em virtude da hierarquização de saberes. Nesse sentido, as ACSs dispõem do menor poder de decidir e agir na equipe de saúde, já que o critério que determina a força ou o poder de argumento e deliberação se baseia no grau de escolarização, restando a subordinação diante de quase todos os profissionais do serviço. São muitas as perdas e decorrências desta situação de dependência e sujeição das ACS, mas para o que nos interessa aqui, é de se destacar o empobrecimento das relações de troca - de saberes e experiências.

## **2 A pesquisa propriamente dita**

A partir de pesquisa bibliográfica, identificamos uma produção ampla e um acúmulo de trabalhos sobre a formação<sup>6,7</sup>, efetividade das ações<sup>8</sup> e reconhecimento<sup>9</sup>, mapeamos certo modo hegemônico de compreender o trabalho, os saberes e as práticas das 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 técnico-científico adotamos aqui a ideia de experiência e saber da experiência desenvolvida por Jorge Larrosa Bondía<sup>10</sup>, para pensar os processos intersubjetivos presentes nas relações de cuidado entre ACS e usuários. suas ideias e pensamentos nos ajudaram a pensar e problematizar a respeito da formação em saúde, dos saberes que permeiam a ação das ACS, para além da dimensão técnica-formativa e da relação entre experiência e saber, com enfoque no cotidiano do trabalho e das relações que permeiam o universo dessas profissionais. A partir da perspectiva de Larrosa, “experiência é algo que nos acontece não o que nos passa” é um processo intersubjetivo singular de mudança significativa de mentalidade e, conseqüentemente, de ação, configurando, assim, um processo educativo, no sentido da constituição de saberes significativos, saberes esses que tem o potencial de transformar comportamentos, atitudes e ações, significando assim, processos de mudanças importantes que situam o sujeito numa nova posição de compreensão e enfrentamento da realidade. 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.

### **3 Aspectos metodológicos**

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<sup>11</sup>. 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 também no cotidiano das relações de cuidado e não apenas no cenário de educação formal. Larrosa nos ajuda a pensar a pesquisa e as narrativas privilegiando os cenários das experiências, para além dos espaços e tempos postulados como hegemônicos.

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 ACS, 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 cotidiano do trabalho dessas profissionais.

Produzimos um roteiro para nos orientar ao longo dos encontros com as participantes, de modo que as relações, as trocas e as narrativas que fomos produzindo com as participantes foram respeitadas e privilegiadas. 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 tem como objetivo qualificar o processo de produção de pensamento, as práticas decorrentes e, ao mesmo tempo, divulgar os resultados e as análises a respeito delas.

Nossa produção resultou em um vídeo com o intuito de promover e valorizar o trabalho das ACS e abrir um canal de fala a partir das suas narrativas (o vídeo está disponível no endereço eletrônico <https://www.youtube.com/watch?v=RyIMF-Jq3nQ>). A escolha do formato vídeo esteve relacionada ao grande poder de acesso e circulação desse instrumento comunicativo, especialmente no contexto da pandemia do coronavírus-19, em que as medidas de isolamento e distanciamento incitam a população a utilizar de modo mais frequente as mídias digitais.

#### **4 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 da Faculdade de Odontologia da USP parecer número 3.239.311 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo parecer número 3.386.306. As participantes foram seis Agentes Comunitárias de Saúde, todas do gênero feminino de diferentes faixas etárias, tempo de atuação variando de 3 meses a 8 anos. Nenhuma delas possuía ensino superior completo.

É importante destacar que não se trata de produzir um modelo de avaliação sobre o modo de pensar e agir das ACS, a partir desse grupo de participantes, muito menos propor generalizações, mas olhar de perto as experiências que elas trazem, compreendendo que são singulares, mas de algum modo refletem dilemas, afetos, contradições presentes nas relações de cuidado. Configurando um microuniverso de existir e produzir existência que vale a pena conhecer, aprender e refletir, ainda que seja necessário reconhecer as particularidades do contexto de atuação, do processo de trabalho, da história de vida, dos valores e da concepção de mundo de cada participante.



## 5 Critérios para participação na pesquisa

Os critérios para inclusão das participantes foram:

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

## 6 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, mas possibilitar um canal em que a narrativa dessa experiência seja possível e problematizada<sup>12</sup>. 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 B), 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”.

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.

### **6.1 “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 ao invés de uma análise, pois segundo Larrosa não se pode apreender, ou descrever a experiência do outro.

## **6.2 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.

## **7 Narrativas de Agentes Comunitárias sobre a experiência em saúde**

### **7.1 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.”

### **7.1 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.”

### **7.3 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? Abriam 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 tivéssemos nada a ensinar porque trazem eles aqui? Então nós temos algo a ensinar, sim.”

#### **7. 4 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 latéx, 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,

passsei. 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) estava 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 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, 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 maquia, passa batom.

N3 - Parece aquelas mulheres 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 pegou os 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.

## **7.5 Narrativa 5**

“Existiam muitas atividades em grupo e fora da unidade, como o grupo de mulheres. Essas experiências eram muito importantes, melhorava a autoestima 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”.

## **7.6 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”.

## **8 Imagens das experiências das agentes comunitárias de saúde<sup>3</sup>**

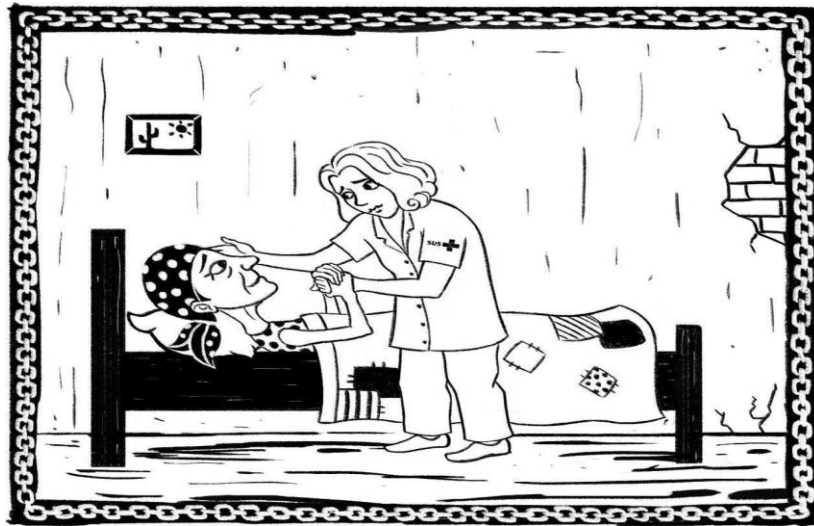
Larrosa<sup>10</sup> chama atenção para a necessidade de usarmos outras linguagens para expressar a experiência. Pensando nessa questão, fizemos um ensaio com ilustrações em cordel a partir das narrativas. Os cordéis foram apresentados às participantes que se alegraram e se identificaram com as imagens expressas a seguir. Em virtude do pouco tempo disponível, não foi possível experimentar novas imagens, cenários, cores, formatos. Gostaríamos de deixar como sugestão para artistas, pesquisadores e educadores em saúde

---

<sup>3</sup> 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”.

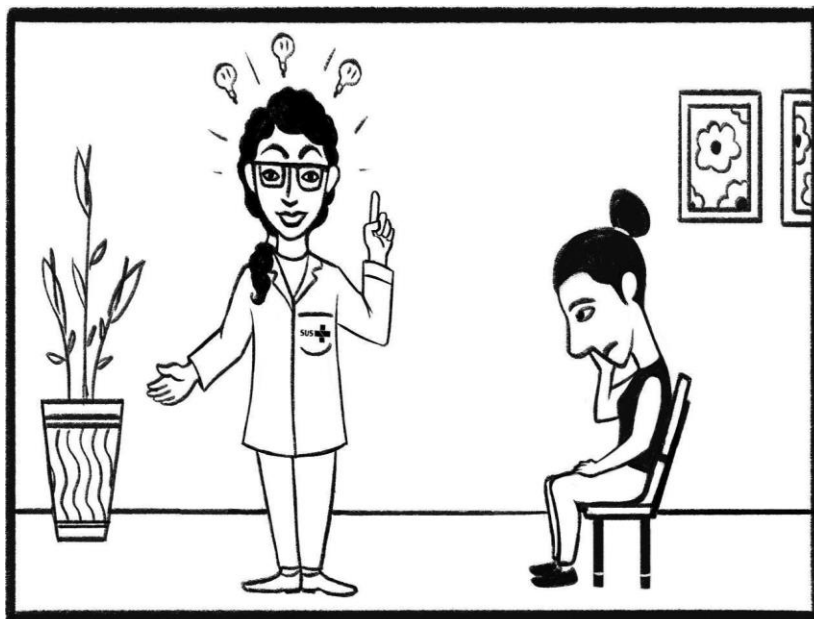
uma possibilidade de ferramenta visual e simbólica, para além das palavras, de valorização, reconhecimento e problematização do trabalho das ACS, bem como o trabalho dos demais profissionais de saúde.

### 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).

## DISCUSSÃO

Nosso trabalho permite explorar o conceito de experiência *e saber da experiência* como possibilidade de reflexão a respeito da necessária desconstrução da hegemonia do paradigma técnico-científico na formação e ação em saúde, que norteia os modos de produzir e cultivar as relações no cotidiano do cuidado em saúde.

Importante destacarmos que não se trata de alimentar o debate que avalia um paradigma ou outro, elegendo um em detrimento de 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” e ainda, nos esforçamos para fazer perguntas simples, como as que nos coloca Santos<sup>10</sup> hoje e outros filósofos, sobre a relação 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”<sup>13</sup>.

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. As narrativas das ACSs se encontram com valores, ideias e estilos de pensamento compatíveis com os 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 e profissionais 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<sup>14</sup>. 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, ainda que 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<sup>15</sup>, 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<sup>16</sup> (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.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todos os debates apresentados neste texto, não há como pensar hoje no Brasil uma Política de Saúde, principalmente uma Política de Atenção Básica sem os ACSs. Assim como, a defesa de políticas que busquem garantir condições de trabalho melhores, em defesa SUS, do Direito à Saúde e da própria democracia brasileira.

## REFERÊNCIAS

- 1- Goulart F. Um profissional que já tem história. Saúde com a gente [Internet]. 2009 abr [cited 2002 Aug 12];102(6).
- 2- Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011 jan [cited 2020 jul 16];16(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pzvr3xNFKnKLjnnVmVLSFkB/>.
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Programa de formação de agente indígenas de saúde e saneamento. Brasil, DF: Ministério da Saúde; [20--]. [cited 2020 set 3].
- 5- 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.
- 6- 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 [cited 2018 Aug 20];24(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zdnxkdkS58qthqNYMJ7d3Jr/?lang=pt>.
- 7- 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 [Internet]. 2014 [cited 2018 aug 20]; 18(suppl.2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0541>.



- 8- Carolina MCA, Pascal DB, Francisco JCMD. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Rev Saúde Públ* [Internet]. 2018 fev [cited 2018 Aug 20];52(14). Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395>.
- 9- Marteleto RM, David HMSL. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 20];18(suppl.2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0479>.
- 10- Bondía JL. Tremores: escritos sobre experiência. Cristina A, João WG, tradutores. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2014 [E-book] [cited 2018 Aug 18]. Available from: [https://books.google.com.br/books?id=8nkjDgAAQBAJ&pg=PT132&hl=pt-BR&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=3#v=onepage&q&f=true](https://books.google.com.br/books?id=8nkjDgAAQBAJ&pg=PT132&hl=pt-BR&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=true).
- 11- Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2002 jan/fev/mar/abr [cited 2018 Aug 18];19(1). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>.
- 12- Jovchelovitch S, Martin WB. Entrevista narrativa. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Guareschi PA, tradutor. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 90.
- 13- Santos BS. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estudos Avançados* [Internet]. 1988 [cited 2020 Nov 11];2(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
- 15- 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.
- 16- Canal de Saúde Oficial. Sala de convidados: Agentes Comunitários de Saúde. Brasil: Portal Fiocruz e Canal Saúde Oficial do Youtube; 2016 July 07 [cited 2020 out 21]. Vídeo: 58 min. Available from: <https://youtu.be/3kfAuYgEo2g>.